

Pediatrica primària: una base metodològica per a la recerca aplicada*

O. Jeanneret

Professor a la Facultat de Medicina, Director de l'Institut de medicina social i preventiva, Ginebra..

Introducció

Si el tema general d'aquesta reunió del Club de pediatria social es titula «els motius de consulta en pediatria general», un s'adona que el programa de les tres mitges jornades cobreix efectivament en primer lloc aquests motius, seguit per les demandes de les famílies en la matèria i finalment la formació dels professionals encarregats de les atencions als nens.

Hi trobem llavors els tres motius clàssics de la tríade pertinent a la planificació de la sanitat pública: les necessitats, les demandes i les respostes.

Per tant, per poder fer servir de manera útil aquesta tríade, és important detallar un cert nombre de punts. En el poc temps concedit al capítol introductiu, voldria:

- intentar delimitar pediatria general i pediatria primària en relació a l'atenció sanitària primària;
- identificar les principals modalitats d'estudi i de metodologia en recerca, com és proposat per alguns autors coneguts;
- recordar de passada la complexitat de l'avaluació;
- per acabar amb la utilització de la ja anomenada tríade, amb la idea que ella representa l'instrument per excel·lència de desxifratge de qualsevol tema, dins del camp d'aplicació de coneixença que és la sanitat pública.

Lloc de la pediatria de primer recurs en el quadre d'atenció sanitària primària

Per l'OMS¹, l'atenció sanitària primària (ASP) inclou vuit components (Fig. 1): si l'atenció maternal i infantil pròpiament dites constitueixen un d'ells, d'altres poden, evident-

ment, integrar-se en aquesta pediatria de primer recurs: tractament de les afeccions comunes, vacunacions i d'altres mètodes de lluita contra les malalties transmissibles, nutrició correcta i educació per a la salut.

A més, els protagonistes i els actors de la pediatria general se sentiran sense cap dubte incitats a fer la mateixa elecció dintre d'aquesta panòpia.

És per tant la meua opinió que aquestes dues pràctiques (pediatria general i pediatria de primer recurs) poden ser considerades com equivalents –per no dir idèntiques– sobretot dintre de la perspectiva de la recerca.

Vegem si aquesta equivalència es retroba també en el pla de principis i d'objectius de l'ASP (Taula I). Dintre de la columna de la dreta figuren els elements que es refereixen a l'ASP en general² (per simplificar, no he volgut de cap manera, omplir l'espai corresponent als objectius de l'ASP en general) a la columna de l'esquerra, els que pertanyen al corresponent programa europeu³.

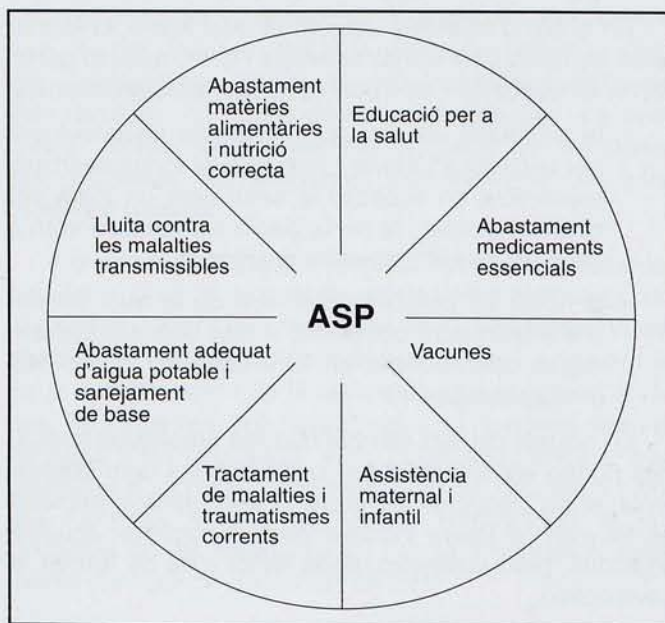


Fig. 1. Els vuit components de l'atenció sanitària primària (ASP)¹.

Correspondència:

Dr. Olivier Jeanneret
Directeur Institut Medicine Sociale et Preventive
CH 1206 Genève. Suïssa

* Reunió de primavera. Club de Pediatria Social. Barcelona, 29-30 maig 1992.

TAULA I
PRINCIPIS I OBJECTIUS DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA PRIMÀRIA

	En general	Dins l'elaboració del programa europeu (b)
PRINCIPIS	(a) 1. Equitat per a tots 2. Participació comunitària 3. Coordinació intersectorial	a) L'assistència ha d'estar «ligada» a les necessitats de la població. b) Els consumidors han de participar: individualment / col·lectivament - en la planificació - en la posada en marxa dels serveis sanitaris. c) S'han d'utilitzar al màxim els recursos disponibles Comentari: els serveis de sanitat primària representen: no una aproximació aïllada sinó més aviat l'element més local d'un sistema de sanitat complet.
OBJECTIUS	(vegeu text)	Els serveis de sanitat primària han de ser capaços: - D'assegurar: - la prevenció de les malalties - la promoció de la salut - el tractament dels pacients i llur readaptació. - D'identificar sistemàticament els individus d'alt risc. - D'animar la utilització de la tecnologia apropiada.

(a) segons (2); (b) segons (3).

Una primera observació que s'imposa en el pla de principis és l'excel·lent il·lustració europea dels tres grans principis preconitzats per l'OMS a escala mundial. Queda per saber si els pediatres generals i/o d'atenció primària estan disposats a reconèixer sigui el principi d'igualtat per a tots sigui el de la participació comunitària, o l'un i l'altre. Em sembla que, en la mesura en què s'admet que la formulació europea els expressa clarament, aquest reconeixement esdevé possible: que jutgi el lector!

En el pla d'objectius —on, en el meu escrit, la formulació europea s'ha tornat selectiva i la formulació general no és evocada—, es troben dos elements addicionals:

- la promoció de la salut, concepte desenvolupat per la Carta d'Ottawa⁴ pels països industrialitzats, preconitza en especial la salut com un mitjà per obtenir l'equitat i la participació comunitària com a peça essencial d'aquesta promoció;
- la noció de persones d'alt risc de la qual sabem fins a quin punt comporta, a part dels seus avantatges operacionals en la prevenció, el risc ètic d'«etiquetatge»⁵.

En aquest pla em sembla que les pràctiques evocades poden efectivament ser considerades com equivalents; ni els pediatres generals, ni els d'atenció primària no haurien de veure inconvenients a acceptar aquests objectius, però insisteixo, cada lector s'ha de formar la seva opinió.

Per situar la recerca en aquest camp, s'imposa recórrer a un model desenvolupat per l'OMS¹: dins d'aquesta construcció «en nivells» (Fig. 2), retrobem els vuit components (el lector haurà constatat que el com-

ponent de la salut maternal i infantil està ara proveït de planificació familiar) (dalt a l'esquerra), dos dels tres principis a cada nivell (a la dreta), els nivells respectius de prestacions de serveis igualment a cada nivell (a l'esquerra); quant a la recerca, se situa correctament al final d'una seqüència (dalt a la dreta) i va des de la informació a les instal·lacions, però és important remarcar també que es desenvolupa a cada nivell!

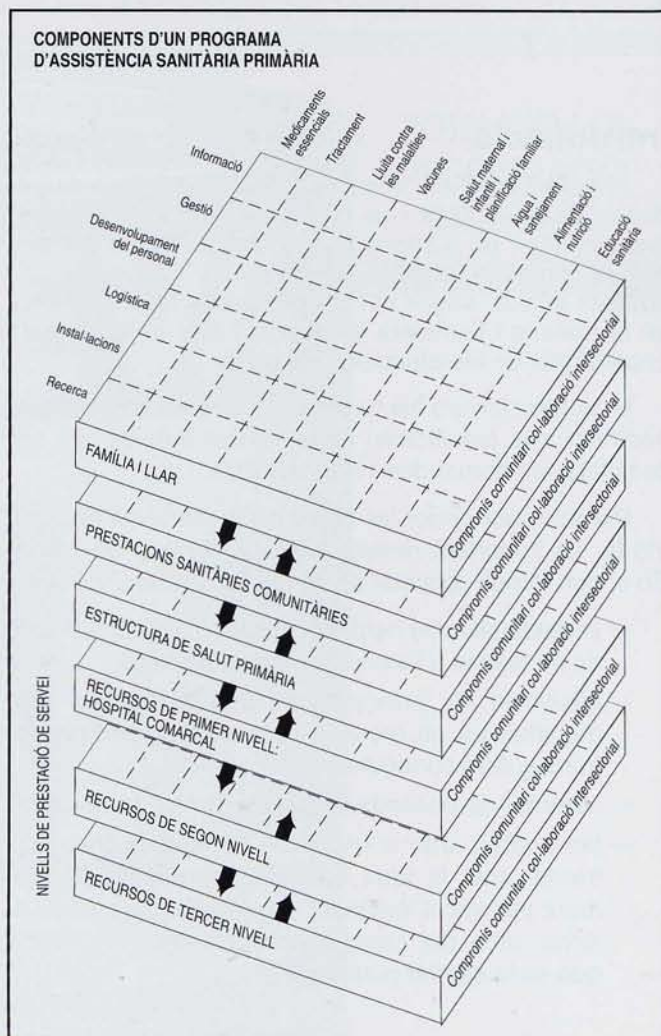


Fig. 2. Model conceptual d'un sistema de sanitat complet fundat sobre els punts de sanitat primària.

Sense cap dubte un model d'aquestes característiques podria semblar massa teòric o completament artificial al pediatre de capçalera; no obstant això, té l'avantatge de visualitzar un conjunt de quatre dimensions, un fet útil al moment de clarificar les funcions dels professionals...

Observació clínica o estudi epidemiològic?

Aquests són de fet els dos mètodes a triar pel pediatre que es decideix a fer investigació: tradicionalment dicotomitats; són conciliables?

La Taula II, inspirada en autors americans⁶, detalla els criteris d'aquesta dicotomització:

- els primers dos no necessiten comentaris;
- filosofia de base i paradigma de base en necessitarien algun, però no en aquest context;
- quant a l'interès major, constatem que el «perquè» no figura enlloc: oblit dels autors citats o reconeixement que podria figurar a les dues columnes?
- a la llista de «fonaments» majors he afegit a l'esquerra la psicopatologia i a la dreta l'ecologia; amb la idea que la seva presència ja no és un punt de controvèrsia, sobretot en pediatria.

TAULA II⁶
ELS PRINCIPALS CRITERIS DE DIFERENCIACIÓ ENTRE L'OBSERVACIÓ CLÍNICA I L'EPIDEMIOLOGIA

Criteris	Observació clínica	Epidemiologia
Objecte	el pacient	un grup d'individus («població»)
Camps d'acció i base d'experiència («material»)	la clientela retrobada dia a dia	tot aquest grup (amb o sense malalts)
Filosofia de base	comprensió dels processos mòrbids intrínsecs de cada pacient per prevenir i tractar	formular i provar les hipòtesis sobre l'etiologia i l'eficàcia de l'acció sanitària acceptar la incertitud
Paradigma de base	determinista	probabilista
Interès major	el «com»	el «què», el «quan» l'«on», (el «quant»)
Fonaments majors	bioquímica anatomia fisiopatologia psicopatologia	bioestadística psicologia sociologia ecologia

Els mateixos autors⁶, coneguts als EEUU com a especialistes de l'epidemiologia clínica⁷, són els més indicats per intentar una aproximació entre els dos mètodes: la Taula III (es llegeix horitzontalment) és prou explícita. Queda el dubte de saber en quina mesura les tres proposicions guarden la seva actualitat. La meua experiència a la Facultat de Ginebra m'incita a pensar que la primera està ja molt acceptada pels clínics, la segona ho és cada vegada més i la tercera no trigarà a ser acceptada, sobretot en pediatria hospitalària. A més, l'experiència del grup d'estudis de pediatria ambulatoria (GREPA) a la Suïssa francesa⁸ sembla apuntar clarament en aquest sentit.

TAULA III⁶
TRES PRINCIPIS PER APROXIMAR L'OBSERVACIÓ CLÍNICA A L'EPIDEMIOLOGIA

Fets	Proposició corresponent
1. La majoria de les decisions clíniques estan basades en una informació incerta, que s'expressa en forma d'una probabilitat.	1. La millor manera d'avaluar aquesta probabilitat consisteix a recórrer a l'experiència adquirida amb pacients similars.
2. Les observacions clíniques s'efectuen: - sobre els subjectes que són lliures d'actuar a la seva manera - per «clínic amb aptituds i prejudicis variables».	2. La millor manera de tenir en compte els factors d'error consisteix a basar aquestes observacions sobre principis científics sòlids, els quals han d'incloure els models de recerca sobre l'home.
3. L' atzar pot igualment influir les observacions clíniques.	3. La interpretació d'aquests models implica la comprensió de la bioestadística i després de recórrer-hi.

Modalitats d'estudi i metodologia

Es tracta ara, tenint els conceptes i mètodes clars, d'aplicar-los a la pràctica: aquest operacionalisme comporta modalitats d'estudi i metodologia en el sentit dels autors de Nancy i de París d'una recent guia pràctica per a la redacció de projectes de recerca i memòries en sanitat pública i comunitària⁹ a la qual em referiré més endavant.

El paral·lelisme entre la posada en marxa d'un programa d'acció i d'un projecte d'investigació és ben visible a la Fig. 3: solament en l'etapa de la formulació de la hipòtesi (o de les hipòtesis) es distingeixen. No obstant això, es pot posar en dubte la distinció semàntica dels dos «requadres» finals: la redacció/difusió/utilització dels resultats, no hauria de ser precedida per una avaluació? Abans d'interessar-nos en detall per les diverses modalitats de l'avaluació, examinem-ne una altra modalitat d'estudi.

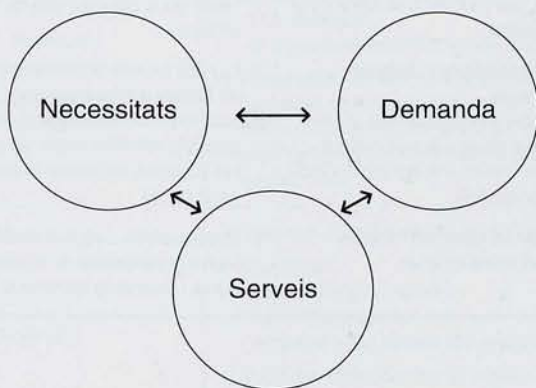
A diverses publicacions del GERPA trobem un model circular¹⁰, (Fig. 4): el punt de partida és la formulació de la hipòtesi. La primera fase és la de la preparació, la segona la de l'enregistrament de les dades i la tercera la de la interpretació i de la discussió dels resultats, en la qual figura en bon lloc l'avaluació. Les hipòtesis són verificades i es procedeix a la publicació, encara que aquestes no s'hagin confirmat. Amb un nou tema i noves hipòtesis el cicle es reprèn. Remarquem la importància de les estadístiques i de la informàtica, testimonis del rigor de treball del GREPA.

Tant si adoptem l'un com l'altre model —la literatura en produeix bastants més— l'important és seguir un model, sobretot si es treballa en equip, com queda escrit al centre del cercle de la Fig. 4.

RELACIONS ESQUEMÀTIQUES ENTRE NECESSITATS / DEMANDA / SERVEIS

3 situacions possibles

a La pitjor



b Òptima (=utòpica)



c Situació habitual

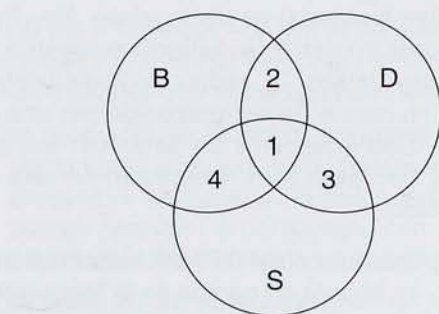


Fig. 3. Paral·lelisme entre modalitat de programa i modalitat de recerca⁹.

Això quant a les modalitats d'estudi. Què hi ha de la metodologia?

La Taula IV posa en evidència les tres aproximacions clàssiques:

- per problema («problem oriented research»)
- per població («population oriented research»)
- per resposta o servei («service oriented research»)

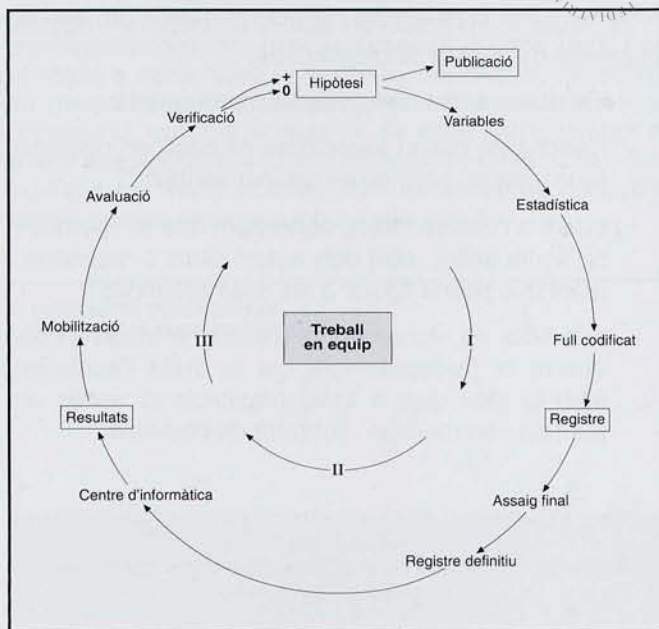


Fig. 4. Característiques operacionals de la recerca en pediatria ambulatoria⁸.

TAULA IV
ELECCIÓ DE METODOLOGIA

Metodologia	Exemples
- Per problema (de salut)	Accidents Episodis de malalties Triade de WOOD: deficiència - incapacitat - handicap Maladaptació - Malestar - Descontentament
- Per població (exposada)	Dones embarassades Nounats Lactants Escolars (nens) Estudiants (adolescents) Treballadors joves
- Per «servei»	Prestacions sanitàries jerarquitzades: I, II, III Pediatría de primer recurs Equip de PMI Equip de sanitat escolar Equips de medicina de treball

Naturalment, és possible una combinació: en les comunicacions que segueixen aquest report, se'n troben molts exemples: els motius de consulta (problemes de salut) de la clientela (població) tan variada com la dels pediatres generals, dels serveis de PMI, de medicina escolar o de salut mental dels joves, combinen dues metodologies; això, no obstant, el funcionament mateix del «servei» no es pren necessàriament en compte; si ho és, la metodologia passa de doble a triple!

De totes maneres, per clarificar al principi el camp cobert per la recerca en pediatria de primer recurs, cal que els autors tinguin cura de precisar la ubicació even-

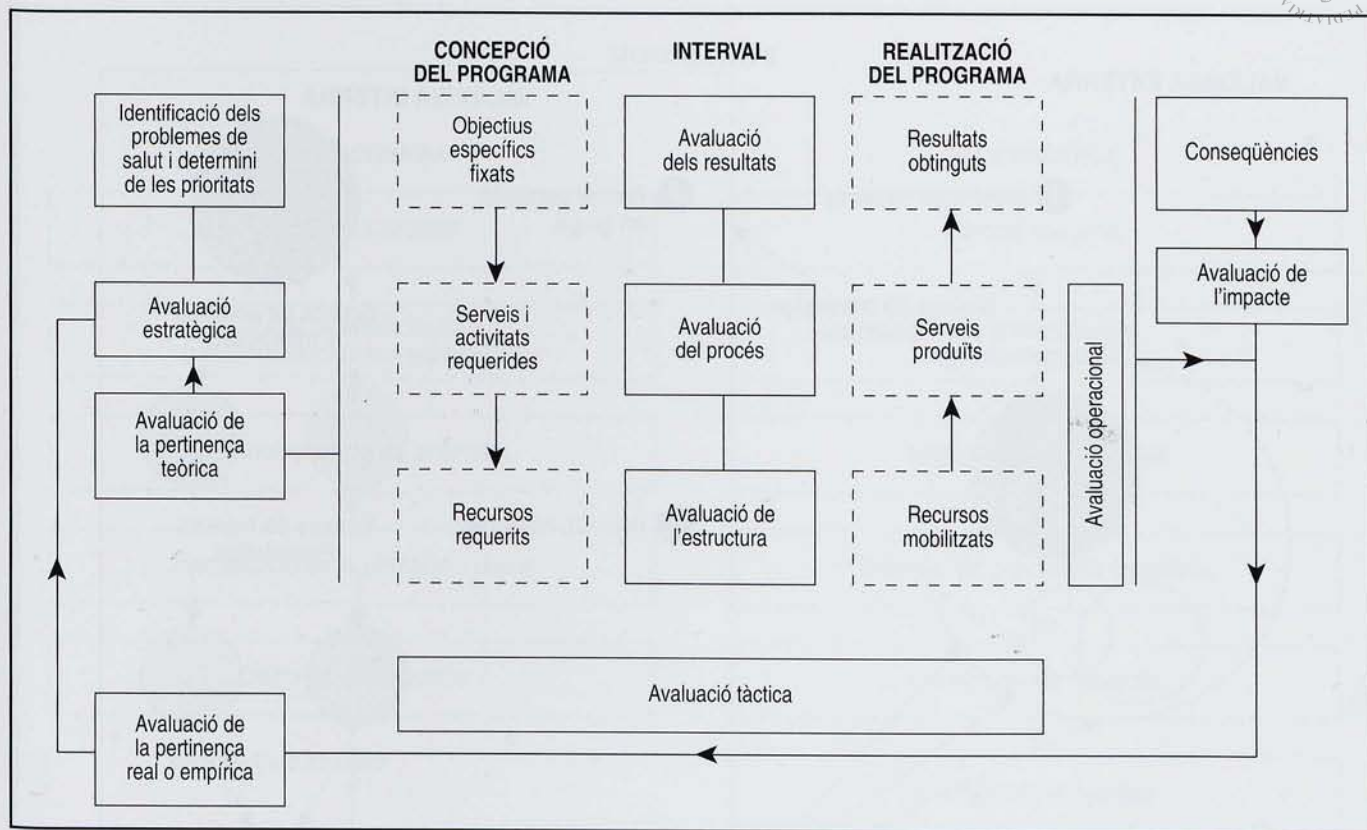


Fig. 5. Els components del programa de salut i els diferents tipus d'avaluació ¹¹.

tual de la seva metodologia: tots els problemes de salut d'una població?, o un problema de diverses poblacions? tenint o no en compte la(es) resposta(es) aportades per un (o més) servei(s)?

Avaluar: com?

Les avaluacions dels programes de salut pública no són fàcils: la Fig. 5 reproduïda de l'obra clàssica de Pineault & Daveluy ¹¹ en dona testimoni eloqüent.

Per a l'avaluació en recerca, ens limitarem a l'examen del concepte de validesa. La meua experiència de treball amb tota una diversitat d'investigadors més o menys experimentats m'ha demostrat que la diferència entre validesa interna i validesa externa –nocions propagades sobretot per les publicacions anglo-saxones– roman massa vegades desconeguda.

La Fig. 6 permet delimitar-les bé, en les cinc fases d'un estudi exemple per l'epidemiologia clínica ⁶:

- la primera i la última fase pertanyen a la validesa **externa**, ja que tenen en compte el pas de la població a la mostra, i després el retorn de la mostra a la població d'on va ser triada;
- les altres tres pertanyen a la validesa **interna**, ja que només concerneixen el tipus de mostra considerada per ella mateixa.

Aquesta possibilitat ofereix als investigadors de precisar la visió que tenen del seu propi treball; els permet una discussió crítica que augmenta la seva credibilitat en els cercles científics, sobretot en els que es dona importància a les extrapolacions assajades a partir d'una mostra de població.

La tríade necessitats/demanda/serveis

Fa molt de temps que sabem ¹² que les necessitats de salut no són percebudes de la mateixa manera pel públic i pels professionals i que no totes les necessitats reconegudes són objecte de demanda (Fig. 7).

Aquesta representació estàtica es pot completar i desenvolupar d'una manera dinàmica (Fig. 8): aquesta té l'avantatge de posar en paral·lel:

- d'una banda, la conversió de les necessitats, reals o percebudes, en una demanda, i després l'acceptació,
- d'altra banda, la morbiditat (concretant), successivament observada, percebuda i diagnosticada.

Comprentent i admetent aquesta seqüència, convé considerar, per acabar amb la tríade anomenada des del principi, l'ús de la qual s'ha estès ⁹, sobretot dins del camp de la salut de la família ¹⁴. Més generalment, «l'adequació de necessitats/demandes/respostes constitueix per excel·lència un tema de recerca de la salut pública i comunitària» ⁹.

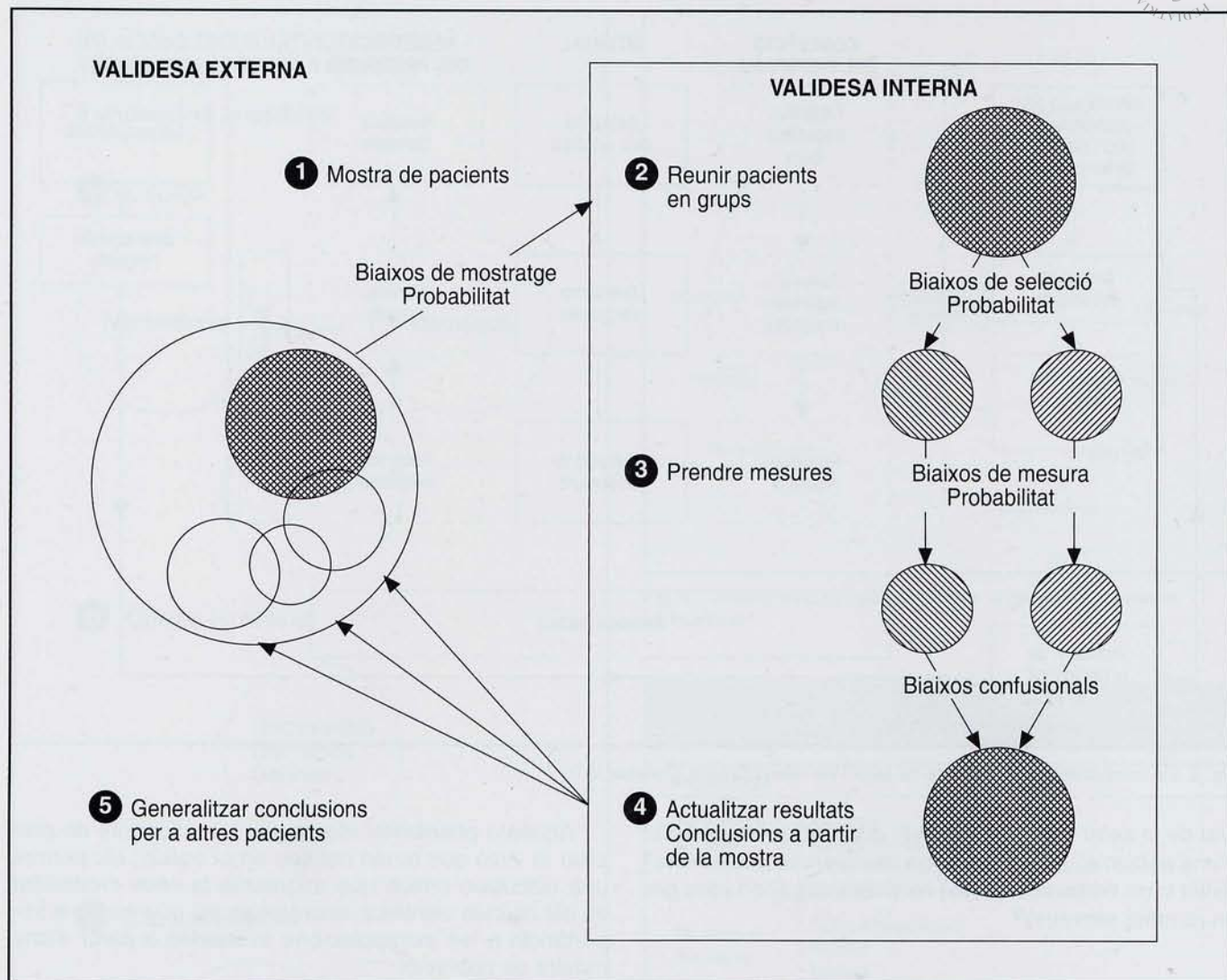


Fig. 6. Representació gràfica de les respectives zones de validesa externa i interna ⁶.

Sovint ens trobem davant d'una total inadequació (Fig. 9a): la distància entre els elements és tan gran que el sistema no pot funcionar.

Al contrari, podem indicar una situació idònia (Fig. 9b) en la qual la coincidència és total: no cal insistir que aquesta situació només pot ser utòpica!

En realitat, la situació més freqüent –en tot cas per necessitats conegudes i reconegudes– és la d'una coincidència parcial (Fig. 9c).

- en 1, la situació és òptima, ja que serveis, demanda i necessitats coincideixen;
- en 2, els serveis no són disponibles per respondre a la demanda relativa a necessitats concretes: hi ha per tant el risc d'una clientela descontenta;
- en 3, són les necessitats reals (objectivament determinades) que fallen: la demanda és per tant considerada injustificada i es parla de malgastar;

NECESSITATS BIOLÒGIQUES I SOCIALS

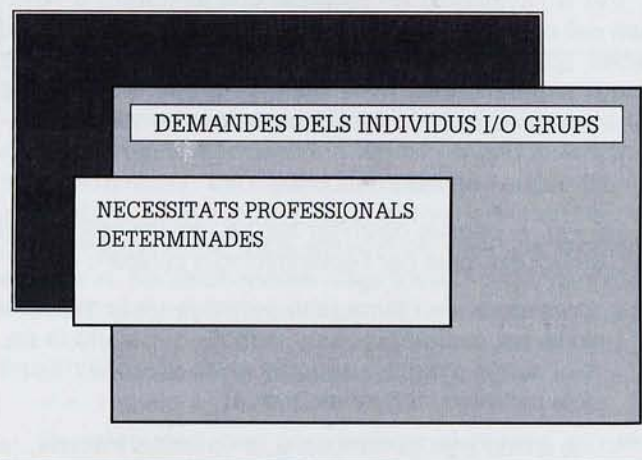


Fig. 7. La no superposició de les diferents necessitats ¹².

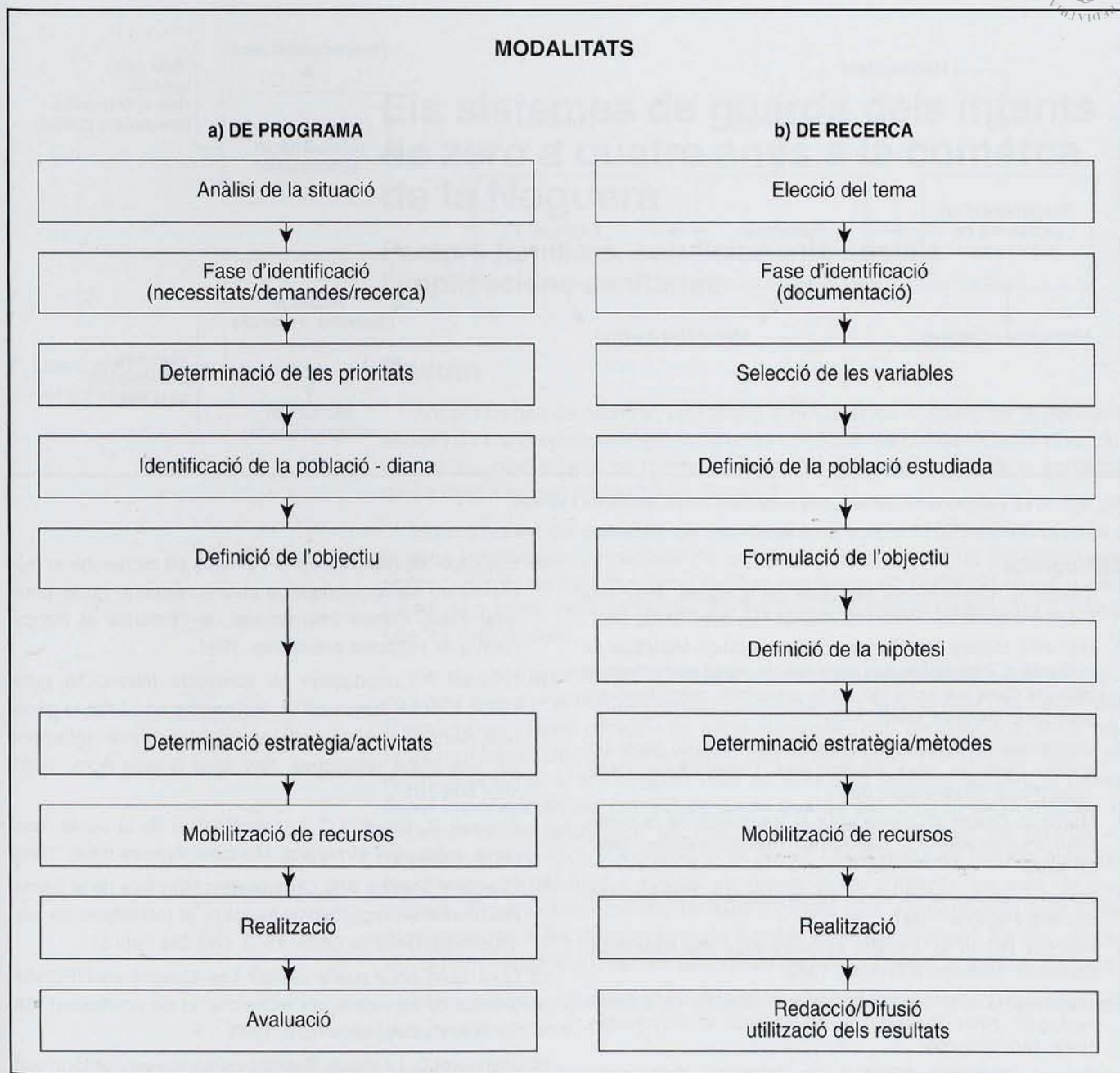


Fig. 8. Morbiditat objectiva, percebuda i diagnosticada: relacions amb necessitats, demanda i responsabilització ¹³.

- en 4, les necessitats reals i els serveis coexisteixen, però la demanda no es manifesta: hi ha per tant una subutilització dels serveis.

El lector trobarà fàcilment experiències semblants viscudes en la seva pràctica, però em permetré d'il·lustrar el meu propòsit.

En la modalitat de programa la utilització d'aquesta tríade permet fer una primera anàlisi d'una situació, i en modalitat de recerca, ajuda a triar un tema amb millor coneixement de causa (Fig. 3).

Al final, els resultats esperats haurien de permetre:

- gràcies a una participació més activa dels consumidors (Taula I), donar-los els mitjans per expressar millor les seves demandes, a partir del moment en què s'adonen de les seves necessitats;
- donar al planificadors els mitjans per reorientar els serveis que haurien deixat de respondre a les necessitats reals i correctament percebudes; allò que, en termes de l'ASP, respon al principi de la utilització òptima dels recursos disponibles (Taula I).

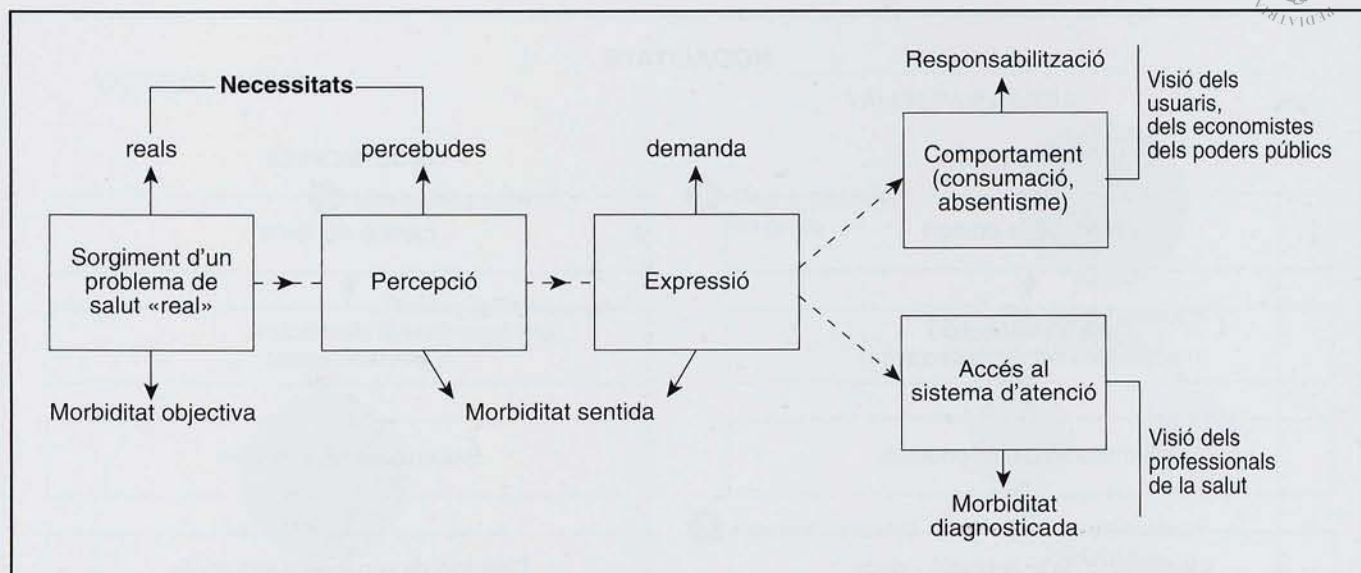


Fig. 9.(a, b, c). Relacions esquemàtiques entre necessitats, demanda i serveis.

Bibliografia

1. Tarimo E. Organisation Mondiale de la Santé. Pour une meilleure santé au niveau du district. Genève, OMS, 1991.
2. Hart RH, Belsey MA, Tarimo E. Organisation Mondiale de la Santé. L'intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaires: considérations pratiques. Genève, OMS, 1991.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires dans les pays industrialisés. Copenhague, OMS, 1996 (Rapp Etudes Euro 95).
4. Martin J. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Pour la santé publique. Lausanne, Réalités Sociales, 1987, 261-265.
5. Martin J. Enjeux éthiques en santé publique. Genève, Médecine & Hygiène, 1991.
6. Fletcher RH et al. Clinical epidemiology: the essentials. Baltimore, Williams & Wilkins, 1982.
7. Jeanneret O. L'épidémiologie clinique: une nouvelle épidémiologie? Arch Suisses de Neurologie et Psychiatrie, 1989; 140: 393-406.
8. Groupe Romand d'Etudes en Pédiatrie Ambulatoire (GREPA). Recherche en médecine ambulatoire. Rev. Med. Suisse Rom, 1989; 109: 661-764.
9. Baumann M, Deschamps JP. Projets de recherche et mémoires en santé publique et communautaire: guide pratique. Paris, Centre International de l'Enfance et Nancy, Centre de médecine préventive, 1991.
10. Girardet P. Introduction au séminaire (Nyon, 16 juillet 1983). Cité in: Jeanneret O. Recherche en pédiatrie générale, recherche clinique et épidémiologie: brèves réflexions sur leur place respective. Rev Med Suisse Rom, 1989; 109: 695-701.
11. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Montréal, Agence d'Arc, 1986.
12. Grundy F, Reinke WA. Organisation Mondiale de la Santé. Recherche en organisation sanitaire et techniques de management. Genève, OMS, 1973. Cah Sté Publ 51.
13. Quel sport pour quelle santé? Les Cahiers de l'IFOREP (Institut de formation, de recherche et de promotion), 38: Sport et Culture, décembre, 1983.
14. Jeanneret O. La triade: Besoins-demande-services: un outil méthodologique pour l'action préventive. In: L'enfant, sa famille et la société. Can Med Soc, 1980, 24: 119-137.

Jeanneret O. Pediatria de primer recurs: una base metodològica per a la recerca aplicada. But Soc Cat Pediatr 1993; 53: 293-300.