

Érika Ruiz Rivera

La Part Alta es mou

Diagnòstic de Salut de la Part Alta de Tarragona

TREBALL FINAL DE MÀSTER

Dirigit per: Dra. Rosa D. Raventós Torner

Màster d'Investigació en Ciències de la Infermeria



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Tarragona

2021

“Always look on the bright side of life”
Monty Python

Agraïments

Als meus pares i al meu germà, un any difícil i complicat, ells són el meu grup de convivència estable, ara i sempre.

A Tor (et trobo tant a faltar...) i a Nuka, la meva família peluda.

A Raquel, per tant.

A Silvia i Sergi, per adoptar-me sempre.

A Laura, un dia em va dir que no sabia perquè havia arribat a treballar al CAP Muralles, que segur que el destí era el trobar-nos, quina sort!

A Paula i Bea, les flors que m'acompanyen en les meves batalles des de l'inici de la nostra aventura universitària.

Als amiguís, saber qui hi sou, calma.

A la direcció del meu centre, per un any tan complicat i per una feina tan ben feta, gràcies per donar-me tot el suport i tota la confiança. Especial menció a Rosa, per ajudar-me en moments on la intensitat i la feina ens desbordava.

A la meva companya d'equip, Gemma, la comunitària ens espera.

A les meves companyes i companys murallencs, que són família per extensió.

I sobretot a Rosa, la meva tutora, de tot cor. Gràcies per no deixar-me sola aquest any tant intens, tan llarg i tan difícil per mi. Per pensar que seria capaç, pel teu suport i per la teva atenció i assessorament.

Gràcies, moltíssimes gràcies!!

I a tots aquells i aquelles que han estat a la meva vida, i que per un motiu o altre ara ja no hi són. Gràcies per l'aprenentatge!

Índex

Índex de taules	6
Índex de figures	6
Índex d'abreviatures	7
Resum	8
Abstract	9
1. INTRODUCCIÓ	10
1.1 Justificació	11
2. MARC CONCEPTUAL.....	13
2.1. Definició del concepte de Salut.....	13
2.2. Salutogènesi i el Sentit de la Coherència (Sense of Coherence)	13
2.3. Què és una Comunitat.....	16
2.4. Els Actius en Salut ("Assets")	17
2.6. Concepte Una Única Salut (One Health)	19
2.7. Pandèmia, salut global i el SARS-CoV-2.	22
2.8. El model dels Determinants Socials de la Salut (DSS).	25
2.9. El Diagnòstic de Salut (DS)	28
2.10. L'Atenció Primària de Salut i l'actualitat de les Polítiques en Salut a Catalunya.	32
3. REVISIÓ BIBLIOGRAFIA I ANTECEDENTS	34
4. APORTACIONS D'INTERÈS DE L'ESTUDI	36
5. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ I OBJECTIUS	38
Hipòtesi.....	38
5.1 Objectiu general del projecte	38
5.2 Objectius específics	38
6. METODOLOGIA	40
6.1 Àmbit de l'estudi.....	40
6.2 Disseny	46
6.3. Primera fase quantitativa: fase preliminar dades de salut i determinants sociodemogràfics i socioeconòmics.	47
Mostra	48
Variables	49
Recollida de dades.....	51
Anàlisis dels resultats	52
6.4. Segona fase: Treball de camp	52
Grups focals.....	52
Mostra	54

Anàlisi de les dades qualitatives	54
7. ASPECTES ÈTICS	56
8. APLICABILITAT	58
9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI	59
10. CONCLUSIONS	60
11. LÍNIES FUTURES.....	61
12. BIBLIOGRAFIA.....	62
13. ANNEXES	68
Annex I. Recerca Bibliogràfica	68
Annex II. Anàlisi de la pregunta de investigació	69
Annex III. Sol·licitud de consentiment del projecte a Muralles Salut SLP	71
Annex IV. Cronograma. Any 2021/2022.	75
Annex V. Pressupost.	0
Finançat per l'entitat proveïdora de salut, Muralles Salut SLP.	0
Annex VI. Relació de carrers inclosos al CP: 43003.	1

Índex de taules

- **Taula 1.** Població assignada a CAP Muralles distribució taula de barres.
- **Taula 2.** Població assignada a CAP Muralles distribució taula.
- **Taula 3.** Població del barri de la Part Alta, assignada a CAP Muralles, distribució taula de barres.
- **Taula 4.** Població del barri de la Part Alta assignada a CAP Muralles.

Índex de figures

- **Figura 1.** Model de salutogènesi. **Font:** elaboració pròpia.
- **Figura 2.** Esquema resultat dels SOC. **Font:** elaboració pròpia.
- **Figura 3.** Model d'actius per la salut pública. **Font:** Un modelo de activos para la salud pública. Morgan, Hernán (2013).
- **Figura 4.** One Health. **Font:** Sleeman JM, Richgels KLD, White CL, Stephen C. Integration of wildlife and environmental health into a One Health approach.
- **Figura 5.** Determinants socials de salut. **Font:** Model de DSS de Dahlgren i Whitehead
- **Figura 6.** Condicionants socials, epidemiologia social i salut. **Font:** Cofiño R. La causa de las causas. IV Congreso de Educación Médica de Zaragoza; 2013 febrer 28; Zaragoza, España.
- **Figura 7.** Marc Conceptual de les desigualtats socials en salut **Font:** “Avanzando hacia la equidad. Propuestas políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”.
- **Figura 8.** Punt de partida d'inici d'un procés comunitari. **Font:** Guía para trabajar la salud comunitaria en Asturias.
- **Figura 9.** Procés de mapeig d'actius de salut. **Font:** *Guía breve. Salud Comunitaria basada en activos.*
- **Figura 10.** Mapa de l'Estat Espanyol. **Font:** Google Maps.
- **Figura 11.** Mapa de Catalunya. **Font:** Google Maps.
- **Figura 12.** Mapa Tarragona. **Font:** Geoportal Ajuntament Tarragona.
- **Figura 13.** Mapa barri de la Part Alta. **Font:** Geoportal Ajuntament Tarragona.
- **Figura 14:** Procés metodològic APOC. **Font:** Una mirada a la atención primaria orientada a la Comunidad.
- **Figura 15.** Etapes del procés comunitari. **Font:** Guia Metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria.

Índex d'abreviatures

- **ABS:** Àrea Bàsica Assistencial
- **AP:** Atenció Primària
- **APS:** Atenció Primària de Salut
- **APOC:** Atenció Primària Orientada a la Comunitat
- **AQuAS:** Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
- **CAP:** Centre d'Atenció Primària
- **CATSalut:** Servei Català de la Salut
- **CIM10-MC:** Classificació internacional de malalties.
- **CSM:** Centre de Salut Mental
- **CSMIJ:** Centre de Salut Mental Infanto-juvenil
- **CDSS:** Comissió dels Determinants Socials de la Salut
- **COMSalut:** Programa Comunitat i Salut
- **CP:** Codi Postal
- **DS:** Determinants de la Salut
- **DS:** Diagnòstic de Salut
- **DSS:** Determinants Socials de la Salut
- **EAP:** Equip d'Atenció Primària
- **EBA:** Entitat de Base Associativa
- **ENAPISC:** Estratègia Nacional de l'Atenció Primària i la Salut Comunitària
- **ESCA:** Enquesta de Salut de Catalunya
- **IAP:** Investigació Acció Participativa
- **OMS:** Organització Mundial de la Salut
- **PINSAP:** Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública
- **RAP:** Reforma de l'Atenció Primària
- **RCA:** Registre Central de persones Assegurades
- **RGR:** Recursos Generals de Resistència
- **SIRE:** Sistema Integrat de Recepta Electrònica
- **SOC:** Sense of Coherence (Sentit de la Coherència)
- **UNICEF:** Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia

Resum

Com a entitats proveïdores de salut i professionals en relació amb l'entorn, és cabal per a treballar la salut global i realitzar intervencions fructíferes en salut comunitària, conèixer la relació de l'entorn amb la salut de les comunitats, tenint en compte aquells aspectes que no depenen directament de la capacitat individual de promoure hàbits i conductes saludables, com l'eco-sistema, la zoonosi, les infraestructures, l'urbanisme, els recursos de les poblacions, i com aquesta distribució ens pot condicionar directament en l'estat de salut de les comunitats i els nostres barris, entenent la salut de les poblacions i dels individus, com un concepte únic, com una *única salut (One Health)*, que es relaciona i es condiciona amb l'entorn i els determinants socials de la salut.

La situació de pandèmia viscuda aquest últim any, declarada pel virus SARS-CoV-2, posa de manifest com les malalties emergents, provoquen morts, patiment i, una gran davallada econòmica del país que les pateix, modificant i agreujant els determinants socials de la salut dels individus i les comunitats.

L'objectiu d'aquest projecte, és realitzar el diagnòstic de salut comunitària del barri de la Part Alta, situat a la part més alta de la ciutat de Tarragona, envoltat de muralles i de restes d'edificacions Romanes. La població del barri està atesa pel centre d'atenció primària CAP Muralles. La proposta de projecte d'investigació en aquest barri, es durà a terme mitjançant una metodologia mixta, amb mètodes qualitatius i quantitatius, que permetran poder conèixer i fer un anàlisi global de la situació, amb la participació activa de la població en l'estudi, empoderant a la comunitat en la presa de decisions que es vinculin amb la seva salut i la pròpia del barri, basant-se en un model salutogènic i d'actius en salut.

Paraules clau: *salutogènesi / atenció primària de salut / salut pública / actius en salut / única salut / diagnòstic de salut / covid19 / acció comunitària / participació comunitària / salut comunitària.*

Abstract

As a health providers and professionals in relation to the community, it's basic to work on global health and healthcare and carry out fruitful interventions in community health, to open the relationship of the society to community health, being focus those aspects that do not depend directly on the individual capacity of promoting healthy habits and selfcare, like the eco-system, the zoonosis, the infrastructures, the urbanism, the resources of the populations, and how this distribution can be directly conditioned in the health status of the communities and the neighborhoods, knowing the health of the community and selfcare, describing a single concept, *One Health*, which is related and conditioned to the environment and the social determinants of health.

The pandemic situation, declared by the SARS-CoV-2 virus, in the last year, became a manifestation of emerging diseases, deaths, suffering and an enormous economic damage in the country that patents them, modifying and adding to the social determinants of the health of individuals and communities.

The aim to this investigation is to carry out the community health diagnosis of the Part Alta neighborhood, located at the highest part of the city of Tarragona, surrounded by walls and rests of Roman buildings. The medical care of the community of the neighborhood is in charge at the CAP Muralles primary care center. The purpose of the research project in this neighborhood is based on a mixed methodology, qualitative and quantitative methods, which allow a global analysis of the situation, with the active community participation in the investigation, and empowering the community in the decision-making process that is linked with the selfcare and health, based on a salutogenic and health assets model.

Key Words: *salutogenesis / primary care / public health / assets / one health / health diagnosis / covid19 / community participation / community health.*

1. INTRODUCCIÓ

Fa anys el concepte de salut es centrava únicament en un model biomèdic, argumentava que la salut només responia a l'absència de malaltia. Va ser en el transcurs de l'any 1946, quan l'OMS va evolucionar aquest concepte fins a arribar a la definició actual que exposa que la salut és: *“Un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties”*. Tot i la actual definició, no és fins la 1^a Conferència Mundial sobre Promoció de la Salut, que es va celebrar el 1986 a Ottawa (Carta de Ottawa), quan aquest concepte s'impulsa i es comencen a prioritzar els processos comunitaris, donant èmfasi a la promoció de la salut i fomentant una reorientació dels serveis sanitaris i les polítiques de salut cap a una atenció més centrada en la comunitat i en les societats (1).

Al llarg de la història de la medicina, s'han realitzat diversos intents de reorientar la salut cap a una vessant més social i comunitària, tot i així, les institucions, es mantenen reticents en la manera d'exercir la medicina, centrant-la en un enfoc més patogènic i individual de les malalties i de les seves pròpies causes. L'Atenció Primària i Comunitària, ha hagut d'anar adaptant el model d'assistència degut a l'alta demanda de la població cap a l'atenció de símptomes de caràcter agut, relegant la prevenció i la promoció de la salut en ocasions a un segon pla (2).

L'informe Lalonde després d'un estudi presentat a l'any 1974, sobre les causes i les morts de la població Canadenca, capgira la visió actual de l'atenció sanitària, situant en el centre de l'atenció del sistema els determinants de la salut, on es remarca que el 80% es mantenen fora del sistema sanitari (3). En el 2008 la Comissió internacional de salut de la OMS, va definir els determinants socials en salut com aquelles situacions en les que els individus neixen, creixen, viuen, treballant i envelleixen (4), posant èmfasi en que sovint està condicionat pel lloc on vivim, on naixem, creixem i on estem exposats a hàbits que no depenen de nosaltres. Dit d'una altra manera, estem condicionats de manera fisiopatològica i social-econòmica pel lloc en el que naixem.

De fet, hi ha estudis realitzats en els últims anys, com bé referència Rafa Cofiño, a l'any 2013, on argumenta que existeixen canvis en el codi genètic segons el lloc del que procedeixes, hi ha investigacions que han confirmat que estar exposat a certs hàbits, poden condicionar la teva salut, és a dir, el teu codi postal pot modificar el teu codi genètic. A més, des de la salut pública, existeixen grans diferències entre l'esperança de vida d'un barri a un altre, tot i viure en la mateixa ciutat, això aniria lligat als nous

estudis sobre l'epigenètica¹, i com afavorir a les comunitats per a ser poblacions saludables i per prevenir les causes que provoquen el fet d'emmalaltir (5).

De fet, el departament de salut de la Generalitat de Catalunya, des de fa uns anys, treballa intentant vincular el concepte de salut en tots els departaments de govern i a les diferents polítiques acordades, sota el lema “*Salut a totes les polítiques*” (6). Incloent mesures a nivell interdepartamental, accions coordinades, i intentant prioritzar aquells aspectes que impliquen directament la salut de les persones en qualsevol àmbit d'actuació, fomentant d'aquesta manera grans canvis a nivell de la Salut Pública de les poblacions.

Per garantir la protecció de la salut, l'equitat i l'accessibilitat a una adequada atenció sanitària, dins de l'homogeneïtat de les activitats sanitàries, cada àrea de salut estudia les necessitats sanitàries de la seva població per adequar els recursos i coordinar els serveis existents, per tant, **l'objectiu** d'aquest projecte, és realitzar el diagnòstic de salut de la comunitat del barri de la Part Alta de Tarragona atesa per el CAP Murallès, per poder conèixer i fer un anàlisi de la situació que permeti valorar millor què és el que està passant i poder actuar en la solució de determinats problemes que afecten a la salut de la comunitat.

1.1 Justificació

El desembre del 2019, es va localitzar el primer cas Covid-19 a la ciutat de Wuhan, el món es troba en una pandèmia mundial que ha capgirat la salut mundial, l'economia i la manera en la qual les societats estàvem acostumades a viure i relacionar-se (7). La població de part alta de Tarragona també està patint les conseqüències del Covid-19, que ha comportat per la població un aïllament per part de les persones grans, un reacondicionament de les taques que es realitza al centre d'atenció primària i a una adaptació a noves formes d'atenció a la població. En aquests moments a març de 2021, ens trobem iniciant una nova etapa en la qual serà oportú preguntar-nos i plantejar-nos, quin tipus de barri volem, com volem relacionar-nos amb la comunitat, per tal d'afavorir la salut de les persones, donar resposta a les seves necessitats tant de salut, com socials. La crisi sanitària que ha originat la pandèmia de la COVID-19 ha fet aflorar la necessitat d'una salut comunitària forta a tot el territori.

¹ Art de la biologia que estudia els canvis hereditaris d'expressió gènica que no comporten una modificació en la seqüència de l'ADN. La formació de modificacions epigenètiques s'ha relacionat amb diversos factors ambientals, com l'alimentació i les experiències individuals, com un mecanisme d'adaptació individual a cada ambient concret.

L'interès del projecte, va adreçat a la voluntat d'esbrinar com la globalització i l'estil de vida de les poblacions i les comunitats facilita la transmissió de malalties, ja siguin de caire infecciosos o per l'augment de les persones amb patologies cròniques. D'aquí el plantejament de la realització d'un projecte que permeti conèixer la relació de l'entorn amb la salut de les comunitats, tenint en compte aquells aspectes que es relacionen directament amb les poblacions com, l'eco-sistema, la zoonosi, les infraestructures, l'urbanisme, els recursos i com aquesta distribució ens pot condicionar directament en l'estat de salut de les poblacions, entenent la salut de les comunitats, les poblacions i els individus, com un concepte únic (*One Health*) (8) que es relaciona i es condiona amb l'entorn i els determinants socials de la salut.

2. MARC CONCEPTUAL

Situar la salut comunitària (SC) dins d'un marc d'actualitat, requereix endinsar-nos en conèixer a què ens referim com a concepte de *salut* i què definim com una *comunitat*, quines accepcions podem matisar d'ambdues definicions, i què volem dir quan parlem i ens plantejem quina és la salut de les poblacions i què implica mantenir societats i comunitats saludables.

2.1. Definició del concepte de Salut

Com bé es matisa en argumentacions prèvies en la introducció, l'OMS 'any 1946, evoluciona el concepte de salut, fins arribar a l'actual definició del mateix: *“Un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties”*.

El transcurs del temps i els condicionants socials i econòmics implicats en la definició del concepte de salut, no evolucionen amb la rapidesa i la velocitat requerida en la que es generen els canvis socials i econòmics que provoquen les desigualtats en salut de les nostres poblacions. En un dels seus articles, Villareal-Valera (9), matisa que la definició de salut evolucionada per l'OMS, no s'equipara ni es pot extrapolar a la societat de manera generalitzada, indica que és una definició insuficient i que no valora els canvis bruscs de les nostres societats, deixant lleugerament de banda el context cultural i socio-econòmic real, enfocant i afirmant una definició objectiva del concepte de salut, obviant la subjectivitat de la dinàmica de la vida humana i els seus condicionants.

2.2. Salutogènesi i el Sentit de la Coherència (Sense of Coherence)

La salutogènesi és la ciència que es centra en la salut i la capacitat de gestionar-la, segons Antonovsky (10), la salut humana no és estàtica, sinó un procés en continu de desenvolupament. Això implica que cada persona descobreixi les seves pròpies fonts de salut i decideixi per si mateixa el que necessita fer per mantenir la salut mental i el benestar general.

Dins del concepte de salutogènesi, una de les argumentacions més assenyalades és, la definició del sentit de la coherència (SOC), on Antonovsky, investigador del Departament de Sociologia de la Salut de la Facultat de Ciències de la Universitat de Ben-Gurion, fou el precursor d'aquesta definició, matisant que quan la persona coneix i manté confiança en els estímuls que provenen de l'entorn en el transcurs de la vida, i aquests són estructurats, predicibles i de fàcil maneig, la persona i les comunitats tenen

els recursos necessaris per a afrontar-los, és a dir, les persones i comunitats amb un SOC elevat, presenten més facilitats a l'hora d'afrontar les situacions quotidianes estressants. (10).

Antonovsky basa la seva teoria, en 3 mecanismes per a explicar el que és el *Sense Of Coherence* (SOC), tot argumentant quins serien els mecanismes necessaris per tal de mantenir un SOC elevat, i com poden influir en l'afrontament de les situacions vitals estressants de les persones, aquests mecanismes serien els de percepció, basat en els estímuls que rebem i com els afrontem, els cognitius, o com analitzem les causes dels elements estressors, i els de comportament, els quals equivaldrien a les estratègies que utilitzem davant dels estímuls. (11).

La salutogènesi, és el primer model que proposa una exploració de la salut en termes del binomi salut-malaltia.



Figura 1. Model de salutogènesi

Font : Elaboració pròpia

El motiu que algú es mogui des de la malaltia fins a la de salut és el que va anomenar recursos generals de resistència (RGR). Els RGR es considera que provenen de l'interior de la persona i del seu comportament, del seu entorn i dels seus coneixements i experiències.

Els recursos de resistència s'interrelacionen en tres dominis bàsics:

- Els que milloren la capacitat d'obtenir-los,
- Els que beneficien la comprensió de l'entorn
- Els que permeten trobar-li un significat a la pròpia vida.

Per tant, el "*sentit de coherència*", és la suma dels recursos generals de resistència a la malaltia menys el dèficit general de resistència a la mateixa.

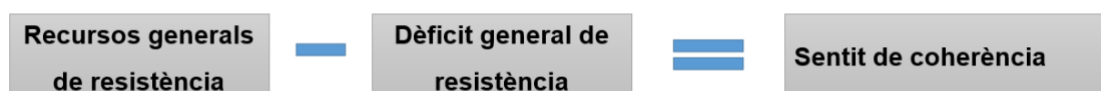


Figura 2. Esquema resultat dels SOC

Font: Elaboració pròpia

La salutogènesi té com a base el model d'actius², reconeixent que cada comunitat té talents, habilitats, interessos i experiències que constitueixen un valuós arsenal útil per millorar la seva salut i benestar.

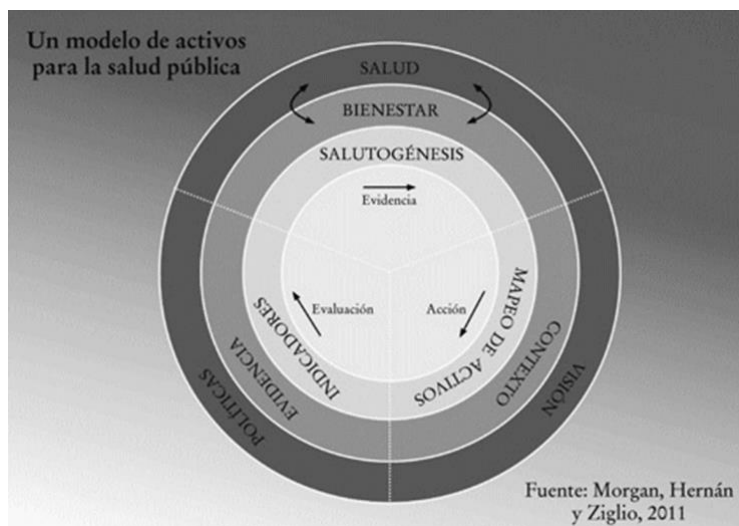


Figura 3. Model d'actius per la salut pública

Font: Un modelo de activos para la salud pública. Morgan, Hernán (2013) (12)

² Actiu de salut és pot definir com qualsevol factor o recurs que potenciï la capacitat dels individus, de les comunitats i poblacions per mantenir la salut i el benestar.

Aquest enfocament de la salut pública, pot ajudar a la prevenció de la malaltia i a la millora de la qualitat de vida de les persones, ajudant a augmentar el seu *Sentit de la Coherència* (SOC) i potenciant totes les seves capacitats.

2.3. Què és una Comunitat

Sobre la definició de comunitat existeixen múltiples descripcions, entre d'altres, destacarem aquelles que presenten elements comuns. Segons argumenten Leahy, Cobb, Jones (1977) una comunitat, és un grup de persones característiques o interessos comuns que viuen dins d'una mateixa àrea, i aquesta dins d'una societat més gran (13).

Per altra banda, la definició registrada del substantiu “comunitat” al diccionari:

“comunitat n. f.

1. *Conjunt de persones que tenen alguna relació o que es reuneixen per a una finalitat: una comunitat de propietaris; una comunitat agrària.”*

L'OMS, la defineix com un territori habitat per una població, que compta (o no), amb determinats recursos i expressa (o no), determinades demandes. Les persones que en formen part es caracteritzen per viure en una zona geogràfica definida, comparteixen la mateixa cultura, valors i normes, i estan organitzades en una estructura social conforme al tipus de relacions que la comunitat ha desenvolupat al llarg del temps. Els seus membres tenen consciència de la seva identitat com a grup i comparteixen necessitats i el compromís de satisfer-les. (14) (*Promoció de la Salut, OMS; 1998*).

Per tant, podem definir que una comunitat, comparteix la seva cultura, i costums, si a més a més, ens remuntem a la definició de la paraula cultura en antropologia social, aquesta prové del llatí, “culturam” i “cultus”, i forma part de la vida de les persones en la seva relació amb el grup i la manera de viure en un context social. En paraules de Manuel Moreno, “*és la capacitat de percebre el món de manera simbòlica, d'aprendre i de transmetre símbols i conceptes a altres humans, i de transformar l'entorn i la pròpia personalitat mitjançant la utilització d'aquests símbols. És apresada, compartida, transmesa, simbòlica, dinàmica i holística.*” (15)

Així, també podem valorar la importància de la cultura, dels simbolismes i la força amb la que aquests es representen en una comunitat o en una societat, com s'expressen aquests símbols i com es transmeten, en quant a termes d'hàbits saludables, de comportament i de salut en la seva població, i com poden arribar a determinar l'estat de

salut de les poblacions. Si ens basem en les definicions anteriors, es fa palès la importància dels condicionants de les comunitats per valorar l'estat de salut de les mateixes. Conèixer els seus simbolismes i formar part de la seva cultura, és un pas fonamental i bàsic per a afavorir l'adaptació de les mesures proposades, i que les intervencions en salut siguin fructíferes i acceptades, tot fent partícip, a la població a la qual van dirigides les estratègies en salut, en el procés de disseny i en la implementació de les intervencions.

Si tornem al concepte d'Antonowsky i la salutogènesi, s'hauria de treballar des d'una perspectiva comunitària per tal d'augmentar el SOC de les poblacions, i d'aquesta manera millorar la capacitat resolutiva de les societats, afavorint la salut de les comunitats i les persones que hi viuen. A més a més, augmentar el SOC, augmenta de manera directa, la capacitat de resiliència de les poblacions i les comunitats, i així augmenta la capacitat de disposar de recursos, existents ja a la comunitat, per tal de poder neutralitzar l'efecte de l'estrès causat en la població i l'individu, en moments de crisi, facilitant tornar al seu estat original, i ajudant a fer un aprenentatge positiu en les situacions adverses.

2.4. Els Actius en Salut ("Assets")

Un Actiu de Salut es pot definir com qualsevol factor o recurs, que potenciï la capacitat dels individus, de les comunitats, de les poblacions per mantenir la salut i el benestar (16). Aquest valor afegit en les societats, poblacions i comunitats, que permet l'autosuficiència en quant a termes de salut, l'oportunitat i facilitat a l'hora de gestionar processos estressants, hi ha bibliografia que ho descriu i defineix amb la paraula "*actiu*".

L'actiu pretén que obrim la mirada de la salut dels individus i de les comunitats, que mirem més enllà i que deixem el model patogènic en el qual estem immersos, canviant la mirada de model de dèficit, amb la finalitat de valorar aquells aspectes, ja existents a les comunitats, que els aporten i potencien la seva salut. El terme anglès per la paraula "*actiu*" és "*assets*", paraula que defineix els recursos salutogènics de les comunitats (17). Allò important és el reconeixement de l'existència dels "*assets*" per part de la població, i que aquesta consciència permeti un canvi de visió i de model, cap a comunitats més saludables, i cap a una millor promoció de salut, creant-la des d'aquells elements que són propis actius saludables i ja formen part del context sociocultural, i de l'entorn físic i natural dels propis individus.

Un exemple de com els “assets” i els diagnòstics en salut comunitària³, condicionen la salut de les poblacions, es descriu en una intervenció realitzada al país d’Islàndia l’any 1998, amb uns resultats interessants i que va augmentar la capacitat de resiliència de la població. La població jove del país en aquella època, es caracteritzava per un altíssim consum de substàncies, drogues i alcohol, amb una edat d’inici molt baixa, situació que es dramatitzava al recórrer els carrers caminant de les ciutats del país islandès (18). Es va realitzar un estudi i implantar intervencions a nivell poblacional, on entre d’altres mesures es va potenciar l’augment de temps de conciliació familiar, es va posposar l’edat d’inici de substàncies i alcohol, es va incrementar l’augment d’oferta d’activitats d’oci supervisades i amb la participació activa d’adults i es va vincular a tota la població resident en el procés d’implementació. Això va fer possible que en 20 anys, es reduís de manera summament important el consum entre joves d’alcohol i altres substàncies, empoderant a la població en la participació de les polítiques en salut pública del país.

També és cert que no en tots els països i poblacions es poden guiar per les mateixes directrius o es poden extrapolar les mateixes polítiques en salut, doncs cada comunitat i cada població té una realitat, econòmica, social i en salut diferent, d’aquí la importància de la realització d’un diagnòstic de salut de les comunitats (19).

2.5. Actualitat en les polítiques en Salut

Cada vegada, les polítiques de salut pública s’estan unificant de manera més global en la prioritització de la prevenció i de la promoció d’hàbits saludables, intentant incentivar la participació activa de la població en les intervencions i les polítiques instaurades, com la nova reforma de l’atenció primària, on una de les línies del pla ENAPISC (20), integra la salut comunitària com un pilar fonamental d’aquesta remodelació.

En la conferència d’Alma-Ata, l’any 1978, es defensa el paper de l’atenció primària, tot basant-se en mètodes pràctics i tecnologies que siguin acceptades per l’evidència científica, a l’abast dels individus, amb la plena participació, i a un cost que el sistema pugui mantenir amb autodeterminació, per tal de facilitar desenvolupament social i econòmic de les comunitats (21).

Les polítiques en salut haurien d’enfocar-se cap al benestar de les poblacions i les comunitats, abordant tots aquells punt de relació amb els eco-sistemes, la zoonosi i la

³ Diagnòstic comunitari és una de les principals eines d’investigació i de planificació sanitària que la salut pública té per identificar les necessitats, problemes socials, de salut, recursos i fortaleces de la població.

manera de transmissió de les malalties, tant infeccioses com no infeccioses. En el llibre *Epidemiocràcia* (22), Javier Padilla i Pedro Gullón, matisen, com a punt de partida a tenir en compte per futures línies d'actuació: “*Com respondre a aquests fenòmens i com preparar a la societat per afrontar allò quotidià a la mateixa vegada que allò extraordinari*”.

L'OMS (23), planteja un enfoc multisectorial sobre el concepte de salut, que implica la comunicació, la col·laboració i el treball intersectorial per tal de poder aplicar polítiques, lleis i investigacions que vinculin totes les actuacions dels diferents sectors enfocades a un mateix resultat, a través del concepte “*One health*” (24).

Aquest concepte, afavoreix les polítiques en la salut mundial a tots els nivells, ja que el que pretén és millorar la coordinació, la col·laboració i la comunicació entre comunitats, persones, espais, entorns i el medi ambient, tenint en compte tot allò amb el que tenim relació, tant de manera individual com formant part d'una comunitat o població, incloent polítiques agrícoles, arquitectòniques, zoonòtiques i alimentàries, a més a més, de tenir present aquells aspectes i situacions que poden realment comprometre la nostra salut com a individus en relació amb un entorn concret.

Una de les dificultats en la implementació d'aquestes polítiques, és la manca d'indicadors comuns, que mesurin les intervencions en salut a tots els nivells, per tal d'esbrinar l'impacte real de les mesures en salut en les comunitats i en l'entorn. Alguns autors, argumenten la dificultat en l'estandardització dels indicadors per la manca d'un llenguatge comú i inclusiu, que permeti valorar de la mateixa manera l'impacte generat en la salut global de les poblacions, avaluant els mecanismes implementats en les comunitats (25). Implica, un treball multidisciplinar que requereix de mètodes concrets, avaluacions i indicadors ben definits i establerts, que aportin validesa i demostrin realment l'eficiència i l'eficàcia de les mesures implementades.

2.6. Concepte Una Única Salut (One Health)

El lideratge d'una política basada en “*Una Única Salut*” (One Health), s'ha de realitzar des de la perspectiva inclusiva dels determinants socials de la salut i els determinants ambientals, que conjuntament i de manera global, resolguin les mancances sanitàries percebudes i reals, i les necessitats ambientals. És important la integració de les intervencions proposades, en una sola salut, de manera que les línies de treball i estratègies per tal de crear plans de salut comunitària i intervencions poblacionals, han

d'incloure tota la vessant climàtica, dels ecosistemes, dels animals i del medi ambient en general. El com ens relacionem amb l'entorn, i quines característiques té aquest entorn, influeix en l'aparició de certes patologies i en la transmissió de malalties infeccioses (26).

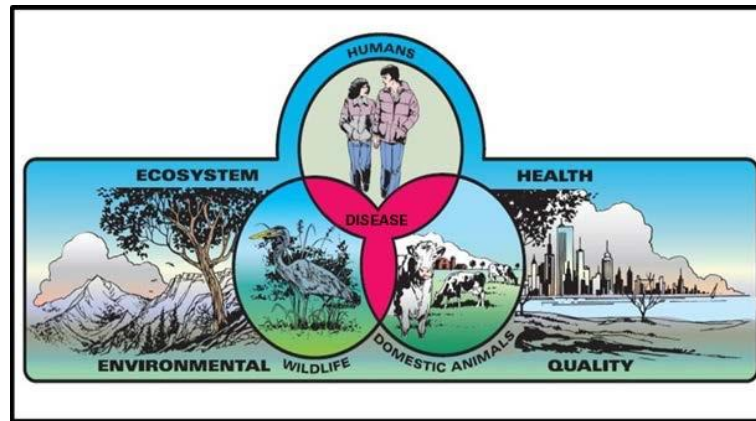


Figura 4. One Health

Font: Integration of wildlife and environmental health into a One Health approach. (25)

A la **figura 4** s'aprecia, de manera esquemàtica, la relació dels individus amb l'entorn, i aquest amb les comunitats i l'orografia i qualitat dels ecosistemes, relacionant d'aquella manera la salut, com a un únic concepte, on tot està en relació com un engranatge i on queda reflectit que qualsevol canvi en l'entorn, influeix en la salut global.

D'aquí que ens qüestionem, el concepte de salut com una necessitat global, on influeixen múltiples factors, i on les intervencions s'haurien d'enfocar cap a solucions transversals, on s'inclogui tot allò amb el que ens relacionem, com a comunitat, com a ciutats, i com a individus relacionals amb l'entorn, el medi ambient, i la població animal.

En paraules de Yayo Herrero⁴: *“qui ostenta el poder econòmic i polític, no n'és conscient de que la nostra espècie depèn d'aquests bens extrets de la naturalesa, ni de que la vida humana es manté gràcies a les condicions biogeofísiques que ella mateixa altera, i als vincles i relacions que permeten una reproducció quotidiana i generacional de la vida, ignoren que les desigualtats, la precarietat, la violència i les guerres es connecten de forma íntima amb el deteriorament ecològic. (...) construeixen sobre prioritats que topen amb les bases materials que asseguren la nostra existència”* (27).

⁴ Yayo Herrero, és antropòloga, ingeniera agrícola, educadora social i veu de l'ecofeminisme. Professora d'educació ambiental i desenvolupament sostenible de la Càtedra UNESCO de la UNED. Investigadora i crítica del model de desenvolupament i producció capitalista, activista, escriptora i col·laboradora amb mitjans de comunicació.

La importància d'un concepte ampli de salut, del plantejament de plans i polítiques que treballin de manera transversal amb els individus, les comunitats i l'entorn amb el que ens relacionem de manera activa i passiva, tot respectant el medi ambient, i enfocant aquelles intervencions cap a bens comuns integrant tot allò que formi part del nostre ecosistema.

A més el treball de manera intersectorial, observant la tendència natural de les malalties i dels efectes de l'ésser humà sobre l'ecosistema, ens pot permetre prevenir i promoure hàbits entorn a la promoció i la prevenció en salut a les comunitats. Conèixer com ens comportem, com vivim i de què depèn que siguem poblacions saludables, és una necessitat que s'ha de treballar des del punt de vista global per tal de poder plasmar intervencions fructíferes i que permetin avançar cap a societats sanes i autosuficients.

Un dels exemples i un dels treballs més importants, i que inicien les primeres intervencions de la història a nivell de la Salut Pública i l'epidemiologia moderna⁵, és la liderada per John Snow⁶, anestesista i epidemiòleg, que va aconseguir traçar els mapes de més valor i més importants pel Londres de l'any 1854, moment en què la ciutat va patir l'epidèmia de còlera més devastadora i més complicada de la seva història, i on el treball de camp d'aquest investigador, va afavorir el coneixement sobre el focus de la malaltia per tal d'entendre els factors de transmissió, i quines intervencions adoptar per tal d'evitar que es continués propagant la mort arreu de la ciutat.

Per realitzar la investigació, es va dedicar a realitzar mapes de la ciutat de Londres en aquella època, indicant la traçabilitat dels casos de còlera, mapejant i puntualitzant el lloc i moment on hi havia les morts més freqüents provocades per l'epidèmia (28)

Aquesta investigació, va demostrar, la importància de conèixer l'entorn amb el qual ens relacionem, i amb el qual ens proposem fer un estudi sobre l'estat de salut i ens plantegem instaurar propostes i intervencions de millora, a partir, prèviament, d'un treball intens i amb dedicació per a la detecció de les necessitats, expressades i no expressades, de la comunitat que s'estudia, basant-nos en els determinants socials de la salut i tenint present que som éssers que vivim en relació amb un entorn, un ecosistema concret i en relació amb les circumstàncies que ens envolten.

⁵ Epidemiologia: disciplina que estudia la distribució, la freqüència i els factors determinants de les malalties existents.

⁶ John Snow, considerat el pare de la epidemiologia moderna, anestesiològ i investigador anglès. Què en l'època del 1854 va demostrar d'on sorgia l'epidèmia de còlera que sacsejava Londres en aquella època.

2.7. Pandèmia, salut global i el SARS-CoV-2.

Al març del 2020, vam viure una de les situacions més complicades que mai ens podríem haver imaginat, en la societat actual i en l'actual segle XXI, com és el de aprendre a conviure amb una pandèmia mundial. El SARS-CoV-2, va arribar a les nostres vides, per capgirar les nostres rutines, la nostra manera de relacionar-nos i afrontar una gestió emocional complicada degut a l'aïllament, les pèrdues personals de familiars i/o amics i coneguts, i simultàniament, intentar continuar mantenint la nostra productivitat i forma de viure, en un món que per moments i gran part del temps, va quedar en pausa.

Tot i això, cal puntualitzar que investigadors i científics, com l'escriptor David Quammen⁷ ja es pronunciaven, sobre la possibilitat de que en un món globalitzat, i en una societat que ha prioritzat el consum i el benestar individual en comptes del col·lectiu, on existeixen societats amb alt risc de transmissió de virus i bacteries d'animals cap als éssers humans, era molt probable, possible i real, la possibilitat de viure una pandèmia que sacsegés el món en ple segle XXI (29) (30).

El substrat epidèmic es refereix als fenòmens aleatoris que succeeixen en un terreny concret, i és fonamental per analitzar les dinàmiques dels contagis, i la resposta dels diferents països i les poblacions davant dels canvis a la mateixa epidèmia (31).

La zoonosi, és la base i el motiu principal del salt de patògens que són potencialment pandèmics cap als individus i d'aquí cap a les poblacions, les infeccions dels patògens poden ser bidireccionals, d'animals cap a humans, i a la inversa. La zoonosi representa, almenys el 60% de les malalties infeccioses en humans, i quasi el 75% de les noves malalties emergents (32)

Ens deixa de manifest que són unes dades molt significatives i molt elevades, que poden ajudar a fomentar i poder justificar qualsevol pla d'intervenció a nivell de salut global, cap al concepte "*One Health*", a més a més, aquestes malalties emergents, provoquen morts, malalties, patiment i, una gran davallada econòmica del país que les pateix, i en el cas de la COVID-19, declara com a pandèmia mundial, una potencial crisi financera i sanitària global.

⁷ David Quammen, és un escriptor i investigador natural d'Estats Units, que ha basat les seves novel·les i llibres en realitzar recerca sobre ciència i treballs de divulgació científica, assessorat per científics i professionals d'arreu del món.

L'inici del primer brot per coronavirus de tipus SARS-CoV-2, que provoca la malaltia coneguda pel nom COVID-19, es va notificar per primera vegada en la ciutat de Wuhan (Xina), el 31 de desembre del 2019. La COVID-19, és una malaltia infecciosa que es presenta amb quadres respiratoris que poden anar de lleus, moderats i greus, i es recupera sense un tractament especial. El virus, com la majoria de virus respiratoris, es propaga mitjançant les micro-gotes de saliva, o secrecions nasals que es generen quan la persona infectada tos, esternuda o inclús parla. Les persones que pateixen patologies cròniques i persones pluripatològiques tenen més risc de patir un quadre de la malaltia més greu (33).

La pandèmia mundial va ser declarada de manera oficial per l'OMS, amb data del 11 de març del 2020, i on en aquell moment, cada país va regular les mesures de contenció en funció de l'estat, la incidència i la gravetat dels contagis i transmissió de la malaltia dins del seu territori. Al nostre país vam viure un confinament restrictiu, declarat pel govern central durant l'Estat d'Alarma, amb data del 18 de març de 2020, on es va confinar a tot el país de manera domiciliària, i on només es permetia la realització de treballs essencials (34).

La COVID-19, ens ha aïllat als domicilis, ha tancat per llargues temporades els negocis de moltes famílies, i ha estat el precursor de les limitacions de mobilitat i les llibertats individuals i col·lectives, per prioritzar la salut de les poblacions i les comunitats. Aquesta situació, no s'ha viscut igual ni amb la mateixa intensitat per tots els individus i famílies. Hi ha famílies amb situacions de vulnerabilitat i baixos recursos econòmics, confinades en domicilis de pocs metres quadrats, sense feina, sense possibilitat de generar moviment econòmic per mantenir la seva família i amb moltes limitacions personals. Persones sense sostre, que tampoc tenen possibilitats ni facilitats per a gestionar la seva situació, o persones amb patologies en salut mental i altres tipus de trastorns que han fet que moltes persones, l'aïllament hagi provocat un agreujament del seu estat de salut basal (persones amb patologies cròniques com diabetis, hipertensió, hipercolesterolèmia, persones amb patologies en salut mental, persones amb trastorn de l'espectre autista...) o situacions personals complicades, com les dones que pateixen violència de gènere.

La transmissió i el contagi dels virus i les bacteries no entén de classes socials, però la capacitat de transmissió, l'estat cultural, social, econòmic i polític d'una població i de les comunitats, sí que faciliten que la transmissibilitat del virus sigui diferent, a vegades més ràpida, més agressiva i més difícil de controlar. Les vulnerabilitats de certs col·lectius

fan que el control de la pandèmia sigui més complicat, es pot dir que a data d'avui, que encara hi ha països (com la Índia), que mantenen unes xifres molt elevades de contagis i de saturació i col·lapse dels serveis sanitaris per a poder atendre a tota la població que així ho requereix (35).

El col·lapse i la pèrdua d'accessibilitat als serveis de salut per part de la població, implica l'augment de mortalitat per altres causes que no són per coronavirus, en ocasions, per manca de tractament adient en el moment adequat en episodis d'urgència i d'altres per falta de seguiment de patologies cròniques, el que provoca les anomenades morts col·laterals. Al mateix temps, en països més vulnerables, s'eleva la incidència de la malaltia infecciosa, en aquest cas la COVID-19, presentant més dificultats en el tall de la transmissió i per tant, la propagació del virus segueix avançant.

A més a més, es referencia també una bretxa de gènere en la transmissibilitat del virus, durant la pandèmia de la COVID-19 en aquest últim any, si més no, els homes són més susceptibles a emmalaltir, s'ha demostrat que és per tenir més predisposició genètica a patir la COVID-19, mentre que en les dones, és per la seva condició de gènere al ser culturalment, cuidadores principals en tots els àmbits (personal, familiar i laboral). Entendre com la malaltia pot afectar de manera diferent entre homes i dones, per tal de desenvolupant polítiques d'intervenció equitatives. Els rols de gènere, les cures del domicili, les famílies i la feminització del treball predisposen més a les dones que als homes a patir la malaltia, i presenten un risc més elevat (36).

L'editorial de la revista Lancet (37), ja argumentava, la possibilitat de que una persona sana i amb un nivell socioeconòmic estable, després d'una pandèmia mundial fos també considerada vulnerable, degut al risc de perdre l'accés a la vida social, i el canvi de situació econòmica, fan que no únicament les persones de més edat siguin un col·lectiu de risc, les persones que poden perdre l'estatus econòmic, la salut mental i física amb la propera crisi global, també formen part d'aquest col·lectiu. Altres condicions a tenir també en compte com són l'accés a l'aigua potable, al menjar, les condicions d'habitatge, fan que moltes famílies depenguin de les polítiques del seu país per a sobreviure, si les mesures i els plans de salut, no contempen aquestes desigualtats i no es treballen de manera transversal les iniquitats, les conseqüències de la pandèmia poden ser molt més devastadores del que ja estem vivint, deixant la desigualtat i l'equitat en mans de decisions polítiques. L'actual pandèmia viscuda, ens fa replantejar, quin tipus de model social i sanitari volem, i com podem gestionar com a societat tot allò que influeixi directament sobre els determinants socials de la salut.

Actualment, ens trobem encara vivint una pandèmia, que ja s'ha distès 18 mesos en el temps, de la qual, encara no sabem com sortirem com a societat a nivell ni emocional ni econòmic, ni quines repercussions a llarg termini veure'm. Hi ha experts que matisen que la segona pandèmia, després d'aquesta i com a conseqüència de la mateixa, serà l'augment de les patologies en salut mental, com gestionar i com abordar el futur, recau en les noves polítiques i en el suport de les comunitats i la ciutadania.

2.8. El model dels Determinants Socials de la Salut (DSS).

Un dels models proposats sobre els determinants de la salut (DS), i que es considera un dels més holístics, és el proposat per Laframboise, conegut pel model Laframboise-Lalonde, per la utilització de Marc Lalonde del model al Canadà, on es classifiquen els determinants de la salut en quatre grans grups: la biologia, el medi ambient, els hàbits o estils de vida i l'organització dels serveis de salut, incloent els serveis sanitaris i els serveis públics comunitaris en atenció de salut (38).

No és fins la segona meitat del segle XX, quan es presenten diferents estudis descrivint la importància d'oferir un gir a l'epidemiologia cap a una vessant més social, focalitzant l'atenció en aquells determinants socials (39). Aquestes propostes van facilitar el treball de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut (CDSS) de l'OMS, que matisa que existeix suficient evidència sobre que les condicions de vida de les persones determinen la manera en què viuen, emmalalteixen i moren (40).

Els determinants socials de la salut (DSS), són aquells condicionants que determinen la salut de les poblacions i de les comunitats, segons on viuen, treballen i que impacten directament sobre el seu estat de salut, i que repercuteixen en la salut de les persones de manera directa i indirectament, produint conseqüències (41).

Aquests DSS argumenten i matisen, la dificultat de centrar les intervencions en salut en la individualitat de cada persona, ja que els riscos d'emmalaltir no es troben únicament en l'individu, si no també en l'entorn i en els propis condicionants de la societat. Per tant, la promoció de la salut i la salut comunitària, s'ha de mirar sobre el benestar global a tots els nivells, i no únicament, a nivell individual.

Per altra banda, el model de Dahlgren i Whitehead, explica com les desigualtats en salut, són el resultat de les interaccions dels diferents nivells de les condicions causals, d'allò individual a les comunitats, incloent el nivell polític de les decisions.

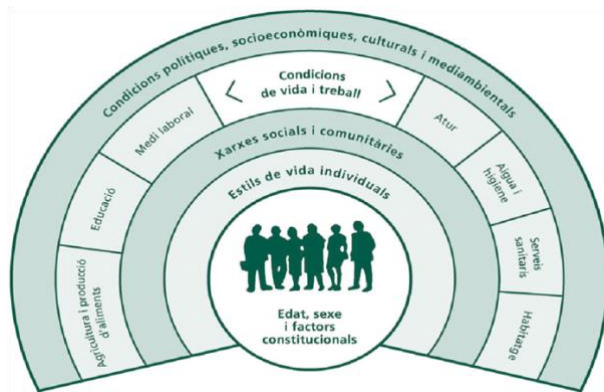


Figura 5. Determinants socials de salut

Font: Model de DSS de Dahlgren i Whitehead (42)

Segons ens explica aquest model, les persones amb situació econòmica desfavorable, tenen més prevalença de factors de comportament com el tabaquisme, i hàbits de dieta no saludables i que les influències socials determinen els comportaments personals de manera positiva o negativa, i es pot veure influenciada pels condicionants econòmics, culturals, i ambientals del lloc on vivim (42).

A la figura, podem trobar els determinants visualitzats per capes concèntriques, on existeixen els determinants estructurals, fins a els estils de vida, i aquells aspectes i/o característiques individuals que no es poden modificar. (43)

Tot això valorant, com “la causa de les causes”, afecta de manera directa a la salut de les persones, i com, fins que no es resolgui “la causa”, les causes continuaran sent les mateixes, i les conseqüències en les persones, de manera individual i de manera social i comunitària, no obtindran una variabilitat. Segons una frase atribuïble a Albert Einstein diu: *“Si busques resultats diferents, no facis sempre el mateix”*.

Una presentació molt interessant sobre aquest tema, i que porta el mateix nom, és la utilitzada per *Rafa Cofiño*⁸, on s’explica de manera molt gràfica i dinàmica, com els

⁸ Rafa Cofiño és especialista en medicina familiar i comunitària, i actualment ostenta el càrrec de Director General de Salut Pública del Principat d’Astúries.

condicionants socials i l'epidemiologia social, ha de ser cabal per a poder determinar intervencions en salut global que puguin millorar la salut individual (44).

Com es visualitza en la **figura 6**, no es poden plantejar intervencions en salut des de l'àmbit individual, si no canviem els condicionats de l'entorn, que provoquen que aquests hàbits perdurin a nivell individual.

Al costat esquerra, trobem l'entorn físic i econòmic, que afavoreix les conductes de les persones, donant un possible resultat de malalties cròniques o agreujament de l'estat de salut. Si el que proposem com a mesures en salut pública no contempla un canvi al nivell de l'esquerra, acabarem sempre obtenint els mateixos resultats al costat de la dreta, i per tant, continuarem oferint a la població actuacions individuals de control de malalties cròniques, sense oferir canvis en la prevenció i la promoció de la salut a nivell comunitari. Tenint en compte, a més a més, que tot allò que sigui modificable, depèn en gran mesura dels condicionants socials, econòmics i de l'entorn, trobant el sistema sanitari com una eina més de l'entorn, però no la única part essencial, per a facilitar la salut de les poblacions.

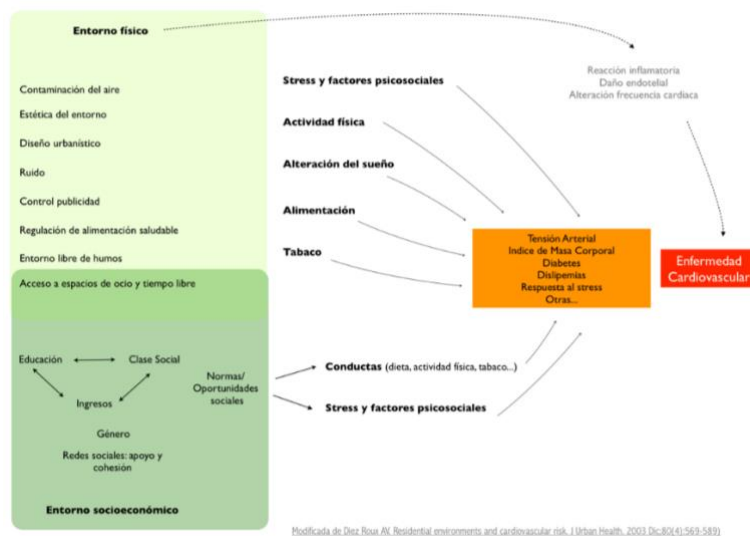


Figura 6. Condicionants socials, epidemiologia social i salut

Font: Cofiño R. La causa de las causas. (44)

Dins del marc conceptual de les desigualtats socials en salut, elaborat per la “Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud de España”, s’inclou la figura 7, on també s’exposen, els determinants estructurals que condicionen la salut individual i comunitària, i com es relacionen entre ells a mode d’engrenatge. Es fa palès, la

importància del treball multidisciplinari i transversal, per poder avançar cap a una equitat en salut.

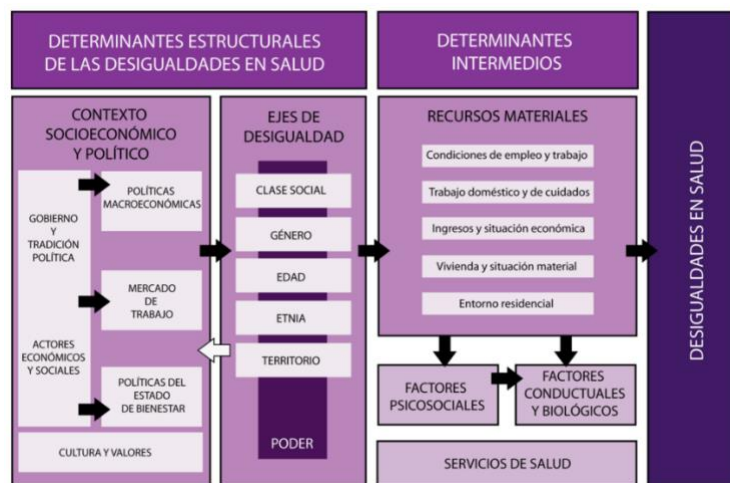


Figura 7. Marc Conceptual de les desigualtats socials en salut

Font: “Avanzando hacia la equidad. Propuestas políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España” (45)

2.9. El Diagnòstic de Salut (DS)

El diagnòstic de salut (DS), és un procés de reconeixement i avaluació poblacional que ens permet conèixer en quin punt i en quin moment es troba una comunitat en termes socials, de salut i de recursos, per tal d'esbrinar i poder dissenyar quines intervencions es poden dur a terme, en una població delimitada, per unes característiques concretes i sempre tenint en compte en el transcurs de l'elaboració, a la població i/o comunitat a la qual van dirigides aquestes les intervencions de forma participativa.

Es tracta de la determinació de necessitats per part de la comunitat, i es realitza en dues fases, inicialment l'anàlisi de l'estat de salut i la recollida de la informació, i la segona fase, interpretació de resultats i definició de les necessitats de salut, les dades a recollir, segons els mètodes utilitzats, permeten recollir fenòmens tan quantitatius, com qualitius, complementant d'aquesta manera, mètodes objectius amb mètodes subjectius de recollida de dades (46).

Per tal de realitzar un correcte DS, i saber com dur a terme les intervencions, cal fer un anàlisi exhaustiu de la comunitat amb la qual anem a treballar. La metodologia és una part essencial i cabal del diagnòstic, on trobem pas a pas, com fonamentar les dades que es van aconseguir i com podem prioritzar els resultats de l'anàlisi i la correcta

priorització i implementació de les intervencions. En la **figura 8**, es matisa el punt de partida per iniciar un bon diagnòstic comunitari i quins són els actius i els recursos necessaris que han de formar part i participar de manera activa en el procés.

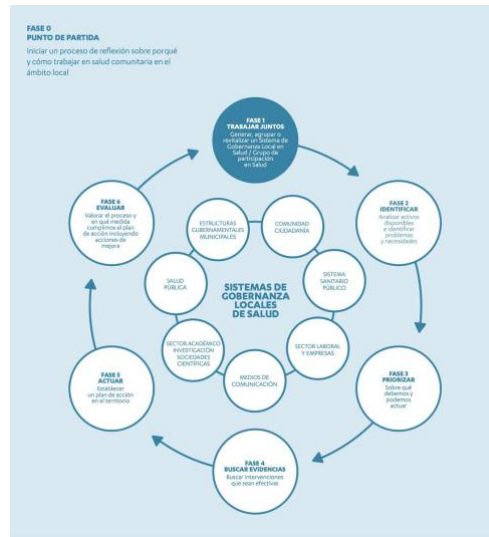


Figura 8. Punt de partida d'inici d'un procés comunitari

Font: Guía para trabajar la salud comunitaria en Asturias. (47)

Finalment també es poden identificar les diferents fases en les que es divideix la diagnosi, on totes elles han d'estar presents i ben treballades. Les diferents fases, es troben en la recerca de dades en forma d'estudi mixte, amb una part qualitativa i una part quantitativa.

Altres comunitats autònomes, han elaborat les seves pròpies guies sobre la implementació i el desenvolupament d'intervencions basades en la salut comunitària, i com iniciar processos comunitaris dins del seu territori. A Andalusia, van realitzar una guia, molt adaptada a la recerca de diagnòstics de salut basats en actius ("Assets"), on també s'especifica la importància d'una correcta metodologia i seguiment de passos per tal de fer un correcte diagnòstic poblacional.

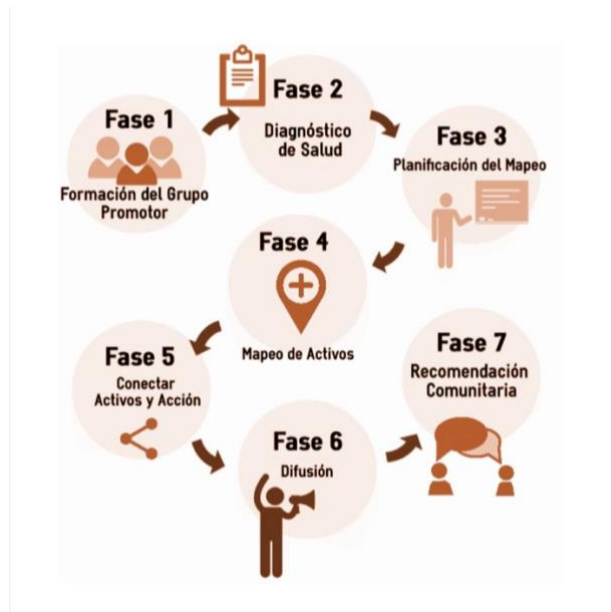


Figura 9. Procés de mapeig d'actius de salut

Font: Guía breve. Salud Comunitaria basada en activos. (48)

En la guia d'Andalusia, podem trobar molt ben clarificat i de forma molt senzilla, com s'hauria de realitzar correctament i pas a pas, cada fase de la diagnosi, quins actors s'haurien d'afegir al treball multidisciplinar, i com gestionar i avaluar els processos de salut comunitària.

Dins la part quantitativa de la diagnosi, s'engloben totes aquelles dades i aquells indicadors que ens aportin informació numèrica de la comunitat, en termes de salut, d'estatus econòmic, d'esperança de vida... etc. Des del Departament de Salut dins l'Agència de Salut Pública de Catalunya, juntament amb l'AQuAS⁹, es va realitzar una guia sobre quins indicadors bàsics havien d'estar presents a l'hora d'elaborar i realitzar un correcte diagnòstic quantitatiu de salut de la comunitat (49). Objectivant d'aquesta manera, la visualització real de com és aquella comunitat que estem estudiant i quins són els seus determinants socials i de salut.

A més a més, la diagnosi, s'ha de complementar amb la part qualitativa, que ens aporta la visió subjectiva de la salut de la comunitat, i que s'ha de tenir en compte de manera molt activa i present per tal de treballar correctament amb la població sobre una imatge real i percebuda de quines són les seves necessitats reals. Podem trobar de manera fotogràfica, uns valors de patologies cròniques concrets, i que la profunditat de les causes sigui diferent segons la comunitat. És a dir, pot ser la malaltia més prevalent de

⁹ AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

dues comunitats la hipertensió arterial, però en un cas pot ser degut al component cultural de l'alimentació, que pot estar causat pel fet de persones que treballen moltes hores fora del domicili i utilitzen el menjar preparat per manca de temps en l'elaboració de menjar més saludable, i en un altre cas, pot ser per la manca i la dificultat en l'accessibilitat de la població al menjar més natural. Ambdós indicadors en la mateixa població poden ser iguals en xifres de persones amb patologia de hipertensió arterial, però les intervencions a realitzar són molt diferents, d'aquí radica la importància d'incloure a la població en el diagnòstic i obtenir una diagnosi qualitativa de la comunitat.

La part qualitativa de l'estudi, es fonamenta en la participació activa amb la comunitat, processos d'intervenció mitjançant una comunitat participa en l'anàlisi, el disseny, l'aplicació i l'avaluació dels processos comunitaris, establint objectius compartits i actuant de manera cooperativa amb tots els actors i els actius que trobem a la comunitat, d'aquesta manera es pot incentivar la presa de consciència col·lectiva i la fàcil adaptació de les intervencions. En paraules de Jesús Ibáñez¹⁰ *"Si fuera un objeto, sería objetivo, como soy un sujeto, solo puedo ser subjetivo"*.

La investigació acció participativa (IAP), a més de generar consciència sobre el procés, incloent als investigadors com a membres del grup, facilita un context concret per a incloure als membres de la comunitat en el procés d'investigació com agents de canvi i no objectes directes de l'estudi (50).

La IAP, permet la cooperació activa de la població, on se li atribueix el protagonisme per tal de focalitzar els problemes i les preguntes de la població des de la seva pròpia perspectiva, prioritzant, tant els problemes locals, generant coneixement i adaptant-se a la cultura, els mètodes d'investigació s'adapten a la comunitat (51).

Existeixen diversos mètodes d'anàlisi qualitatiu, entre d'altres a la guia *"A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being"* (52), ens emplaça a utilitzar mètodes de investigació qualitativa poc habituals, però que a l'hora d'escollir com treballar a les poblacions, poden facilitar la recerca de dades activa, i participativa per part de la població. Entre d'altres, podem trobar, el mapeig d'actius, el *storytelling*, les entrevistes en profunditat, els grups focals, tècniques performatives, tècniques audiovisuals, tècniques sensorials (mapes d'olors, moviment, gestos...).

¹⁰ Jesús Ibáñez nascut a Cantàbria, va ser catedràtic de sociologia a l'estat espanyol. La seva obra teòrica es basa en la metodologia sociològica qualitativa i l'anàlisi de la societat de consum.

Entre d'altres i una tècnica que s'ha de prioritzar en la diagnosi per tal d'esbrinar quins són els actius de la comunitat, són el mapeig d'actius, per tal de fer una recerca d'actors imprescindibles en l'entorn per a poder dur a terme el diagnòstic de salut, i així aprofundir en la recerca de dades qualitatives. D'aquesta manera i amb el resultat i l'anàlisi de les dades de la investigació quantitativa i qualitativa, obtenim una imatge real de la població, oferint un empoderament a la comunitat amb la participació activa de la mateixa en les seves decisions de salut, facilitant la implementació d'intervencions en acció comunitària.

2.10. L'Atenció Primària de Salut i l'actualitat de les Polítiques en Salut a Catalunya.

L'atenció primària de salut, és el primer nivell d'accés a la població del Sistema Sanitari, per a donar atenció integral a salut. El real decret (137/1984) (53), es descriuen les funcions del personal laboral dels Centres d'Atenció Primària (CAP). Segons l'OMS i UNICEF (54) *«La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas»*.

Des del departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, les prestacions que s'ofereixen des de l'atenció primària i comunitària són, el diagnòstic i atenció als principals problemes de salut aguts i crònics, assistència sanitària i social, serveis de promoció de la salut, d'atenció preventiva, curativa i rehabilitadora, servei d'atenció a domicili, atenció urgent i continuada i atenció a la salut sexual i reproductiva (55). L'atenció primària és el punt de promoció i prevenció prioritari de la salut, inclou accions individuals i col·lectives dirigides a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques de cara a minvar el seu impacte sobre la salut pública i la salut individual.

L'Estratègia Nacional de l'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC), neix de la revisió i actualització de l'anterior Reforma de l'Atenció Primària (RAP) de l'any 1985, que és un gir de les estratègies de salut cap al desenvolupament del sistema públic cap a un sistema més integrador i que considerava la salut com un dret bàsic de la ciutadania. Des del departament de Salut, l'ENAPISC, ha facilitat l'adaptació de la salut

i ha establert l'atenció primària com a eix vertebrador del sistema de salut de les persones i de les poblacions (56).

L'atenció primària orientada a la comunitat (APOC) (57), neix com a un model que ajuda a racionalitzar, organitzar i sistematitzar els recursos sanitaris, sorgeix a la dècada del 1940. L'APOC es caracteritza per ser un procés continu, implementat en l'atenció primària segon les seves necessitats de salut mitjançant la implementació de mesures basades en salut pública, tenint en compte a tota la comunitat, indiferentment de si es fa ús o no del sistema sanitari.

A Catalunya, el Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP), de la Generalitat, es redacta com una iniciativa alineada amb les recomanacions de l'OMS, per impulsar la salut des de tots els àmbits de l'acció de les polítiques del govern, on el seu lema és “*salut a totes les polítiques*” (58), fomentant el treball transversal entre els diferents departaments del govern, per tal de mantenir l'objectiu comú de la salut global de la població en tots els àmbits. Les noves polítiques, basant-se en la promoció de la salut, s'orienten cap a la clínica basada en l'evidència científica (*Projecte Essencial*) i a la desmedicalització dels factors estressants de la vida (*Programa Prescripció Social*).

Fruit també d'aquest gir de les polítiques en salut, neix el programa *COMSalut*, on els principals objectius (59) són:

- Dissenyar i desenvolupar estratègies de salut comunitària local, basada en deteccions de necessitats i identificació d'actius.
- Facilitar el funcionament integrat i en xarxa dels equips d'atenció primària i els de salut pública local, altres dispositius sanitaris i socials que actuen en el territori, així com els actius de la comunitat.
- Implicació activa del teixit comunitari: ajuntaments, escoles, casals d'avis, entitats socials.

Inicialment el projecte pilot del programa *COMSalut*, es va dur a terme en 16 Equips d'Atenció Primària (EAP) a l'any 2015, amb la previsió de la futura adhesió de manera progressiva de la resta d'EAP de Catalunya, punt en el qual ens trobem actualment, treballant des de l'atenció primària per a iniciar projectes en salut comunitària, coordinant de manera transversal amb la resta de departaments per tal de treballar amb la salut global i la salut a totes les polítiques.

3. REVISIÓ BIBLIOGRAFIA I ANTECEDENTS

Per a dur a terme la revisió bibliogràfica, es va realitzar una recerca exhaustiva per a l'adquisició de coneixements en l'àmbit de la salut pública, sobre l'elaboració de processos comunitaris i diagnòstics de salut, sobre l'atenció primària i la importància de com els determinants socials i els determinants de la salut, poden condicionar l'estat de benestar de les persones, les poblacions i les comunitats. Com aquests, interfereixen de manera directa en els costums dels individus i com condicionen el seus estils de vida, provocant d'aquesta manera l'empitjorament de la salut de la comunitat a nivell global. A més a més, donada la situació actual, es va realitzar una revisió conceptual des de l'inici de la pandèmia provocada pel SARS-CoV-2, per tal d'elaborar el marc conceptual i la prioritització de fer un recull de les necessitats de la comunitat, per a posteriorment poder realitzar un diagnòstic comunitari.

La literatura obtinguda no només m'ha permès documentar-me sobre el tema, també m'ha proporcionat idees, propostes i coneixements per a la implementació de processos comunitaris i per a la realització del disseny de la metodologia.

La informació s'ha obtingut mitjançant la recerca en: Catàleg de la biblioteca URV, base de dades (*CUIDEN, Dialnet, Scielo, Pubmed, Tesis Doctorals en Xarxa, CINAHL, IBECs*). Posteriorment, es va limitar la recerca en articles científics que tractaven específicament sobre salut pública, diagnòstic de salut, salutogènesi i en concret sobre l'atenció a la comunitat i els processos comunitaris. (Annex I).

S'ha utilitzat per a la recerca els descriptors de l'MESH i DeCS, augmentant així l'eficàcia de les estratègies per a definir de manera més exacta la recerca. Utilitzar els descriptors de l'MESH i DeCS permet augmentar l'eficàcia de les nostres estratègies perquè les definim d'una manera més exacta.

- MESH: "*Public Health*" // DeCS: "*Salud Pública*"
- MESH: "*COVID 19*" // DeCS: "*COVID19*"
- MESH: "*Sense of Coherence*" // DeCS: "*Sentido de la Coherencia*"
- MESH: "*Assets*" // DeCS: "*Activos en salud*"
- MESH: "*Participatory Action Research*" // DeCS: "*Investigación Acción Participativa*"

La cerca a les bases de dades, s'ha realitzat en diferents idiomes com castellà, anglès i portuguès, mitjançant la utilització d'operadors booleans com "AND" i "OR", limitant la

cerca a articles dels darrers 15 anys. S'han exclòs aquells articles sense rellevància per al disseny del projecte, i que no es estiguessin enfocats en processos comunitaris ni dirigits a treballar amb la comunitat. També, s'ha prioritzat la informació actual i relacionada amb la promoció de la salut, postures crítiques, el desenvolupament en els últims anys sobre les polítiques en salut, informació sobre processos i diagnòstics comunitaris, i la situació actual de la salut.

4. APORTACIONS D'INTERÈS DE L'ESTUDI

La proposta d'aquest projecte d'investigació, amb un estudi exhaustiu i conscient de l'estat de salut del barri de la Part Alta de Tarragona, ens obre les portes a vincular a la ciutadania i a la població amb el centre d'atenció primària, i ens permetrà la creació de plans i línies de treball conjuntes i participatives amb la població, amb els diferents actius de la comunitat, de manera integrativa, treballant totes aquelles accions que es puguin dur a terme per tal de millorar la salut del barri.

Vincular a la població i fer partícip a la comunitat de les seves decisions i actuacions en quant als seus condicionants de salut, aprofundir amb la participació activa del barri, amb unes directrius concretes de treball, i amb la guia de les noves línies polítiques treballades des del departament de salut a través del PINSAP, amb el lema "salut a totes les polítiques", i poder fer ressò dels resultats obtinguts, per tal de conjuntament, amb la resta d'entitats participants, poder promocionar individus, comunitats i ciutats més saludables.

La raó de ser del CAP Murallès, com a centre d'atenció primària i comunitària, és promocionar la salut, ajudar i facilitar espais saludables i treballar conjuntament amb els individus i les comunitats per tal de guiar cap a conductes i hàbits no nocius, amb la intenció d'empoderar a la població en la seva salut, facilitant les seves capacitats i ajudant a reconèixer aquells actius i actors de la comunitat ja existents, que poden ajudar a millorar els condicionants i la qualitat de vida de les persones.

Com a entitat proveïdora de salut i en relació amb altres actors i entitats de la comunitat, hem de potenciar el treball multidisciplinar i transversal, sent cabal la coordinació pel desenvolupament de plans, i la prevenció i la promoció de la salut a la seva població assignada. Conèixer l'estat inicial d'una comunitat amb la qual volem iniciar intervencions en salut, implica la realització d'un diagnòstic comunitari per esbrinar i determinar les necessitats, i com influeixen els determinants socials, l'entorn, l'ecosistema, la zoonosi, les infraestructures i l'urbanisme en la salut dels individus.

Per aquest motiu, aquest projecte, ens obrirà un camí de treball, necessari i engrescador, poden escriure futures línies de treball i intervencions dins de la comunitat del barri de la Part Alta i d'aquesta manera, millorar la salut d'una part de la població, amb la intenció de continuar treballant de manera multidisciplinar per millorar els

condicionants, no només del barri de la Part Alta, si no, també de tota aquella població assignada al nostre EAP.

5. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ I OBJECTIUS

¿En una societat actualment altament globalitzada, com l'eco-sistema, la zoonosi, les infraestructures, l'urbanisme i els recursos disponibles poden condicionar la salut i la transmissió de malalties infeccioses i no infeccioses dels individus, les comunitats i les poblacions on naixem, vivim i morim?

¿Com influeixen els determinants socials de la salut en l'àrea bàsica de salut atesa per el CAP Muralles situat en el barri de la Part Alta de Tarragona?

Aquestes preguntes s'han desenvolupat mitjançant el mètode FINER i PICO (Annex II).

Hipòtesi

La realització d'un diagnòstic de salut basat amb una participació activa de la població i dels professionals en el procés, permet valorar el que esta passant i permet actuar sobre els problemes detectats i fomenta l'empoderament de la comunitat a la qual van dirigides les intervencions preventives.

5.1 Objectiu general del projecte

Dissenyar el diagnòstic de salut de la comunitat del barri de la Part Alta de Tarragona atesa per el CAP Muralles, amb la implicació de la comunitat, dels professionals i dels diferents actors de l'entorn, per poder conèixer i fer una anàlisi en profunditat de la situació, que permeti valorar de la manera més adequada, què és el que està passant, per a poder actuar i realitzar les intervencions necessàries a determinats problemes de salut i necessitats detectades.

5.2 Objectius específics

5.2.1 Objectius quantitatius:

- Analitzar l'estat de salut, les característiques de la població i de la comunitat de la Part Alta de Tarragona atesa per el CAP Muralles.

5.2.2 Objectius qualitatius:

- Identificar les necessitats de salut del barri i la comunitat.

- Descriure els actius de salut del barri i la comunitat.
- Descriure les necessitats dels professionals de la salut en quan a la comunitat.

6. METODOLOGIA

Per a realitzar el projecte, s'iniciarà un diagnòstic de salut comunitari, on posteriorment, es podrà proposar la priorització i la implementació de futurs plans en termes de salut. Per a dur a terme el diagnòstic, s'ha optat per a una metodologia mixta, incloent mètodes quantitatius i qualitatius, que complementin la investigació, permeten d'aquesta manera, una triangulació amb una major amplitud, profunditat, diversitat, riquesa interpretativa, i sentit de la compressió de les dades obtingudes.

Per una banda, Johnson i Onwuegbuzie 2004, exposen que la investigació mixta té una llarga història com a mètode d'estudi, sent el propi investigador qui ha de considerar la utilització d'un enfocament mixt, plantejant el tipus de informació que necessita i matisant com treballar la hipòtesi i els objectius plantejats. En els estudis mixtes, l'investigador utilitza tècniques de recerca qualitativa i quantitativa en un mateix projecte (60).

Per altra banda, l'interès de la realització d'estudis qualitatius en termes de salut, té la finalitat d'entendre de manera sociològica el comportament dels individus en una comunitat, per tant, cal donar-li la transcendència que mereix a la utilització d'enfocs que englobin tant la dimensió qualitativa com quantitativa, a l'hora de formular projectes d'investigació basats en diagnòstics de salut comunitària. L'enfoc qualitatiu, ens aporta l'apropament cap a les comunitats i les poblacions que no queden representades en un enfoc quantitatiu, degut a la sensibilitat del mètode triat. Com per exemple l'anàlisi de la població migrant, o termes com l'anàlisi de conductes i comportaments, en els quals els mètodes quantitatius poden no representar fidelment la realitat de la comunitat, degut a l'objectivitat a l'hora de fer servir els mètodes de recollida de dades (61). L'interès dels mètodes mixtes, és amb la intenció d'implementar noves mesures en situacions i necessitats detectades, i per tant, comptar amb metodologies que ens permetin valorar els resultats de la investigació des de diversos enfocs, amb una aplicabilitat real en la comunitat.

6.1 Àmbit de l'estudi

El CAP Muralles, qui som

El CAP Muralles, està designat per la Regió Sanitària del Camp de Tarragona, per la zona d'atenció sanitària que pertany a l'Equip d'Atenció Primària (EAP) Tarragona 8.

CAP Muralles és un centre d'atenció primària que està basat en un model d'autogestió dels serveis sanitaris, conegut pel nom d'Entitat de Base Associativa (EBA), model que funciona a Catalunya des de l'any 1995. L'autogestió es dur a terme mitjançant una Societat Limitada Professional iniciada a l'any 2013, i està liderada i gestionada pels propis treballadors, que en formen part de la SLP (62).

Aquest model de gestió neix des de la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social conjuntament amb col·laboradors del Servei Català de la Salut (CatSalut), on es dissenyava un projecte que permetia als professionals liderar entitats de salut i convertir aquestes entitats en proveïdors de serveis sanitaris d'atenció primària finançats de manera pública. Es va promoure una reforma de la llei, [Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña \(LOSC\)](#), (63) on es va redactar i negociar amb els agents del sistema i el CatSalut, aprovant-se al parlament de Catalunya l'any 1995 (64).

El model d'autogestió, promou l'empoderament, la responsabilització i l'empenta dels propis professionals per a assolir la millor qualitat dels serveis que s'ofereix a la ciutadania en termes de salut, atendre a les comunitats de manera holística i oferir les propostes i respostes més adients i eficaces a les demandes en salut i socials de la nostra població.

Com a CAP Muralles, col·laborem també amb d'altres entitats donant suport i, en el transcurs de la pandèmia marcada per la COVID-19, hem realitzat col·laboració molt més estreta i proactiva com a facilitadors de maneig de situacions de risc, cribratges i aconsellament. Col·laborem activament amb:

- Residència Geriàtrica de les Alzines
- Fundació Casa Sant Josep (per a infància en situació de risc i desprotecció)
- Comunitat Terapèutica CECAS (atenció a les persones amb drogodependència, especialment en situació d'exclusió social).
- Fundació *Alberg Bona Nit* i espai *Cafè i Caliu* (acolliment de persones sense llar).
- Llar Natalis (acolliment de mares gestants en risc d'exclusió social).
- Menjador Social *Sant Egidio*.
- Comunitat de Germanes *Ordre de la companyia Maria N.S* (Escola Lestonnac Tarragona)
- Comunitat de germanes *Carmelitas Descalzas*.

La missió, visió i valors de Muralles Salut SLP, inclou prioritzar la qualitat, equitat i eficiència dels serveis oferts, ser una empresa sostenible per la qualitat assistencial

oferta, i potenciar els valors de treball en equip, respecte, estar presents, orientació al client, capacitat d'adaptació i responsabilitat vers el sistema sanitari.

El CAP Muralles inclou l'atenció com a ABS, en diferents barris de la ciutat de Tarragona, entre d'altres, barri Rambla Nova, barri de M^a Cristina, barri Avinguda Catalunya, barri del Miracle, barri del C/ Fortuny, tots ells assignats a diferents CP dins de la ciutat de Tarragona, i molts compartits degut a la divisió de CP per assignació numèrica dels portals per carrer, a diferents CAP de Tarragona.

El plantejament del projecte, va adreçat a una comunitat concreta, el barri de la Part Alta de Tarragona, situat al CP (Codi Postal): 43003. La proposta per a la prioritització d'aquesta població concreta, és pel fet de facilitar el projecte d'investigació, delimitant la població d'estudi a un únic CP, ja que és l'únic que pertany de manera íntegra a la zona d'atenció bàsica de salut en el qual està situat el meu centre d'atenció primària, el CAP Muralles.

La resta de codis postals assignats a CAP Muralles, comparteixen zones d'atenció bàsica de salut (ABS), amb d'altres centres d'atenció primària de la ciutat de Tarragona, motiu pel qual l'explotació de dades seria més tendenciosa a la realització d'aproximacions i generalitzacions, al no poder delimitar-les en els carrers compartits en el mateix CP, i seria més complicat el treballar les dades de manera precisa.

El barri de la Part Alta

Tarragona va ser fundada, l'any 218 aC, va tenir origen Ibèric i més tard visitada pels Grecs, va ser la base de les operacions militars en la lluita contra els Cartaginesos i més tard capital de la província Tarraconense (65).

El barri de la Part Alta de Tarragona, també conegut pel nom de Casc Antic, està situat a la part més alta de la ciutat. Envoltat de Muralles, i de restes i edificacions Romanes. A l'actualitat només conserva 1 km de muralla, la qual delimita perfectament el barri, on al seu centre, podem trobar la Catedral. El barri està situat a una muntanyeta de la ciutat, centre actual d'oci i d'ambient nocturn, tot i que la ciutat ha anat creixent al seu voltant, és la seu de les festes majors de la ciutat. Manté el seu encant i és una de les zones més turístiques de la zona, degut a la seva arquitectura i les restes d'edificacions de l'època romana. La vida i el comerç intern del barri, més el fet de mantenir l'edificació emmurallada que envolten els carrers de la zona, provoquen una sensació d'aïllament i un sentiment de vida de poble, tot i estar dins de la pròpia ciutat. En l'actualitat, el barri es troba delimitat pel CP: 43003 de la ciutat de Tarragona (Catalunya, Espanya).

Ubicació del barri de la Part Alta:

El barri de la Part Alta, es troba dins de la ciutat de Tarragona, que pertany a la comarca del Tarragonès, dins la Comunitat Autònoma de Catalunya, en l'estat Espanyol.

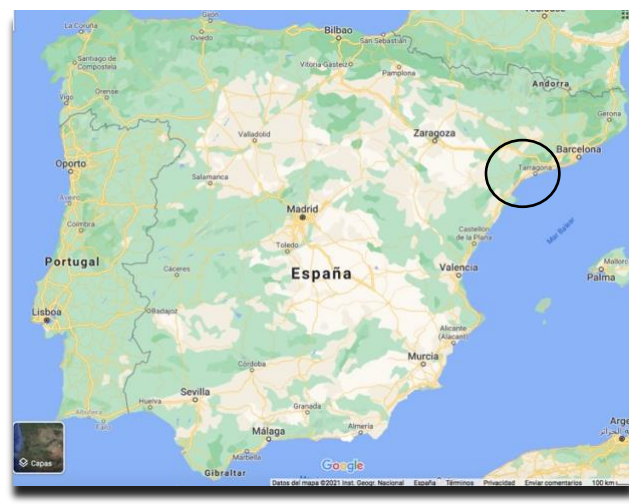


Figura 10. Mapa de l'Estat Espanyol

Font: Google Maps

Dins de Catalunya, trobem a Tarragona situada:

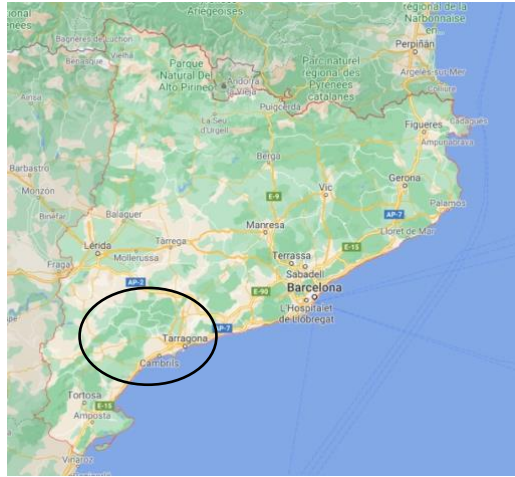
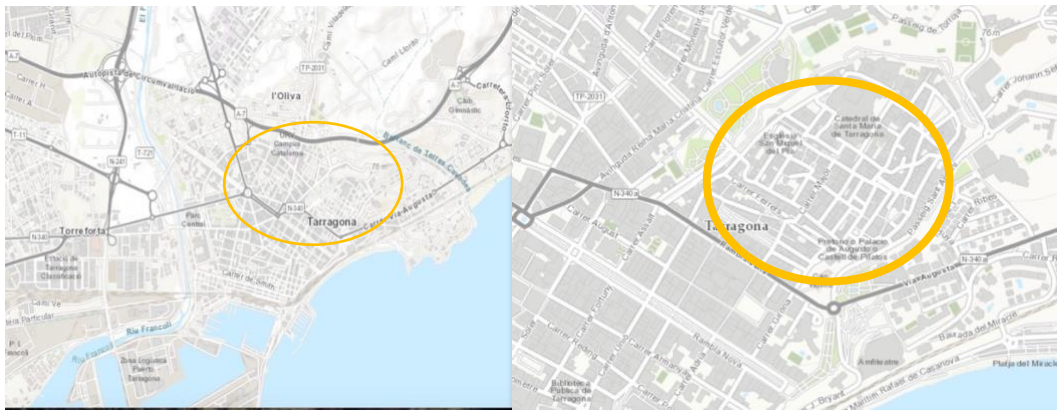


Figura 11. Mapa Catalunya
Font: Google Maps

I situant el barri dins de la ciutat de Tarragona:

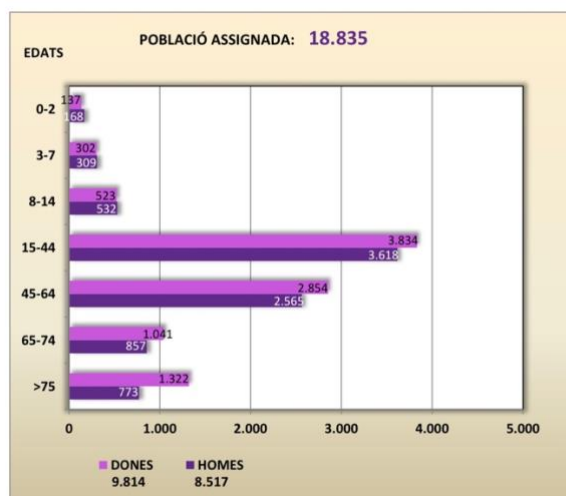


Figures 12 i 13. Mapa de Tarragona i mapa del barri de la Part Alta
Font: Geoportal de l'ajuntament de tarragona. (mapes.tarragona.cat)

Població assignada del barri de la Part Alta del CAP Murallès:

L'Àrea Bàsica de Salut, correspon a l'àmbit geogràfic legal i administratiu de l'assignació de la població a un territori concret. No tota la població dins d'un ABS, està assignada al mateix CAP, ja que es pot lliurement decidir on i quin CAP vols que t'atengui, tot i que no estigui dins de la teva zona d'assistència designada (66).

La població assignada al CAP Muralles amb data del 5 de juliol del 2021:



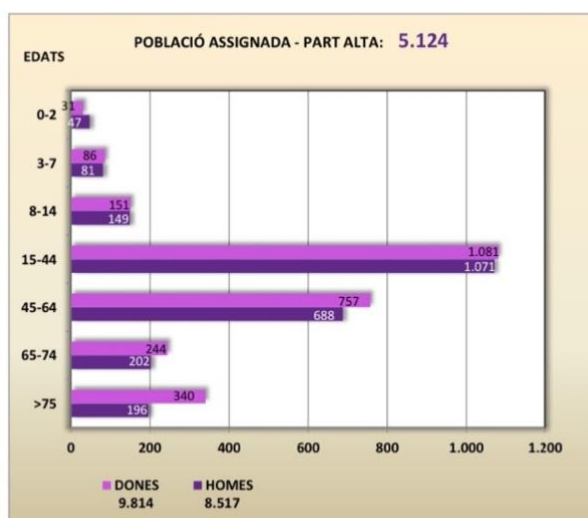
USUARIS ASSIGNATS CAP Muralles

05/07/2021

EDAT	USUARIS ASSIGNATS		
	HOMES	DONES	
>75	773	1.322	2.095
65-74	857	1.041	1.898
45-64	2.565	2.854	5.419
15-44	3.618	3.834	7.452
8-14	532	523	1.055
3-7	309	302	611
0-2	168	137	305
	8.822	10.013	18.835

Taula 1 i 2. Població assignada a CAP Muralles.

La població de la Part Alta, assignada al CAP Muralles, amb data del 12 de juliol del 2021 és:



EDAT	USUARIS ASSIGNATS		
	HOMES	DONES	
>75	196	340	536
65-74	202	244	446
45-64	688	757	1.445
15-44	1.071	1.081	2.152
8-14	149	151	300
3-7	81	86	167
0-2	47	31	78
	2.434	2.690	5.124

Taula 3 i 4. Població del barri de la Part Alta, assignada a CAP Muralles.

6.2 Disseny

Com ja s'ha descrit prèviament, el disseny del projecte es realitzarà utilitzant una metodologia mixta, i es desenvoluparà en tres fases durant el període comprés entre l'any 2021 i 2022. Per dur a terme el projecte, és procedirà a la utilització de la metodologia APOC¹¹ i els seus cicles (67) vinculats també a processos participatius d'abordatge en salut comunitària (68).

S'ha triat una metodologia mixta i participativa, per a conèixer els determinants de la salut, les necessitats i els actius i actors del municipi, utilitzant per una banda, l'anàlisi de dades quantitatives a partir de fonts de dades ja existents, com els indicadors demogràfics, socioeconòmics i de salut, i per l'altra banda, l'anàlisi de dades qualitatives, a partir de les percepcions copsades a través de grups de discussió i grups focals amb la participació activa de la comunitat.

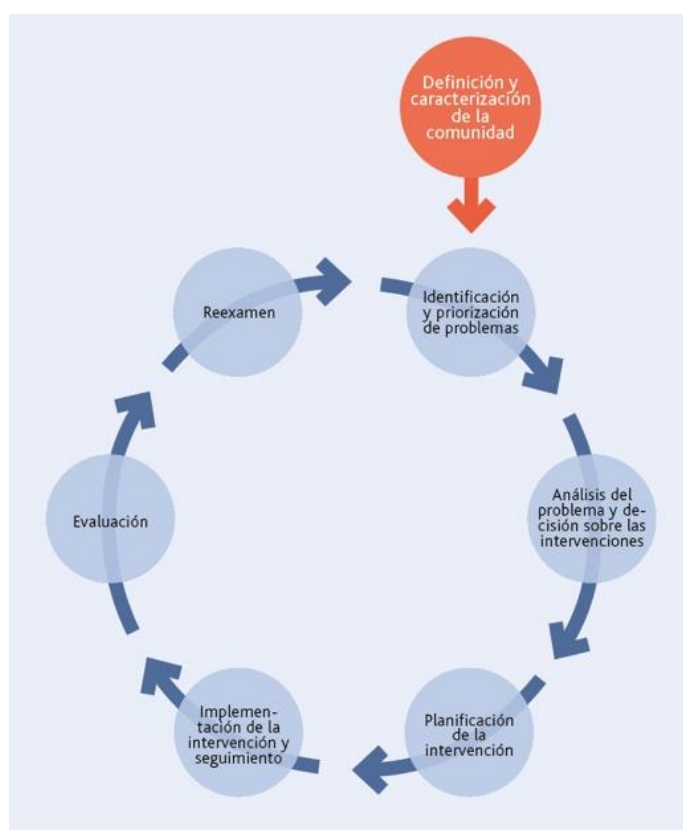


Figura 14. Procés metodològic APOC

Font: Una mirada a la atención primaria orientada a la Comunidad. (67)

¹¹ L'APOC: Atenció Primària Orientada a la Comunitat (l'original en anglès: COPC *Community-Oriented Primary Care*).

6.3. Primera fase quantitativa: fase preliminar dades de salut i determinants sociodemogràfics i socioeconòmics.

Es realitzarà una anàlisi transversal, observacional i descriptiu, mitjançant la recollida de dades des de diverses fonts d'informació, ja existents, en els diferents sistemes informàtics durant el període de l'1 de gener de 2020 al 31 de desembre del 2021.

En la fase preliminar, matisant que és un projecte d'investigació participatiu, es durà a terme la creació del *Grup Promotor*¹² de salut (GP), amb la participació activa d'entitats de l'àrea municipal del barri i/o ciutat com són ajuntament, serveis socials de salut, salut pública i l'àrea bàsica de salut, en aquest cas, CAP Muralles.



Figura 15. Etapes del procés comunitari.

Font: Guia Metodològica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. (68)

El *Grup Promotor*, recollirà i analitzarà la informació ja existent i necessària per a identificar els principals problemes i necessitats de salut que afecten a la població de la Part Alta de Tarragona, que pertany íntegra a l'ABS del CAP Muralles, amb la finalitat posteriorment, d'esbrinar i de prioritzar les necessitats detectades per tal d'iniciar processos de disseny de les futures intervencions en salut.

Les dades que es recolliran, es basen en característiques sociodemogràfiques de la població (morbidity, esperança de vida, addiccions, mortalitat, renda, vivenda...), sobre

¹² Grup promotor de salut: grup format per diverses entitats de caràcter institucional, que engloben i representen de manera tècnica al barri o comunitat d'estudi, amb la finalitat de realitzar una investigació i dur a terme una proposta de procés comunitari, de la població d'estudi.

l'estat de salut, l'ús que fa la població dels serveis i els recursos sanitaris i possibles pràctiques preventives de la comunitat.

Per aquest motiu, es realitzarà un disseny d'estudi transversal, descriptiu i observacional de les dades existents en el sistema SISAP ¹³. A més a més, s'utilitzarà com a guia per a incloure els indicadors necessaris, l'elaborada per l'Agència de Salut Pública de Catalunya: "*Indicadors bàsics de salut per ABS. Guia per realitzar l'informe de salut per ABS. 2018*" (69). Finalment, també s'utilitzarà el programa ECAP, programa d'història clínica informatitzada que s'utilitza en els centres d'atenció primària i d'atenció especialitzada extrahospitalària quan s'atén i es visita a la ciutadania en Catalunya, sent una eina de gestió clínica i administrativa. Es va posar en marxa a l'any 2001, permeten el desenvolupament de l'activitat assistencial dels professionals de la salut i l'atenció social (70).

Mostra

La mostra serà de la població de la Part Alta, assignada al CAP Muralles, amb data del 12 juliol del 2021 que és de 5.124.

Trams d'edat definits¹⁴:

- 0-2 anys: infants lactants
- 3-7 anys: primera infància
- 8-14 anys: preadolescència i adolescència
- 15-44 anys: adult jove
- 45-64 anys: adult
- 65-74 anys: adult madur
- > 75 anys: tercera edat

- **Criteris d'inclusió:**

- Persones que visquin a l'àrea d'assistència sanitària definida per l'EAP Tarragona 8 (CAP Muralles).
- Persones que treballin a l'àrea d'assistència sanitària definida per l'EAP Tarragona 8 (CAP Muralles).

¹³ El **SISAP** (Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària de Catalunya).

¹⁴ Classificació de les etapes de la vida per edats, segons l'OMS, adaptada a una elaboració pròpia.

- Persones que tinguin assistència sanitària a l'àrea definida per l'EAP Tarragona 8 (CAP Muralles).
 - Persones ateses que no tinguin assegurança però visquin a l'àmbit d'atenció sanitària de l'EAP Tarragona 8 (CAP Muralles)
- **Criteris d'exclusió:**
 - Persones en situació temporal
 - Persones ateses que visquin fora d'àmbit d'atenció sanitària de l'EAP-Tarragona 8 (CAP Muralles)
 - Persones ateses que no tinguin assegurança i visquin fora de l'àmbit d'atenció sanitària de l'EAP Tarragona 8 (CAP Muralles)

Variables

Variables independents

Les variables independents definides serien:

- Sexe: Masculí / Femení
- Edat: franges d'edat ja definides.
- Entorn: diagnòstic "*Viure sol/la*", classificat com a *codi Z*¹⁵, corresponent al codi Z60.2.
- Indicadors sobre recursos i ús de serveis:
 - Població assignada a l'equip d'atenció primària (EAP).
 - Població assignada i atesa a l'equip d'atenció primària (EAP).
 - Mitjana de visites de la població assignada i atesa a l'equip d'atenció primària.
 - Població assignada a l'equip d'atenció primària (EAP) de 75 anys o més que ha estat atesa al Programa d'atenció domiciliària (ATDOM).
 - Població de 18 anys i més atesa a centres ambulatoris de salut mental (CSM).
 - Població menor de 18 anys atesa a centres ambulatoris de salut mental.
 - Població consumidora de fàrmacs.
 - Població consumidora de psicofàrmacs.
 - Taxa de població polimedicada, 10 principis actius vigents o més

¹⁵ **Codis Z:** taula de codis per a l'estandardització i síntesi del diagnòstic social amb CIM-10MC.

- Indicadors d'entorn físic: mapa de soroll del barri/municipi, nivell contaminació, pobresa energètica, quilòmetres de verd urbà, vehicles per quilòmetre quadrat, recursos i actius en salut (educatius, culturals, esportius...).
- Indicadors demogràfics:
 - Població assegurada segons grups d'edat.
 - Índex de sobrenvelliment.
 - Població amb nacionalitat d'un país en via de desenvolupament.
 - Gent gran (75 anys i més) que viu sola.
 - Indicadors de fecunditat, interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) i naixements de mares estrangeres.

Variables dependents

Les variables dependents definides serien:

- Indicadors socioeconòmics:
 - Índex socioeconòmic territorial.
 - Població exempta de copagament de farmàcia.
 - Població amb nivell d'instrucció insuficient.
 - Taxa d'atur.
 - Educació, pobresa, habitatge, violència, seguretat.
- Indicadors de morbiditat
 - Població de 15 anys i més atesa a atenció primària segons diagnòstics seleccionats.
 - Població de 0-14 anys atesa a atenció primària segons diagnòstics seleccionats.
 - Població de 18 anys i més atesa a centres ambulatoris de salut mental.
 - Població menor de 18 anys atesa a centres ambulatoris de salut mental.
 - Població de 18-74 anys amb excés de pes, sobrepès i obesitat.
 - Població de 6-12 anys amb excés de pes, sobrepès i obesitat.
 - Població amb autopercepció positiva/negativa de la salut.
 - Població de 15 anys i més amb discapacitat.
 - Població de 15 anys i més amb dependència.

- Indicadors de mortalitat:
 - o Nombre de defuncions.
 - o Taxa bruta de mortalitat per 1.000 habitants.
 - o Taxa específica de mortalitat per grans grups de causes (tumors, malalties de l'aparell respiratori, malalties de l'aparell circulatori, malalties en salut mental...).
 - o Esperança de vida en néixer (anys).
 - o Nombre de defuncions per suïcidi.

- Indicadors sobre l'estil de vida:
 - o Consum de tabac de la població assignada a l'equip d'atenció primària.
 - o Consum de risc d'alcohol de la població de 15 anys i més.
 - o Activitat física saludable de la població de 15 a 69 anys.
 - o Adherència a la dieta mediterrània en població de 15 anys i més.

- Indicadors sobre pràctiques preventives (cobertures vacunals...)

Recollida de dades

La recollida de dades es durà a terme mitjançant l'explotació i recerca de dades quantitatives a les següents fonts d'informació (71):

- El registre central de persones assegurades (RCA) del CatSalut.
- El registre d'estadística de població de Catalunya de l'IDESCAT.
- L'ECAP del sistema d'informació dels serveis d'atenció primària (SISAP) de l'ICS (Institut Català de la Salut).
- Els registres del conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP) i dels centres ambulatoris de salut mental (CMBD-SMA) del CatSalut.
- L'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) del Departament de Salut.
- El registre de mortalitat de Catalunya del Departament de Salut.
- El qüestionari anual a les entitats proveïdores de serveis d'atenció primària del CatSalut.
- El Sistema Integrat de la recepta electrònica (SIRE).

Anàlisi dels resultats

Es realitzarà un anàlisi transversal, observacional i descriptiu utilitzant mesures de tendència central i dispersió per a les variables quantitatives, i valors absoluts i freqüències per a les variables qualitatives, i s'elaboraran taules dinàmiques de recollida de variables dependents i independents que permetin fer correlacions.

L'anàlisi de dades estadístiques es realitzarà mitjançant la utilització de programa EXCEL i/o PSPP.

6.4. Segona fase: Treball de camp

Per a dur a terme el treball de camp, les tècniques d'investigació qualitativa escollides es basaran en la participació activa de la població en el procés de diagnosi comunitària. Existeixen diferents tècniques per a la recollida d'informació qualitativa, de caire habitual i no tan habitual.

Es decidirà quina tècnica és la més apropiada per a cada grup, depenent dels resultats obtinguts en la recollida de dades quantitatives, i un cop prioritzats els resultats, es valorarà quina és la tècnica més adequada, dinàmica i s'adapta millor al grup de treball, per tal de poder aprofundir i copsar informació de la forma més exhaustiva i acotada possible.

Les tècniques més habituals per a l'obtenció de dades en processos comunitaris són, l'observació participant, les entrevistes individuals i grupals (grups focals), els grups de discussió. També en trobem d'altres, no tant habituals, però que depenent de la franja d'edat i dels objectius del treball de camp, poden resultar atractives i engrescadores, com són, les tècniques performatives (dramatitzacions), tècniques audiovisuals (fotoveu, vídeoveu), tècniques sensorials (mapes d'olors, moviments...), tècniques projectives i de mapeig (dibuixos, graffitis, mapes...) (72) (73).

Grups focals

Com a tècnica utilitzada es realitzaran *Grups focals*. Es tracta d'una tècnica dirigida per un o diversos dinamitzadors que presenta un guió previ amb la priorització d'una pregunta concreta, determinada per una temàtica concreta, que dona el tret de sortida per a iniciar un debat entre els assistents.

En aquest cas, es vol conèixer la percepció dels professionals i els actors i agents clau del barri, quines són les necessitats globals (socials, sanitàries, econòmiques, de l'entorn...), de la comunitat de la Part Alta de Tarragona, atesa pel CAP Muralles. D'aquesta manera es realitzarà un disseny de la pregunta i es determinarà quins són els actius en salut del barri, quins col·lectius són els més vulnerables i quina percepció subjectiva tenen de la seva situació de salut.

Es durà a terme, mitjançant un mostreig intencional, segmentant els criteris en: sexe, edat, i pertinença a grups d'opinió representativa del barri (casal, associacions de veïns, entitats de folklore... etc). La selecció de participants s'identificarà mitjançant informants claus, que hauran de ser persones amb experiència, coneixement i contacte de la població o de l'entitat que representen, amb capacitat d'identificació de participants que s'adaptin als perfils dissenyats per als grups focal definits. L'equip de dinamitzadors, formarà part del *Grup Promotor* en salut, i serà l'encarregat de mantenir el dinamisme i la interacció entre els participants, mesurant els tempos de les intervencions i redirigint les discussions cap a l'objectiu del grup focal.

A més a més, es designaran funcions dins de l'equip, on una de les persones dinamitzadores, durà a terme el recull de dades i aportacions de les persones participants, amb la intenció de a posteriori, endreçar la pluja d'idees dels assistents, per tal de poder extreure les conclusions de les aportacions i objeccions, i d'aquesta manera, dissenyar les intervencions adequades.

Criteris d'inclusió

- Viure al barri de la Part Alta.
- Treballar al barri de la Part Alta.

Criteri d'exclusió

- La negativa a participar en l'estudi.

Quadre de proposta de composició dels grups focals

	Participants	Sexe		Edat	Perfil	
		Dones	Homes		Treballen al barri	Viuen al barri
Grup I	10	5	5	Qualsevol edat		x
Grup II	10	5	5	Qualsevol edat	x	x
Grup III	10	5	5	Qualsevol edat		x

S'ha determinat el disseny de tres grups focals, on cada grup treballarà àrees i dimensions diferents:

- **Grup I** Actius: recerca de recursos que contribueixen a fomentar el benestar i la salut de la població del barri de la Part Alta.
- **Grup II** Necessitats: detecció de problemes i necessitats en relació al benestar i la salut de la població.
- **Grup III** Vulnerabilitat: grups de població en situació de vulnerabilitat i/o risc d'exclusió social.

Anàlisi de les dades qualitatives

L'anàlisi de les dades qualitatives, es realitzarà mitjançant un programa similar a un processador de textos, anomenat ATLAS.ti. El programa facilitarà la tasca d'emmagatzematge de dades de manera organitzada, recollida pel grup investigador i per l'investigador principal (notes de camp, documents, reflexions, observacions...), permeten així organitzar-les en categories i subcategories analítiques, ajudant a establir relacions entre les diferents dades, fer recerques actives i visualització en format de textos.

La recollida de les dades, per a posterior anàlisi, es realitzarà mentre es dur a terme la tècnica de recollida de dades qualitatives. Els resultats s'adaptaran a cada escenari, tenint en compte les característiques de la tècnica emprada i del grup que ha realitzat la tècnica. Es realitzarà sempre un retorn de la informació, mitjançant infografies i/o informes, amb la intenció d'afavorir la participació activa de la població en el disseny de

futures línies de treball i intervencions, fomentant el treball multidisciplinar en l'elaboració de plans i polítiques saludables dins del barri de la Part Alta.

7. ASPECTES ÈTICS

Per a dur a terme aquest projecte, es seguiran sempre els principis de la bioètica de no maleficència, beneficència, justícia i autonomia (74).

El projecte i la investigació que se'n derivarà per a conèixer l'estat de salut de la població, es basarà en el compliment de la nova llei de protecció de dades, *Reglament General de Protecció de Dades (RGPD)*, amb vigència des del 24 de maig del 2018, amb caràcter de compliment obligatori a nivell Europeu (75).

Per altra banda, es realitzarà una petició formal al CEI de la Fundació Institut Universitari per a la Investigació en Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), centre de referència en la investigació i la promoció de la salut, en el primer nivell assistencial. La petició formal serà realitzada amb l'enviament del projecte, sol·licitant l'aprovació i avaluació de l'estudi d'investigació (76).

Per a l'anàlisi quantitatiu, la informació estreta serà tractada de forma totalment confidencial i anònima, es realitzarà amb extracció de dades de bases informàtiques, sense nom ni cognoms, ni cap dada que pugui ser vinculable a cap persona de manera individual i física, sempre treballant amb dades de caràcter general i poblacional. Es realitzarà una sol·licitud a CAP Muralles, com a entitat proveïdora de salut, i amb la qual es pretén extreure les dades poblacionals del barri de la Part Alta de Tarragona, per tal d'obtenir permís de l'empresa per a poder gestionar les dades de caràcter general, i explotació de les seves pròpies bases de dades (Annex III).

Las dades extretes, només estaran disponibles per al investigador, i per al grup promotor de salut, que durà a terme la recerca tant de dades qualitatives i quantitatives. Per tal d'incloure l'equip promotor a la investigació que treballarà les dades, es signarà un consentiment informat i un consentiment d'utilització de dades de caràcter sanitari, per a cada tècnic participant, de manera individual.

Per a l'anàlisi qualitatiu, s'utilitzaran mètodes d'estudi i investigació participatiu, com els grups focals, grups de discussió i/o entrevistes en profunditat. Les persones que participaran en la recerca activa de dades, seran de caràcter voluntari, mantenint en tot moment el dret a deixar de formar part dels grups i de l'estudi, i decidint de manera individual si dona el seu consentiment a la utilització de la informació ja recollida prèviament a l'abandó. Per a la gravació de veu, imatge i/o fotografia, es realitzarà i farà

signar un consentiment individual on s'exposarà l'autorització al dret d'imatge (Annex III).

A més a més, es seguiran els principis determinats del *codi de Nuremberg (1947)*¹⁶, consentiment voluntari, llibertat per l'abandó en tot moment i en qualsevol fase de l'estudi, s'evitarà el patiment físic i mental, es protegirà la privacitat i el benestar de les persones participants. També, el projecte d'investigació, aportarà informació que justifica la realització de la investigació, per tal de poder implantar mesures que aniran en benefici de totes aquelles persones que viuen dins del barri de la Part Alta.

Finalment, es seguiran els principis ètics de la *Declaració de Helsinki (1964)*¹⁷, d'utilització de consentiments informats, respecte, dret d'autodeterminació individual i el dret de prendre decisions informades.

¹⁶ Codi de Nuremberg (1947): recull els principis que regeixen l'experimentació amb éssers humans, sorgeix del resultat de les deliberacions dels Judicis de Nuremberg, al final de la Segona Guerra Mundial.

¹⁷ Declaració de Helsinki (1964): principis ètics que guien a la comunitat mèdica i d'altres persones que es dediquin a l'experimentació amb éssers humans.

8. APLICABILITAT

Les implicacions de l'estudi i els resultats, afavoriran l'adaptació de mesures al barri, valoraran els determinants socials de la salut, els costums i hàbits, i afavorirà el disseny de futures línies de treball, enfortint el vincle entre els serveis, entitats, actors de l'entorn i actius saludables de la pròpia comunitat, a més a més, fomentant la cohesió del barri i el treball col·laboratiu per un bé comú amb la finalitat de millorar els condicionants i la salut de la Part Alta.

També, permetrà un estudi i coneixement exhaustiu de la població de la Part Alta de Tarragona, facilitant eines de coneixement als propis residents del barri i persones que formen part de la comunitat, prioritzant les intervencions resultants, en aquelles necessitats, hagin estat verbalitzades o no, que es manifestin, afegint al context el període de temps marcat de manera accentuada, per la pandèmia viscuda a causa de la COVID-19.

Finalment, ofereix d'aquesta manera, experiències en salut comunitària, afavorint la decisió d'elaborar noves mesures en salut pública que aportin valor per a dissenyar experiències i investigacions futures, i que puguin ser extrapolables, adaptant-se a cada context, en d'altres poblacions i comunitats.

9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Les limitacions de l'estudi a l'actualitat, han estat degudes a la situació actual de pandèmia viscuda per la COVID-19, la sol·licitud de dades de caire poblacionals al CAP, ha estat complicada i difícil pel volum de feina actual, desbordant, de l'atenció primària, arreu del país.

La COVID-19, ha estat focus d'atenció sanitària en el transcurs de la pandèmia, i els recursos humans actuals han hagut d'adaptar-se a la situació, treballant en un camp diferent i condicionant així el dia a dia, en un centre d'atenció primària. Els professionals hem hagut d'adaptar les nostres vides i temps lliure, a una demanda d'atenció sanitària i de volum de feina mai abans viscuda, per la qual cosa, l'espai de temps de dedicació a altres àmbits, s'ha vist molt minvat.

Tampoc no ha permès degut a les restriccions sanitàries (confinament, toc de queda, mobilitat) i la situació poblacional actual (5a onada de la COVID-19 a Catalunya), la realització d'una prova pilot, o el poder iniciar el projecte de manera més exhaustiva i compartida amb la comunitat.

10. CONCLUSIONS

L'atenció primària es considera l'eix vertebrador del sistema sanitari, és la primera porta d'entrada i on els individus i les comunitats es troben en primer lloc amb l'accés al sistema de salut.

Les noves línies polítiques i els nous plans estratègics, opten per enriquir i dotar a l'atenció primària de més recursos, tant humans com econòmics, per tal d'enfortir el sistema i que des dels CAP arreu del país, es pugui treballar de manera més eficient i eficaç amb els determinants socials de la salut, que ens acompanyen al llarg de tota la nostra vida com individus i ens condicionen la salut com a poblacions i comunitats.

L'aprenentatge en la recerca bibliogràfica sobre els diagnòstics de salut i els models d'atenció basats en actius, matisen, la importància de conèixer i detectar les necessitats que les nostres poblacions expressen, o no, en l'àmbit de la salut. A més a més, es fa palès la importància de la participació activa de la ciutadania en les decisions de salut i en la prioritització de les pròpies intervencions, generant d'aquesta manera, comunitats empoderades i autònomes, minimitzant els factors estressants i donant coneixement sobre els recursos i els actius en salut del barri, augmentat el SOC dels individus i les poblacions. Realitzant treballs intersectorials i interdepartamentals, on hi hagi representat el màxim actors de la realitat de la comunitat que s'estudia per a realitzar els dissenys dels futurs plans d'intervenció i processos comunitaris.

La situació de pandèmia viscuda, ha fet que despuntés la importància sobre els determinants socials de la salut, on abans, només s'apreciava la punta de l'iceberg, d'un sistema sanitari que, tot i l'intent de gir en les polítiques de salut del país, continua en un model patogènic de les malalties, i no en un model salutogènic que conegui i actuï en les causes de les causes de les pròpies malalties. A més a més, es descriu la importància de l'entorn i la nostra relació amb ell, tant en la transmissió de malalties infeccioses i no infeccioses dins d'un món altament globalitzat, com en els nostres hàbits saludables adquirits.

Per tal de realitzar intervencions en salut, que promoguin canvis i fomentin ciutats, pobles, barris, comunitats i individus saludables, és necessari la col·laboració de tots els departaments de govern, les polítiques i la participació activa dels ciutadans, coneixent al detall com són les nostres comunitats, en aquest cas, amb la població i la comunitat de la Part Alta, treballant de manera multidisciplinar i conjunta per un model de salut obert, mòbil i actiu.

11. LÍNIES FUTURES

El disseny del projecte d'investigació actual, sobre un diagnòstic de la comunitat i del barri de la Part Alta, obre les portes al treball participatiu comunitari per vincular a la població i a la comunitat amb les decisions conscients i autònomes sobre la seva salut.

Les propostes de línies futures són:

- Iniciar el projecte d'investigació a la Part Alta de Tarragona
- Prioritzar les intervencions resultants, amb la participació activa del barri, per tal de millorar d'aquesta manera la salut global de la seva pròpia comunitat.
- Dissenyar intervencions dirigides a millorar els problemes detectats i prioritzats.

Com a professional sanitària que treballa al CAP Muralles, l'inici d'un projecte basat en processos comunitaris, obre la possibilitat d'anar adherint la resta de zones d'atenció sanitària corresponent a l'EAP-Tarragona 8, a iniciar també un diagnòstic de salut, de manera que puguem conèixer l'estat global de salut de tota la població assignada al nostre EAP i de la nostra àrea bàsica de salut.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Díaz H. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Rev de Comunicación y Salud. 2011;1(1):113-24.
2. Regreso Alma Ata. OMS. [internet]. 1978. Disponible a: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=CED4F5DE8AED09DC99B01DFAA59BA83D?sequence=1>
3. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. [Internet]. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. 1974. Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
4. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. OMS. Geneva. (2008).
5. Cofiño Fernández R. Tu código postal puede modificar tu código genético. AMF 2013;9(9):483-484.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut Pública. Salut a totes les polítiques. 2015 [consultat 30 maig 2021]. Disponible a: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/sobre_lagencia/qui-som/Qui-som-Salut-totes-politiques.pdf
7. Hemida MG, Ba Abdullah MM. The SARS-CoV-2 outbreak from a one health perspective. One Health. 2020. 1;10:100127.
8. Iglesias Guerra, J A; Casado Verdejo, I; Postigo Mota, S; Bárcena Calvo, C; Galán Andrés, I; Del Valle Antolín, M J. La salud comunitaria basada en activos para la salud. Un modelo que no cala en el quehacer cotidiano. Revista Enfermería. CyL, vol. 10, nº1 (2018).
9. Villarreal-Valera MJA. La cultura de la salud en el contexto comunitario: una mirada desde la sociología cultural. 28 de octubre de 2015; (130):136.
10. Amirkhan, James H. Graves H. Sense Of Coherence And Stress: The Mechanics of a Healthy Disposition. Psychology and Health. 2003; 18(1): 31-62.
11. Iglesias Guerra, J A; Casado Verdejo, I; Postigo Mota, S; Bárcena Calvo, C; Galán Andrés, I; Del Valle Antolín, M J. La salud comunitaria basada en activos para la salud. Un modelo que no cala en el quehacer cotidiano. Revista Enfermería. CyL; 2018. 10(1): 17-22.
12. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2013; 15 (3): 78-86.
13. Leahy K, Cobb M, Jones M. Enfermería para la salud de la comunidad. La Prensa Mexicana. México. 1977.

14. OMS. Promoción de la Salud. Glosario. [internet]. 1998. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1
15. Moreno Preciado, Manuel; Enfermería Cultural. Una mirada antropológica del cuidado. 1ª edición. Madrid: Garceta Grupo Editorial. 2018.
16. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007; 14 (2):17-22.
17. Álvarez-Dardet, C., & Ruiz Cantero, M. T. Patrimonio de salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas?. Revista Española de Salud Pública. 2011; 85(2), 123-127.
18. Planet Youth. Iceland: 2007. [Consultat 24 abril 2021]. Disponible a: <https://planetyouth.org>.
19. Esparza P. El secreto de Islandia para que sus menores dejaran de beber alcohol y fumar. [internet]. 2017. Disponible a: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-38932226>
20. Estratègia Nacional d'atenció primària i salut comunitària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2017. [Consultat 24 abril 2021]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/plans_sectorials/enapisc/presentacio_enapisc.pdf
21. Martín Zurro, A; Jodar Solà, G. Atención primaria de salud. Atención familiar y comunitaria. 1ª edición. Barcelona: Elsevier. 2018. p 3-15.
22. Padilla J; Gullón P. Epidemiocracia: Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo. Madrid: Capitan Swing Libros SL. 2020.
23. OMS. One health. [internet]. 2017. Article online. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>
24. Sinclair JR. Importance of a One Health approach in advancing global health security and the Sustainable Development Goals. Rev Sci Tech. 2019;38(1):145-154.
25. Sleeman JM, Richgels KLD, White CL, Stephen C. Integration of wildlife and environmental health into a One Health approach. Rev Sci Tech. 2019;38(1): 91-102.
26. Padilla J; Gullón P. Epidemiocracia: Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo. Madrid: Capitan Swing Libros SL. 2020.
27. Padilla J; Gullón P. Prólogo. Epidemiocracia: Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo. Madrid: Capitan Swing Libros SL. 2020. p. 7-24.
28. Johnson S. El mapa Fantasma: la epidemia que cambió la ciencia, las ciudades y el mundo moderno. 1ª Edición. Madrid: Capitán Swing Libros SL; 2020.

29. Bassets M. Somos más abundantes que cualquier otro gran animal en algún momento habrá una corrección. 19 abril 2020 [consultat 6 juliol 2021]. Disponible a: <https://elpais.com/ciencia/2020-04-18/somos-mas-abundantes-que-cualquier-otro-gran-animal-en-algun-momento-habra-una-correccion.html>
30. Kukso F. David Quammen: el hombre que escuchó llegar a la Covid-19. [consultat 6 juliol 2021] Disponible a: <https://www.penguinlibros.com/es/revista-lengua/entrevistas/david-quammen-contagio-federico-kukso>
31. Padilla J; Gullón P. Epidemiocracia: Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo. Madrid: Capitan Swing Libros SL. 2020.
32. Rodríguez Ferri EF, Calvo Sáez LA. Zoonosis: la cara oculta de la pandemia COVID-19. 2021. 16(e):247-59. Disponible en: https://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/rmc202016e247259
33. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por Coronavirus. 2019. [consultat 6 maig 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
34. Agencia Estatal Boletín oficial del Estado. BOE 2020. [consultat 6 maig 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
35. Redacción. BBCNews. Coronavirus: por qué el mundo debe preocuparse por la enorme crisis causada por la pandemia en la India. 28 abril 2021. Disponible a: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56910567>
36. Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. The Lancet. 2020;395(10227): 846-848.
37. Lancet, T. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. The Lancet. 2020;395(10230): 1089.
38. González, E. C., Gelis, M. M., Cruz, M. E. S., Figueroa, E. M., Hernández, M. V., & Pérez, L. D. A. C. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud). 2012;8(15).
39. Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Revista de salud pública. 2013;15(6):810-813.
40. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. 18 mayo 2009; Ginebra; [consultat 6 maig 2021]. Disponible a: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
41. Frenz, P. Desafíos en salud pública de la Reforma. Equidad y determinantes

- sociales de la salud. Revista chilena de salud pública. 2005; 9(2), 103-110.
42. González, E. C., Gelis, M. M., Cruz, M. E. S., Figueroa, E. M., Hernández, M. V., & Pérez, L. D. A. C. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud). 2012;8(15).
 43. Borrell, C., & Malmusi, D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria. 2010; 24(1):101-108.
 44. Cofiño R. Salud Comunitaria [blog]. [consultat 6 maig 2021]. Disponible a: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2013/02/28/las-causas-de-las-causas-2/>
 45. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Avanzando hacia la equidad. Propuestas políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid. 2015. Disponible a: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
 46. Raynald Pineault, M D; Carole Daveluy, M; Julian Garcia Vargas. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. La determinación de necesidades. 2ª edición. Barcelona: Masson; 1994.
 47. Observatorio de Salud en Asturias. Guía para trabajar la salud comunitaria en Asturias. 2016. Disponible a: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/wp-content/uploads/2019/02/Guia-breve-Salud-Comunitaria-2016.pdf>
 48. Junta de Andalucía. Guía breve. Salud Comunitaria basada en Activos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible a: <https://www.easp.es/project/salud-comunitaria-basada-en-activos/>
 49. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Indicadors bàsics de salut per ABS. Guia per realitzar l'informe de salut per ABS. 2021. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/observatori_desigualtats/comunitaria/guia_informe_salut_abs_indicadors_2021.pdf
 50. Balcazar, F. E. Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en humanidades. 2003;7(1);59-77.
 51. Olivé, J. M. (2002). La investigación: acción participativa, estructura y fases. La investigación social participativa. España: El viejo topo. 2002.
 52. Local government Association. Improvement and development agency. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. 2009. Disponible a: <https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/glass-half->

[full-how-asset-3db.pdf](#)

53. Agencia Estatal Boletín oficial del Estado. Real Decreto 137/1984: estructuras básicas de salud. 11 enero 1984. [consultat 6 juliol 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574>
54. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de Salud. 1 abril 2021. [consultat 6 juliol 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
55. Generalitat de Catalunya. Atenció primària i comunitària. [consultat 6 juliol 2021]- Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-primaria-comunitaria/>
56. Generalitat de Catalunya. Estratègia Nacional de l'atenció primària i comunitària (ENAPISC). [consultat 6 juliol 2021]- Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/plans_sectorials/pla_primaria_salut_comunitaria_enapisc/
57. Gofin J, Montaner Gomis I, Foz Gil G. Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Elementos para su práctica. Rev. Clínica Electrónica en Atención Primaria [internet]- 2008;77(5):7. Disponible a: https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2008m9n16/rceap_a2008m9n16a5.pdf
58. Generalitat de Catalunya. Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP). [consultat 6 juliol 2021]- Disponible a: https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/
59. Generalitat de Catalunya. Document base Projecte COMSalut. 2015. [consultat 6 juliol 2021]. Disponible a: <https://comsalut.files.wordpress.com/2015/12/comsalut-document-base.pdf>
60. Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. Educational researcher. 2004;33(7):14-26.
61. Poblete, C. M. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. Revista Chilena de Salud Pública. 2013;17(3)218-223.
62. Muralles Salut. Muralles Salut SLP. [internet]. 2021. Disponible a: www.murallessalut.cat
63. Llei 15/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya. 1990. [internet]. Disponible a: <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=48426>
64. Entitats de Base Associativa. Autogestió en Salut. [internet]. 2021. Disponible a: www.aceba.cat
65. Enciclopedia Carroggio. Nueva Enciclopedia Universal. Carroggio, S. A. De Ediciones. Tomo 24. 1988. ISBN: 84-7254-425-7.

66. Zurro, A. M., Castelltort, A. L., & Miret, A. S. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Atención Primaria*. 2000;25(1):48.
67. Peray, JL, Montaner I. Una mirada a la atención primaria orientada a la Comunidad. *Comunidad*. 2016;18(1):11
68. Guia metodologica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Red local para la salud. Gobierno basco.2016. Disponible a: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_comunitaria/es_def/adjuantos/guia-metodologia-esp.pdf
69. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Indicadors bàsics de salut per ABS. Guia per realitzar l'informe de salut per ABS. 2021. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/observatori_desigualtats/comunitaria/guia_informe_salut_abs_indicadors_2021.pdf
70. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [internet]. 2021. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/tecnologies_informacio_i_comunicacio/instruments-i-projectes/ecap/
71. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Indicadors bàsics de salut per ABS. Guia per realitzar l'informe de salut per ABS. 2021. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/observatori_desigualtats/comunitaria/guia_informe_salut_abs_indicadors_2021.pdf
72. López, N. C., & Linares, Á. S. Metodologías cualitativas participativas en educación: Photovoice, viñetas y Ketso. *Psicoperspectivas*. 2021;20(1)59-74.
73. Alberich, T., Arnanz, L., Basagoiti, M., Belmonte, R., Bru, P., & Espinar, C. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Metodologías participativas. Madrid. 2017. Disponible a: https://www.redcimas.org/wordpress/wpcontent/uploads/2012/09/manual_2010.pdf
74. León Correa FJ. Foundations and Principles of Clinical, Institutional and social Bioethics. *Acta bioeth*. 2009;15(1):70-78.
75. Agencia Española de Protección de Datos. [internet]. Madrid. Disponible a: <https://www.aepd.es/es>.
76. IDIAP Jordi Gol. Investigamos para la salud de las personas. [internet]. 2017. Disponible a: <https://www.idiapigol.org/index.php/es/>

13. ANNEXES

Annex I. Recerca Bibliogràfica

Criteris inclusió	Criteris exclusió
Articles publicats des del 2010	
Articles originals i de revisió bibliogràfiques	Estudis de poblacions especials

Número	Base de dades	Tipus de cerca	Paraules Clau	Número de documents després del filtre	Número d'articles utilitzats per base dades
1	CUIDEN	Avançada	Salud AND Comunitària	137 articles	8
			Diagnòstic AND Comunitària	137 articles	
			Participació AND Comunitària	218 articles	
			Actius AND Salut	237 articles	
			Salutogènesis	5 articles	
			One AND Health	500 articles	
2	CUIDATGE	Avançada	Salud AND Comunitària	90	2
			Diagnòstic AND Comunitària	1	
			Participació AND Comunitària	24	
			Actius AND Salut	10	
3	Scielo	Avançada	Salud AND Comunitària	299	7
			Diagnòstic AND Comunitaria	44	
			Participació AND Comunitaria	130	
			Actius AND Salut	174	
			Salutogenesis	44	
			Sense Of Coherence	144	
			One AND health	200	
4	Pubmed	Avançada	Health AND Community	15023	10
			Diagnostic AND Community	5430	
			Participatory AND Community	234	
			Assets AND health	200	
			Sense of Coherence	70	
			One AND Health AND Community	3303	

Després de la recerca realitzada, es va procedir a la lectura dels títols i els resums, seguint els criteris d'inclusió i exclusió definits prèviament. Posteriorment, es va procedir a la lectura dels articles adients per a la redacció i argumentació del marc conceptual. A més a més, també aquells articles que aportessin informació per a l'elaboració i el disseny del projecte d'investigació. Afegit a la recerca bibliogràfica en bases de dades, també s'ha treballat en la lectura i consulta de llibres, pàgines web d'interès, articles de mitjans de comunicació i guies pròpies d'entitats i estaments oficials, ja elaborades.

Els articles i recursos que han estat treballats en l'elaboració tant del marc teòric com de suport per al disseny del projecte d'investigació, es troben referenciats a l'apartat de bibliografia.

Annex II. Anàlisi de la pregunta de investigació

Es realitza a través del mètode FINER i PICO

A través de **FINER** analitzarem la pertinença de la pregunta

Mètode FINER:

F (Factible): es viable degut a la possibilitat de recollida d'informació en bases de dades oficials. Utilització dels recursos reals de la població per a realitzar la investigació de les dades qualitatives.

I (Interessant): implica a la població íntegra del barri estudiat, els resultats poden ser beneficiosos per a tota la població resident, i millorar la percepció en salut, a més d'intentar aprofitar els propis recursos del barri per augmentar la salut de la mateixa població.

N (Nou): aporta informació recent i actual sobre l'estat de salut de la comunitat resident en el barri i de les característiques de la seva població.

E (Ètic): el projecte estaria basat en investigació participativa, formar part de l'equip d'investigació seria totalment voluntari, en tot moment podrien desvincular-se aquells participants que així ho consideressin. Els resultats serien utilitzats per a un bé comú i transmesos a la població pel seu propi coneixement.

R (Rellevant): el resultat de la investigació pot aportar una gran millora en la salut de la població, realitzant una cohesió entre els recursos que ja conté el propi barri, fomentat i apoderant a la comunitat en la seva pròpia salut, creant una xarxa d'actius en salut.

Mètode PICO:

P (Pacient): població resident en el barri de Tarragona delimitat pel codi postal 43003, corresponent a la Part Alta.

I (Intervenció): realització d'un diagnòstic de salut mitjançant la investigació de dades quantitatives i qualitatives, basant-se en tècniques d'investigació participativa de la comunitat.

C (Comparació): no existeix comparatiu amb altres poblacions. Si que es pot utilitzar informació bibliogràfica d'altres intervencions en salut comunitària per evitar aquelles que realment no han funcionat, tot i que també depèn de la població i d'altres factors externs el poder avaluar la intervenció com exitosa. Per tant, és complicat la comparació d'aquest tipus de projecte d'investigació.

O (Outcomes):

- **Resultats de dades quantitatives:**
 - Indicadors demogràfics
 - Indicadors socioeconòmics
 - Indicadors de morbiditat
 - Indicadors sobre l'estil de vida
 - Indicadors sobre pràctiques preventives
 - Indicadors sobre recursos i ús de serveis
 - Indicadors d'entorn físic.
- **Resultats de dades qualitatives:** utilització de criteris d'avaluació de les intervencions realitzades, matisant els indicadors a avaluar un cop s'hagi realitzat una prioritització de la intervenció o intervencions per implementar en la població.

Sol·licitud: Tarragona, ____ gener 2021.

Jo, Érika Ruiz Rivera, amb DNI 05931969Q, cursant actualment el Màster d'Investigació en Ciències de la Infermeria, de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona,

Exposo: cursant l'assignatura *Treball Final de Màster*, la demanda de sol·licitud de permís per accedir a dades de caràcter poblacional a través dels sistemes de registre de CAP Muralles, per a poder realitzar una explotació de dades amb finalitats acadèmiques per la investigació del projecte final de l'assignatura esmentada amb anterioritat.

Les dades extretes únicament tindran finalitat acadèmica, i si fos pertinent i adequat, la utilització del treball i implementació de les intervencions que derivessin dels resultats de la investigació, al centre de treball pel fet d'aportar informació d'interès en salut sobre la població estudiada, per a l'empresa i el centre de primària.

Títol del projecte i resum:

"La Part Alta es mou"

Realització d'un diagnòstic de salut centrat en dades quantitatives i qualitatives La investigació es dur a terme en el barri, trobat en el CP: 43003, corresponent a la Part Alta. El diagnòstic estarà basat en els determinants socials, els quals són l'eix vertebrador de la nostra salut, treballant també amb les necessitats socials, eco-socials i en salut, evidenciades de manera més pronunciada degut a la pandèmia provocada pel virus SARS-CoV-2, valorant aquelles causes arrelades a la nostra cultura i societat, que faciliten la transmissió de malalties infeccioses i no infeccioses en les comunitats en les quals naixem, vivim i morim.

Signatura interessat/da

Signatura empresa

Sol·licitud signada per l'empresa Muralles Salut SLP.

Sol·licitud: Tarragona, 28 de febrer de 2021.

Jo, Érika Ruiz Rivera, amb DNI 05931969Q, cursant actualment el Màster d'Investigació en Ciències de la Infermeria, de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona,

Exposo: cursant l'assignatura *Treball Final de Màster*, la demanda de sol·licitud de permís per accedir a dades de caràcter poblacional a través dels sistemes de registre de CAP Muralles, per a poder realitzar una explotació de dades amb finalitats acadèmiques per la investigació del projecte final de l'assignatura esmentada amb anterioritat.

Les dades extretes únicament tindran finalitat acadèmica, i si fos pertinent i adequat, la utilització del treball i implementació de les intervencions que derivessin dels resultats de la investigació, al centre de treball pel fet d'aportar informació d'interès en salut sobre la població estudiada, per a l'empresa i el centre de primària.

Títol del projecte i resum:

"La Part Alta es mou"

Realització d'un diagnòstic de salut centrat en dades quantitatives i qualitatives. La investigació es dur a terme en el barri, trobat en el CP: 43003, corresponent a la Part Alta.

El diagnòstic estarà basat en els determinants socials, els quals són l'eix vertebrador de la nostra salut, treballant també amb les necessitats socials, eco-socials i en salut, evidenciades de manera més pronunciada degut a la pandèmia provocada pel virus SARS-CoV-2, valorant aquelles causes arrelades a la nostra cultura i societat, que faciliten la transmissió de malalties infeccioses i no infeccioses en les comunitats en les quals naixem, vivim i morim.

Signatura interessat/da:

Signatura empresa:

39694582D
RAMON
MONEGAL (R:
B55580013)

Firmado digitalmente
por 39694582D
RAMON MONEGAL
(R: B55580013)
Fecha: 2021.02.28
18:19:44 +01'00'

Sol·licitud: Tarragona, ____ gener 2021.

Jo, _____, amb DNI _____, actualment formant part del Grup Promotor del CAP Muralles, en qualitat de tècnic de salut.

Exposo: per a dur a terme un estudi de les necessitats en salut del barri de la Part Alta, la demanda de sol·licitud de permís per accedir a dades de caràcter poblacional a través dels sistemes de registre i les bases de CAP Muralles, per a poder realitzar una investigació poblacional, amb la finalitat de treballar amb la comunitat del barri de la Part Alta i la realització d'un diagnòstic de salut. La utilització de les dades, tindran una finalitat únicament laboral i de coneixement de la població amb la qual aniran destinades les línies de treball en l'àmbit de la salut.

Títol del projecte:

“La Part Alta es mou”

Realització d'un diagnòstic de salut centrat en dades quantitatives i qualitatives La investigació es dur a terme en el barri, trobat en el CP: 43003, corresponent a la Part Alta. El diagnòstic estarà basat en els determinants socials, els quals són l'eix vertebrador de la nostra salut, treballant també amb les necessitats socials, eco-socials i en salut, evidenciades de manera més pronunciada degut a la pandèmia provocada pel virus SARS-CoV-2, valorant aquelles causes arrelades a la nostra cultura i societat, que faciliten la transmissió de malalties infeccioses i no infeccioses en les comunitats en les quals naixem, vivim i morim.

Signatura interessat/da

Signatura empresa

Model consentiment informat: document de signatura pels drets d'imatge.

En/Na _____ major d'edat, amb DNI _____, amb
domicili _____ a _____ efectes _____ de _____ notificacions
a _____,

consent expressament i autoritza al GRUP PROMOTOR en salut comunitària, com a
equip tècnic d'investigació, perquè realitzin el tractament de les dades que
voluntàriament li cedeix, d'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades
2016/679, de 27 d'abril de 2016, la Llei 34/2002, d'11 de juliol, de serveis de la societat
de la informació i de comerç electrònic, la Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a
l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge així com altra legislació
connexa.

El/la participant:

☐ **AUTORITZA**

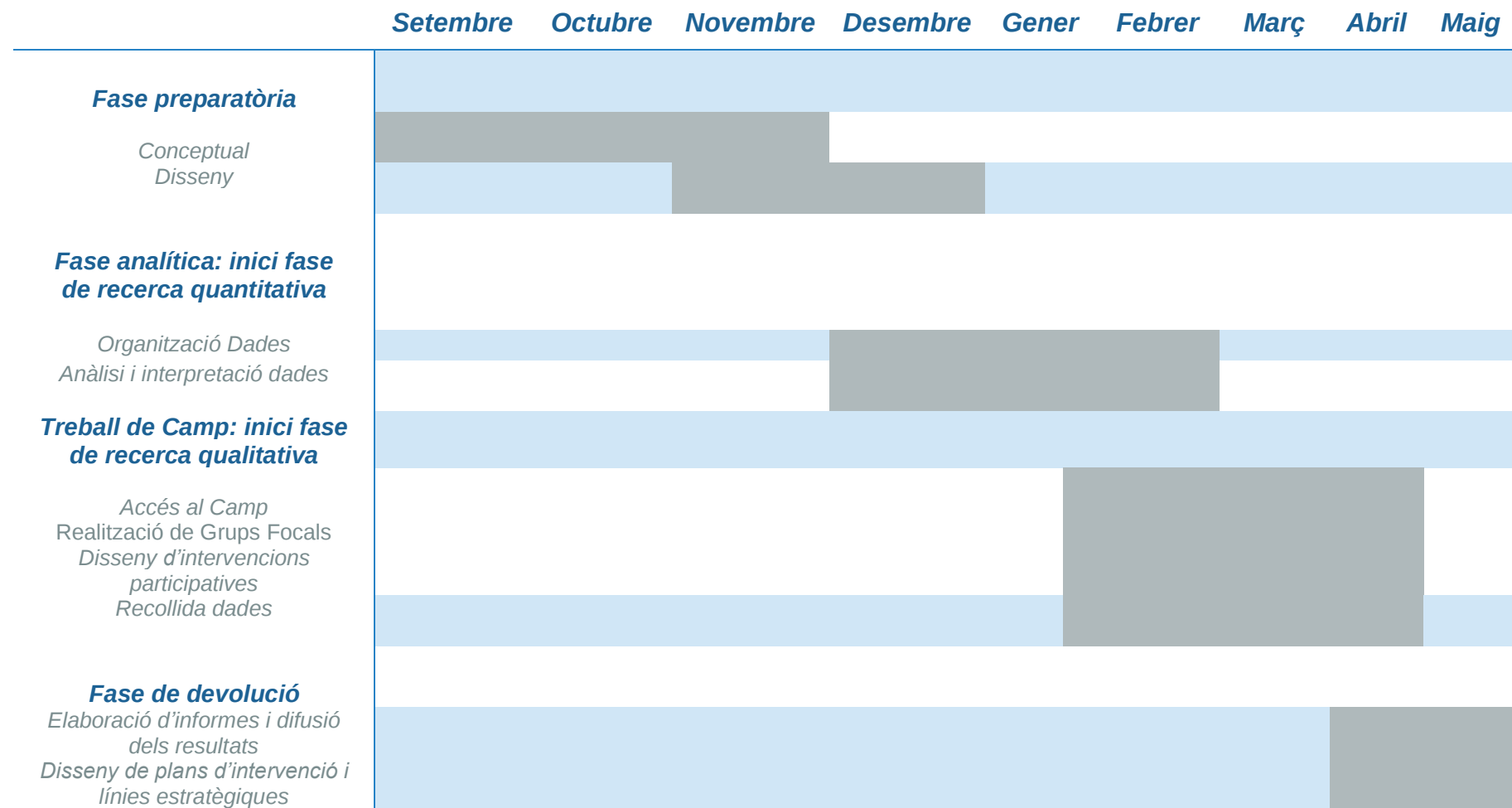
☐ **NO AUTORITZA**

La recollida, emmagatzemament, tractament i difusió de la seva imatge fixa o en
moviment (incloent la seva veu) durant qualsevol acte i/o activitat organitzada pel GRUP
PROMOTOR de salut, les imatges (incloses les gravacions de veu) s'utilitzaran, tant a
nivell local, nacional com internacional, en qualsevol suport, per difondre les activitats
de qualsevol índole que realitzin.

Tarragona ____ de l'any 20____

Signatura:

Annex IV. Cronograma. Any 2021/2022.



Annex V. Pressupost.

Finançat per l'entitat proveïdora de salut, Muralles Salut SLP.

	Unitats de Mesura	Unitats	Cost/Unitat (€)	COST TOTAL (€)
<u>Recursos humans</u>				
Investigador principal	Hores	60	20	1200
<u>Infraestructures</u>				
Sales per els grups focals (Sala d'Educació del CAP Muralles)	Hores	30	30	900
<u>Material fungible inventariable</u>				
Bolígrafs	Paquet (90u)	4	21, 21	84,84
Folis	Paquets (500u)	4	19,84	79,36
Tòner B&N	Cartutx	4	54,20	216,8
Tòner en color	Cartutx	2	84,50	169
Gravadora de veu	-	1	40	40
Càmera fotogràfica i vídeo	-	1	350	350
<u>Material no fungible inventariable</u>				
Impressora	-	1	140	140
Ordinador	-	1	500	500
Connexió a internet (WIFI)	Mesos	12	30	360
Electricitat	Mesos	12	35	420
<u>Difusió</u>				
Publicacions		3	500	1500
Congressos i Jornades	-	4	300	1200
1500Infografies i cartells		50	5	250
Publicitat		120	4	480
(Inclou: tríptics, xapes, motxilles)				
COST TOTAL APROXIMAT:				7890€

Annex VI. Relació de carrers inclosos al CP: 43003.

<i>Abat (De L')</i>	<i>Moles (De Les)</i>
<i>Àngels (Dels)</i>	<i>Mossèn Salvador Ramon Vinyes</i>
<i>Antonio Vivaldi</i>	<i>Natzarens</i>
<i>Arc d'En Toda (Parells: 2-6) (Senars:1-5)</i>	<i>Natzaret (Parells: tots) (Senars: 1-7)</i>
<i>Arc de Sant Bernat</i>	<i>Nau (De La)</i>
<i>Arc de Sant Llorenç</i>	<i>Notari Albiñana (Parells: tots) (Senars: 1-1)</i>
<i>Assalt (de L')</i>	<i>Nou Del Patriarca</i>
<i>Augusta (Parells: 2-86) (Sensars: 1- 129)</i>	<i>Oli (De L')</i>
<i>Baixada Beneficiència</i>	<i>Palau</i>
<i>Baixada de la Peixateria</i>	<i>Pallol (Del)</i>
<i>Baixada del Miracle</i>	<i>Palma (De La)</i>
<i>Baixada del Roser (Parells: 2-10) (Senars: 1-27)</i>	<i>Palmeres (De Les)</i>
<i>Baixada Misericòrdia</i>	<i>Pare Iglesias (Del)</i>
<i>Bisbe Ant. Deig.</i>	<i>Pau Casals</i>
<i>Cabrits (Dels)</i>	<i>Peixateries Velles (De Les)</i>
<i>Calderers (Dels)</i>	<i>Pla de la Seu</i>
<i>Cardenal Arche Ochotorena</i>	<i>Portal del Carro</i>
<i>Carme (Del)</i>	<i>Portalet (Del)</i>
<i>Carreró de la Rosa</i>	<i>Portella (De La)</i>
<i>Carreró de Sant Magí</i>	<i>Puig d'En Pallars</i>
<i>Cavallers (Dels)</i>	<i>Puig d'En Sitges</i>
<i>Civaderia (Dels)</i>	<i>Rambla Nova (Parells: 2-86) (Senars: 1-93)</i>
<i>Compte (D'En)</i>	<i>Rambla Vella</i>
<i>Compte de Rius</i>	<i>Ramon Salas</i>
<i>Coques (De Les)</i>	<i>Rei (Del)</i>
<i>Cós Del Bou</i>	<i>Rere Sant Domènech</i>
<i>Cossis</i>	<i>Ribes (D'En)</i>
<i>Cuirateries (De Les)</i>	<i>Ripoll (D'En)</i>
<i>Dames i Vells</i>	<i>Riudecols (D'En)</i>
<i>Dames i Vells (De)</i>	<i>Robert d'Aguiló Príncep Tgn.</i>
<i>Descalços</i>	<i>Rocamora (D'En)</i>
<i>Destral (De La)</i>	<i>Rovellat (D'En)</i>
<i>Emperador August (Parells: 2-54) (Senars: 1-53)</i>	<i>Salines (Parells: 2-8) (Senars: 1-27)</i>
<i>Enrajolat (De L')</i>	<i>Santa Anna</i>
<i>Ernest Lluch</i>	<i>Santa Clara (De)</i>

<i>Escales d'Arbós</i>	<i>Sant Agustí (De)</i>
<i>Escales Del Miracle</i>	<i>Sant Antoni (De)</i>
<i>Escorxador</i>	<i>Santa Tecla</i>
<i>Escrivanies Velles (D')</i>	<i>Sant Domènec</i>
<i>Estanislau Figueres (D') (Parells: 2-16)</i> <i>(Senars: 1-13)</i>	<i>Santes Creus</i>
<i>Ferrers (Dels)</i>	<i>Sant Francesc (De)</i>
<i>Font (De La)</i>	<i>Sant Fructuós</i>
<i>Forum (Del)</i>	<i>Santiago Russinyol</i>
<i>Gai</i>	<i>Sant Joan</i>
<i>Girona</i>	<i>Sant Llorenç</i>
<i>Granada</i>	<i>Sant Miguel</i>
<i>Guitarra</i>	<i>Sant Oleguer</i>
<i>Huya (D')</i>	<i>Sant Pau</i>
<i>Ixart (D')</i>	<i>Sant Pere i Estubès</i>
<i>Jacint Verdaguer (D'En)</i>	<i>Saragossa (De)</i>
<i>Joan Maragall (D'En)</i>	<i>Sedassos (Dels)</i>
<i>Llorer (Del)</i>	<i>Sol (Del)</i>
<i>Major</i>	<i>S. R. Penyafort</i>
<i>Mare de Deu de la Mercè</i>	<i>Talavera (D'En)</i>
<i>Marítim Rafael Casanova</i>	<i>Trinquet Nou</i>
<i>Mediona (D'En)</i>	<i>Trinquet Vell</i>
<i>Merceria (De La)</i>	<i>Ventallols</i>
<i>Mestre Benaiges</i>	<i>Vidre (Del)</i>
<i>Miracle (Del)</i>	<i>Villarroma (D'En)</i>
<i>Misser Nogués</i>	
<i>Misser Sitges</i>	