

Salut comunitària : una
avaluació d'impacte

Document de marc analític i metodologia

Barcelona, juliol de 2016

Projecte realitzat amb el suport RecerCaixa, un programa impulsat per l'Obra Social "la Caixa" amb la col·laboració de l'ACUP

recerCaixa
Avancem amb la ciència_

ACUP



Obra Social "la Caixa"

Per citar aquest document / To cite this document:

VV.AA. 2015, "Document de marc analític i metodologia", Barcelona: IGOP, ASPB, ICS.

L'**equip investigador** que impulsa el projecte està format per membres de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP) de la Universitat Autònoma de Barcelona, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), l'Institut Català la Salut (ICS) i el Pla de Desenvolupament Comunitari de Roquetes.

Investigadora principal:

- Raquel Gallego Calderón (IGOP-UAB).

Equip de recerca:

- Nicolás Barbieri Muttis (IGOP-UAB)
- Ernesto Morales Morales (IGOP-UAB)
- Carolina Muñoz-Mendoza (IGOP-UAB)
- Bernat Quintana Terés (IGOP-UAB)
- Marc Martí Costa (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO- Ecuador)
- Maribel Pasarín Rúa (ASPB)
- Maica Rodríguez Sanz (ASPB)
- María José López Medina (ASPB)
- Nuria Calzada Lombana (ASPB)
- Laia Palència (ASPB)
- Xavier Blancafort Sansó (ICS)

Comitè assessor i de seguiment:

- Felipe Herrera (PDC Roquetes)
- Glòria Muniente (EAP Roquetes-Canteres)
- Carles Valero Garcia (ICS)
- Montse Petit (ASPB)
- Carme Borrell i Thió (ASPB)
- Ana M. Novoa Pardo (ASPB)
- Andreu Segura i Benedicto (Generalitat de Catalunya)
- Oscar Rebollo (IGOP-UAB)
- Joan Subirats (IGOP-UAB)

Gestor:

- Nacho Ruiz Balmaseda (IGOP-UAB)

SUMARI

1. Introducció	4
2. Marc analític.....	4
2.1 Definicions.....	4
2.2 Dimensions per a l'anàlisi de l'acció comunitària en salut.....	6
2.3 Una proposta de tres models d'acció comunitària en salut.....	9
2.4 Hipòtesis sobre l'impacte de l'acció comunitària en salut.....	12
3. Metodologia general.....	15
3.1 Antecedents i selecció de barris d'estudi	15
3.2 Mètode i instruments de recollida d'informació	17
3.3 Protocol d'entrevistes	18
4. Referències bibliogràfiques.....	22

ÍNDEX TAULES

Taula 1. Models d'acció comunitària en salut	10
Taula 2. Hipòtesis de l'impacte de l'acció comunitària en salut	13
Taula 3. Criteris originals per a la selecció de barris.....	16
Taula 4. Criteris complementaris per a la selecció de barris (dades primer semestre 2014).....	16

1. Introducció

Aquest document es divideix en dos apartats. El primer presenta el marc analític que sustenta la fase d'estudis en profunditat de l'acció comunitària en salut. Aquesta fase ha permès analitzar el desenvolupament de l'acció comunitària en quatre barris de Barcelona: Roquetes, Zona Nord, Carmel i Poble Sec. Els resultats d'aquests estudis es poden consultar en els documents específics generats per a cada barri.

El segon apartat d'aquest document explica, en termes generals, la metodologia dels estudis en profunditat. Aquesta metodologia general s'ha construït en coherència amb l'apartat de marc analític i en col·laboració amb els membres del grup de recerca. Els detalls específics sobre la metodologia desenvolupada a cada barri es poden consultar en els mateixos informes generats per a cada barri.

2. Marc analític

2.1 Definicions

Comunitat, acció comunitària, salut comunitària... des de fa un cert temps escoltem i llegim cada vegada més sovint paraules com aquestes. Són conceptes que fan referència a la importància de la dimensió comunitària i el territori per a la salut. Però de què parlem quan fem servir aquestes paraules?

Les apel·lacions a l'acció comunitària com a pràctica socialment rellevant requereix un esforç de definició i rigor conceptual. En cas contrari, correm el risc de buidar de contingut alguns conceptes clau en aquest tipus de processos. Un d'aquests principals conceptes és el de comunitat. En el nostre cas partim de la definició de la Organització Mundial de la Salut (WHO 1998) però l'ajustem al context de la nostra recerca. Així, entenem comunitat com el conjunt d'agents que comparteixen un espai territorial de referència, sigui perquè resideixen o desenvolupen la seva activitat social o professional, i que estableixen relacions d'interdependència. Aquests actors es poden agrupar en: veïns i veïnes organitzats o no en entitats, professionals dels serveis públics i les organitzacions socials, i d'altres agents que poden desenvolupar la seva activitat econòmica al territori.

Per la seva banda, l'acció comunitària s'ha definit com un procés de dinamització de les relacions socials de cooperació entre membres d'una comunitat (barri, centre, edifici, etc.), un col·lectiu humà que comparteix un espai i una consciència de pertinença que genera processos de vinculació i suport mutu, i que activa voluntats de protagonisme en la millora de la seva pròpia realitat (Ajuntament de Barcelona, 2005). L'acció comunitària pot estar impulsada per administracions públiques i els seus serveis concrets (serveis socials, educació, sanitat, etc.) així com per la ciutadania amb activitat en el territori, sigui en forma d'associació o no. En qualsevol cas, l'objectiu és la millora del benestar social de les persones, afavorint que participin activament en les accions necessàries per aconseguir-ho. Implica la presa de consciència, participació i organització, en definitiva, l'apoderament de la ciutadania, impulsant accions més enllà del propi col·lectiu.

En concret, l'acció comunitària amb objectius de salut és promotora d'un canvi positiu per a la salut de la comunitat, basant-se en la necessària actuació de diferents agents i amb la participació de la mateixa comunitat (Fuentes et al., 2012). L'acció comunitària en l'àmbit de la salut té particularment en compte l'impacte de factors econòmics, socials, ambientals i laborals en les condicions de vida de les persones, i així en la seva salut. Implica una aproximació que va més enllà de la dimensió assistencial sanitària, emfatitzant la dimensió relacional de la salut i optimitzant les oportunitats. Aquesta perspectiva es basa en el concepte de salut comunitària, és a dir, la salut individual i de grups en una comunitat definida, determinada per la interacció de factors personals, familiars i de l'ambient socioeconòmic, cultural i físic (Gofin i Gofin, 2010). La salut comunitària contempla la concepció social de la salut i aplica un abordatge integral dels processos salut-malaltia, tenint en compte els nivells macro i microsocial i la participació de les comunitats, institucions i la resta de sectors en la presa de decisions (Restrepo, 2003)¹.

Ara bé, podem parlar de diferents maneres de fer acció comunitària en salut? Podem determinar dimensions que alhora ens permetin identificar i analitzar models d'acció comunitària en salut?

¹ Per a una discussió i definició dels conceptes claus de la nostra recerca veure el primer dels resultats del projecte ([Glossari Salut Comunitària Barcelona](#)).

2.2 Dimensions per a l'anàlisi de l'acció comunitària en salut

Com hem afirmat prèviament, l'acció comunitària en salut pot estar impulsada per administracions públiques així com per la ciutadania amb activitat en el territori, sigui en forma d'associació o no. En l'estudi de l'acció comunitària en salut podem aplicar el model d'anàlisi de les diferents dimensions d'una intervenció pública (Gomà i Subirats 1998). En primer lloc ens referim al per què de l'acció comunitària en salut (dimensió simbòlica), el problema públic i els valors i idees que estarien motivant la intervenció. En segon lloc, parlem del què, del contingut concret de l'acció comunitària en salut (dimensió substantiva). I finalment analitzem el com, la manera de gestionar i interactuar (dimensió de procés) entre els diferents agents quan es fa acció comunitària en salut. Com podrem veure, l'anàlisi d'aquestes dimensions ens portarà a construir diferents models d'acció comunitària en salut. Però abans definim en detall els aspectes que, segons el nostre parer, cal tenir en compte quan analitzem les tres dimensions de l'acció comunitària en salut.

a) Dimensió simbòlica

Es refereix a la **concepció** de la salut i el **paper** (legitimitat) que s'atribueix als diferents agents en la seva promoció. Un aspecte central en aquest sentit és el grau de reconeixement dels actius per a la salut dins de la comunitat.

b) Dimensió substantiva

D'una banda, aquesta dimensió fa referència a l'**agenda** de l'acció comunitària en salut, és a dir, la temàtica de les accions desenvolupades. Aquest aspecte està vinculat amb el tipus d'accions que duen a terme, que en termes generals poden ser de tres tipus:

- Accions informatives i de sensibilització general, a través de material de difusió i xerrades com a activitats puntuals.
- Activitats de caràcter preventiu, com per exemple gimnàstica per a gent gran en coordinació amb els centres de salut i les entitats, tallers de cuina saludable, etc.
- Prescripció social i generació de nous recursos comunitaris per a la salut.

D'altra banda, la dimensió substantiva també està relacionada amb els **recursos** que es dediquen a l'acció comunitària en salut. Identifiquem tres qüestions clau en aquests sentit:

-Tipus de recursos: monetaris, en espècies, en hores de personal sanitari o en hores de personal de dinamització comunitària. Exemples: recursos monetaris per al desenvolupament d'un taller o un diagnòstic en salut, hores de personal sanitari dedicat al desenvolupament d'accions preventives o hores de tècnics/ques de dinamització en el marc d'un pla de desenvolupament comunitari.

-Grau d'estabilitat i continuïtat d'aquests recursos al llarg del temps

-Especificitat i reconeixement de la dedicació professional a l'acció comunitària en salut.

c) Dimensió de procés

Podem operacionalitzar aquesta dimensió, que ens permet analitzar el **com** de l'acció comunitària, a través de set elements claus:

-**Origen i lideratge** de l'acció comunitària en salut. D'una banda, la intervenció pot estar impulsada per una administració o servei de l'àmbit sanitari, com per exemple en el marc dels Comitè Operatiu de Prevenció i Salut Comunitària (COPISC) o el programa Salut als barris². D'altra banda, l'acció comunitària en salut pot estar impulsada per un projecte comunitari, com ara els Plans de Desenvolupament Comunitari (PDC)³. Finalment, aquest tipus d'acció pot estar impulsada de manera compartida, o com a resultat de la sinèrgia de processos on trobem administració pública i organitzacions comunitàries.

-**Responsabilitats** en la dinamització/aplicació de la **metodologia** comunitària. D'una banda, ens podem trobar amb l'existència d'un equip comunitari amb un encàrrec de dinamització de manera estable, que genera sinèrgies i treballa conjuntament amb d'altres professionals per a assumir aquesta tasca. D'altra banda, la responsabilitat pot recaure en els serveis de salut, que alliberen determinades hores per assumir l'encàrrec de dinamització comunitària mentre dura el programa. Finalment, pot passar

² Per als detalls sobre aquests programes veure [Glossari Salut Comunitària Barcelona](#)

³ Ídem.

que cap agent tingui un encàrrec específic, de manera que la dinamització recau en els agents implicats en les activitats.

-Estructura organitzativa per a la **participació** comunitària en salut. Identifiquem tres possibilitats. La primera, l'existència d'una estructura "ad hoc" creada per a l'impuls de l'acció comunitària en salut i que aporta figures dinamitzadores clau per al seu desenvolupament, com per exemple les taules existents en el marc del Programa Salut als barris. Una segona possibilitat és l'existència d'una estructura territorial ampla, que combina la participació de serveis públics amb la participació veïnal i que disposa de figures dinamitzadores que fan possible el funcionament, com per les estructures dels PDC amb espais per treballar temes relacionats amb salut. Finalment, una tercera possibilitat és la inexistència d'una estructura organitzativa definida, de manera que les accions les desenvolupen directament els agents (per exemple, un EAP que treballa amb una escola o una entitat) amb una coordinació puntual.

-Diagnosi inicial sobre la salut en el territori. Entenem que aquest tipus de procés, clau en el com es desplega l'acció comunitària en salut, es pot desenvolupar de tres maneres. En primer lloc, a través d'una diagnosi participativa de salut, amb recursos específics i vinculada a l'estructura organitzativa per tal de generar accions posteriorment. La mateixa realització d'aquest tipus diagnosi genera relacions entre veïnat i serveis que ajudaran a generar col·laboració futura en el marc de l'acció comunitària. Per la seva banda, una segona possibilitat és la realització d'una diagnosi externa en salut, sense la participació en el seu impuls per part dels agents del territori, però fonamentada en el treball de camp qualitatiu i les dades quantitatives. Finalment, una tercera possibilitat es la inexistència d'una diagnosi sistematitzada, encara que es podria donar el fet de l'existència d'un espai de debat de prioritats, fonamentat en les percepcions o en les dades disponibles. En aquest cas no podem parlar de diagnosi però sí de reflexió que busca justificar l'acció a desenvolupar.

-El nivell de participació i implicació dels agents de la comunitat en l'acció comunitària en salut. Identifiquem tres possibles escenaris, sempre en relació als agents que existeixen en el territori. El primer, la participació de nombrosos agents en els grups d'impuls i organització de l'acció, més enllà del nucli central impulsor. El segon, un nombre mitjà d'agents implicats, principalment aquells que impulsen les accions més un nombre significatiu d'altres agents. Finalment, una participació més aviat baixa, concentrada en pocs agents del territori, gairebé tots impulsors.

-**Diversitat** en relació a la **participació** dels agents de la comunitat en els grups d'impuls i organització de l'acció comunitària en salut. Novament plantejem tres possibilitats. La primera, amb la presència dels tres tipus d'agents serveis públics, entitats i usuaris o veïnat no associat. La segona, amb la presència de dos dels actors (serveis públics i entitats) en similar número. I la tercera, amb la presència exclusiva o gairebé majoritària d'una tipologia d'agents.

-**Paper de la comunitat** o nivell de co-producció en l'acció comunitària en salut. Si tenim en compte el rol desenvolupat per la xarxa d'entitats, pel veïnat i pels serveis públics, ens podem trobar fins a tres possibles escenaris. En primer lloc, un escenari de co-producció alta, és a dir, serveis públics, entitats i veïns/es treballen conjuntament per definir estratègies i actuacions de manera compartida i els diferents agents assumeixen tasques per al seu desplegament. Un segon escenari és el de la co-producció mitja/baixa, on es defineixen estratègies i actuacions de manera compartida, però només un tipus d'agent assumeix la responsabilitat del desplegament. Finalment, un tercer escenari, que anomenem de col·laboració, en el qual l'agent sanitari defineix, dissenya i executa, mentre que les entitats faciliten els espais o l'accés a la població.

2.3 Una proposta de tres models d'acció comunitària en salut

A partir de la presentació de les característiques de les dimensions simbòlica, substantiva i de procés de l'acció comunitària en salut, ens proposem construir tres models d'aquest tipus d'intervenció. Com a categories ideals, aquests models no pretenen ni jutjar ni reduir la complexitat d'aquestes accions, sinó oferir orientacions per identificar-les, analitzar-les i caracteritzar-les. Presentem a continuació una taula amb la descripció dels tres models que proposem, de les tres maneres (totes vàlides) de fer acció comunitària en salut.

Taula 1. Models d'acció comunitària en salut

	Variables	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3
Dimensió simbòlica	Concepció de la salut	Concepció holística: tothom es un actiu protector de la salut	Concepció holística, Existeixen alguns actors de la comunitat que poden ser actius o protectors de la salut	Concepció holística, amb lideratge i acció dels serveis de salut ens podem apropar a la comunitat (individus i famílies)
Dimensió substantiva	Agenda i temàtiques abordades	Adreçades a potenciar activitats saludables, eradicar no saludables, i enfortir les relacions de la comunitats com a factor protector	Adreçades a potenciar activitats saludables, a més d'eradicar les no saludables	Adreçades a l'eradicació d'hàbits no saludables (alcohol, tabac, etc.)
	Tipus d'accions que es desenvolupen	Activitats de sensibilització, prevenció, tractament i reinserció/rehabilitació	Activitats preventives	Activitats informatives i de sensibilització en general
	Tipus, origen i volum de recursos	Recursos de tot tipus: econòmics, en espècies, personal sanitari i dinamitzadors/es comunitaris	Recursos en espècies de l'EAP més recursos de l'equip dinamitzador comunitari	Recursos supeditats a la feina que puguin desenvolupar o bé l'EAP o bé l'equip comunitari
	Sostenibilitat dels recursos en el temps	Sostinguts en el temps, més enllà del desenvolupament del programa de salut	Estables mentre es desenvolupa el programa	Intermitents, sense continuïtat
	Especificitat i reconeixement de la dedicació professional	Els serveis socials, sanitaris, educatius, etc. "alliberen" un volum significatiu d'hores per dedicar a l'acció comunitària en salut	Els serveis socials, sanitaris, educatius, etc. "alliberen" determinades hores per dedicar a l'acció comunitària en salut	O bé els els serveis socials, sanitaris, educatius, etc. "alliberen" poques hores per dedicar a l'acció comunitària en salut, o bé aquesta dedicació és voluntària i agregada a la càrrega regular
Dimensió processual -	Impuls/Lideratge de la	Compartit	Recurs/servei sanitari/social o entitat	Recurs/servei sanitari/social o entitat

	Variables	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3
operativa	Iniciativa		comunitària	comunitària
	Dinamització/ aplicació de la metodologia comunitària	Existeix un equip comunitari amb aquest encàrrec de dinamització de manera estable, que genera sinèrgies i treball conjunt amb d'altres professionals per a assumir aquesta tasca	Els serveis de salut alliberen algunes hores per dinamitzar aquest encàrrec. Dura el que dura el programa	Ningú té l'encàrrec específic. Recau en els agents implicats
	Estructura organitzativa	Territorial amplia que supera l'àmbit de la salut	"Ad hoc" per a l'A.C. en Salut	Inexistent (coordinació puntual)
	Diagnosi	Participativa	Externa	Percepcions no sistematitzades
	Nivells de participació i implicació	Alta (molts agents)	Mitja (participen els impulsor més un número acceptable d'altres agents)	Baixa (pocs agents del territori participen més enllà dels impulsors)
	Diversitat de la participació i implicació	Presència dels tres tipus d'agents (serveis públics, entitats, usuaris o veïns no associats)	Presència de dos dels tipus d'agents (serveis públics i entitats) en similar número	Presència exclusiva o gairebé majoritària d'un tipus d'agents
	Paper de la comunitat o nivell de co-producció en l'acció comunitària en salut	Co-producció alta: Es defineix conjuntament l'acció i s'assumeixen tasques per al seu desplegament per part de la diversitat d'actors.	Co-producció mitjà/baixa més col·laboració mitja o baixa	Col·laboració: només l'agent sanitari defineix, dissenya i executa, i les entitats li faciliten els espais o l'accés a la població

2.4 Hipòtesis sobre l'impacte de l'acció comunitària en salut

Si en els apartats anteriors hem definit i operacionalitzat diferents models d'acció comunitària en salut, en aquest cas volem donar un pas més en el marc analític. A partir de les mateixes dimensions i elements descrits prèviament, ens proposem formular hipòtesis inicials sobre l'impacte que pot generar l'acció comunitària en salut. Ens referim a l'impacte en dos sentits. D'una banda, en l'autonomia i empoderament de les comunitats i, d'altra banda, en els canvis en les estructures institucionals i organitzacions dels serveis sanitaris, socials, educatius, etc. Així doncs, identifiquem quatre hipòtesis, escenaris en què s'acaba potenciant més o menys els dos aspectes assenyalats prèviament:

- H1. Es potencien de forma significativa tant l'autonomia i empoderament de la comunitat com els canvis en les estructures institucionals i organitzacions dels serveis sanitaris, socials, educatius, etc.
- H2. Es potencien principalment els canvis en les estructures institucionals i organitzacions dels serveis sanitaris, socials, educatius, etc., i en menor grau l'autonomia i empoderament de la comunitat.
- H3. Es potencien principalment l'autonomia i empoderament de la comunitat i en menor grau els canvis en les estructures institucionals i organitzacions dels serveis sanitaris, socials, educatius, etc.
- H4. Es potencien de forma incipient l'autonomia i empoderament de la comunitat i els canvis en les estructures institucionals i organitzacions dels serveis sanitaris, socials, educatius, etc.

Així doncs, la taula 2 presenta aquestes hipòtesis i explica els escenaris que entenem que podem trobar en funció de les dimensions i elements claus de l'acció comunitària en salut.

Taula 2. Hipòtesis de l'impacte de l'acció comunitària en salut

		Autonomia / empoderament de les comunitats	
		+	-
Canvi institucional/organitzatiu	+	<p>H1</p> <p>Dimensió simbòlica (Per què?) Concepció de la comunitat amplia: serveis públics, poders públics i veïns/es són comunitat, es reconeixen i tenen la necessitat i voluntat de treballar plecats</p> <p>Dimensió substantiva (Què) -Agenda principal: prescripció sociosanitària de recursos comunitaris -Recursos diversos / sostinguts / reconeguts</p> <p>Dimensió operativa (Com): <u>Qualitat de la participació alta:</u> - Lideratge facilitador: compartit en l'acció i presa de decisions - Reconeixement i treball des del conflicte com a oportunitat - Quotidianitat i rutines de treball: reconeixement mutu, seguiment de tasques i objectius, operativa i acollidora relacionalment -Impuls compartit, actors nombrosos i diversos (en temàtica i tipologia) -Coproducció: diagnosi participativa, programació, implementació i avaluació conjunta</p>	<p>H2</p> <p>Dimensió simbòlica (Per què?) Concepció de la comunitat on la responsabilitat i l'expertesa recau en els serveis públics, que poden millorar la seva intervenció amb el suport del teixit del territori</p> <p>Dimensió substantiva (Què) -Agenda principal: activitats preventives/formatives -Recursos supeditats a la feina de les institucions sanitàries i reconeguts</p> <p>Dimensió operativa (Com): <u>Qualitat de la participació mitja:</u> -Lideratge tecnocràtic: busca resultats, obertura puntual a propostes ciutadanes - Treball des del consens (deixant al marge el conflicte) -Quotidianitat i rutines de treball: orientades a la tasca, cura puntual de la dimensió relacional -Impuls des del servei sanitari (estructura ad hoc), amb participació entitats/ciutadania (beneficiaris directes/indirectes) -Producció institucional: diagnosi externa, programació, implementació i avaluació majoritàriament tècnica</p>
	-	<p>H3</p> <p>Dimensió simbòlica (Per què?) Concepció en què la comunitat són els veïns/es, que han de liderar mentre les administracions i serveis qui donen suport</p> <p>Dimensió substantiva (Què) -Agenda principal: activitats diverses i combinades -Recursos supeditats a la tasca de l'equip comunitari i no reconeguts pel sistema sanitari</p> <p>Dimensió operativa (Com): <u>Qualitat de la participació mitja:</u> - Lideratge facilitador però que supedita la participació dels serveis públics a les accions organitzades per les entitats -Treball des del consens (deixant al marge el conflicte) - Quotidianitat i rutines de treball: poca operativitat, desenvolupament d'accés sense visió estratègica -Impuls entitat comunitària (estructura ad hoc), participació directa ciutadania i amb suport de l'administració -Producció ciutadana: diagnosi, programació, implementació i avaluació a càrrec d'entitats, suport de l'administració</p>	<p>H4</p> <p>Dimensió simbòlica (Per què?) Concepció difusa de comunitat i de l'A.C. Es treballa comunitàriament a proposta de la institució o l'administració, sense una reflexió precisa respecte a aquesta necessitat</p> <p>Dimensió substantiva (Què) -Agenda: activitats informatives i de sensibilització -Recursos puntuals, supeditats al programa i no reconeguts pel sistema sanitari</p> <p>Dimensió operativa (Com): <u>Qualitat de la participació baixa:</u> - Lideratge sense identificació o poc estable, orientat més cap al control que a la col·laboració -Negació del conflicte, es busca que participin els iguals a nosaltres per evitar-ho - Quotidianitat i rutines de treball: poca operativitat, desenvolupament d'accés sense visió estratègica, poca capacitat d'escolta, dificultats en definir objectius compartits -Projecte impulsat per un actor, viscut com a demanda des de dalt -Producció no sistematitzada</p>

Aquestes quatre hipòtesis, aquests quatre escenaris que plantegen l'impacte de l'acció comunitària en salut per a les comunitats i les estructures sanitàries es desenvolupen en contextos reals. Per tant, un element clau a tenir en compte és el punt de partida dels territoris on es desenvolupa acció comunitària en salut. Aquests territoris tenen unes característiques concretes que condicionen la possibilitat de desenvolupar acció comunitària en salut. Si ens centrem en l'objecte de la nostra recerca, aquestes característiques de partida les podem resumir en dos grans conceptes: les característiques del teixit social/comunitari i el grau de consolidació de les institucions públiques en cada territori. Com es pot observar en els estudis de cada barri, aquests han estat elements claus per entendre el desenvolupament de l'acció comunitària en salut.

3. Metodologia general

Presentat el marc analític general que hem fet servir per als estudis en profunditat dels barris, aquest apartat presenta la metodologia general d'aquesta tercera fase del projecte de recerca. Volem recordar que els detalls sobre la metodologia desenvolupada en l'estudi de cada barri (nombre d'entrevistes, documentació analitzada, etc.) es poden consultar en els mateixos informes específics.

3.1 Antecedents i selecció de barris d'estudi

La tercera fase del projecte de recerca que aquí presentem té com a antecedents dues fases prèvies. En la primera fase vam elaborar el [Glossari Salut Comunitària Barcelona](#) on vam identificar i definir els conceptes claus per a la nostra recerca. Per la seva banda, també en la primera etapa de la nostra recerca, vam construir un [índex i un mapa](#) del desenvolupament de l'acció comunitària en salut en els barris de Barcelona. Aquest treball va permetre conceptualitzar i definir de indicadors de l'acció comunitària en salut, en definitiva, operacionalitzar i mesurar el grau de desenvolupament d'aquest tipus d'intervenció en els barris de Barcelona amb un nivell de renda inferior a la mitjana. L'aplicació de l'índex ens va permetre identificar 4 categories de desenvolupament de l'acció comunitària en salut en els barris de Barcelona: intensa, mitja, emergent i sense acció comunitària específica en salut.

A continuació, la segona etapa del projecte ens va portar a analitzar l'evolució de diferents indicadors de salut en els barris de Barcelona objecte de la nostra recerca. Així doncs, es van comparar l'evolució de determinats indicadors dels barris amb intensa/mitja acció comunitària en salut amb els dels barris sense acció comunitària específica en aquest àmbit. Aquesta anàlisi ens va permetre avançar en la mesura de [l'impacte de l'acció comunitària en la salut de la població](#).

Arribats doncs a la tercera fase del projecte de recerca (estudis de profunditat de 4 barris) la metodologia va experimentar determinades modificacions en relació al projecte inicial. Els criteris per a la selecció dels 4 barris a estudiar en profunditat eren originalment de dos tipus:

- a) Barris amb alt desenvolupament d'acció comunitària en salut.

b) Barris amb millor i pitjor evolució dels indicadors de salut.

Taula 3. Criteris originals per a la selecció de barris

	Bona evolució dels indicadors de salut (a concretar segons resultats fase 2)	Pitjor evolució dels indicadors de salut (a concretar segons resultats fase 2)
Barris amb forta acció comunitària en salut i similar nivell de renda	1-2 barris	1-2 barris

Finalment, el criteri A ens va permetre permet acotar la selecció a 10 possibles casos: barris que en l'índex d'acció comunitària estan inclosos en les categories acció comunitària en salut intensa o mitja.

El criteri B depenia de la informació disponible en l'Enquesta de Salut Pública de Barcelona. Com que es va considerar que la representativitat de les dades a escala barri era insuficient, es va decidir no utilitzar-la com a criteri de selecció dels barris. Per tant, es va considerar que calia tenir en compte altres criteris complementaris per a la selecció definitiva dels barris. És per això que vam construir una taula on es presenten els 10 barris amb acció comunitària en salut intensa (A) o mitja (B) i determinats criteris a tenir en compte.

Taula 4. Criteris complementaris per a la selecció de barris (dades primer semestre 2014)

Barri	RFD (BCN=100)	EAP	Proveïdor	Salut als barris	Categoria Índex
Barceloneta	82,1	Barceloneta	NO ICS	SI	B
Raval	60,3	Raval Nord	ICS	SI	B
		Raval Sud			
Poble Sec	71,0	Hortes	NO ICS	SI	B
		Manso	ICS		
Carmel	54,4	Carmel	ICS	NO (2013)	B
Roquetes	50,4	Roquetes	ICS	SI	A

Barri	RFD (BCN=100)	EAP	Proveïdor	Salut als barris	Categoria Índex
Vallbona	41,7				
Ciutat Meridiana	43,2	Zona Nord	ICS	SI	B
Torre Baró	44,7				
Trinitat Nova	38,5	Xafarines	ICS	SI	B
Besòs-Maresme	53,0	Besòs	ICS	SI	B

Així doncs, a partir del debat i anàlisi en diverses reunions del grup de recerca es van i prioritzar 4 criteris:

- 1) Categoria A en l'índex: aquest criteri determina que **Roquetes** sigui un barri a analitzar en profunditat.
- 2) Diversitat de proveïdor sanitari: aquest criteri determina que **Poble Sec** (dos proveïdors, un dels quals no és ICS) sigui un barri a analitzar en profunditat.
- 3) Diversitat del programa Salut als Barris: aquest criteri determina que **Carmel** (Salut als Barris només a partir de 2014) sigui un barri a analitzar en profunditat.
- 4) Barris amb renda particularment baixa i teixit social debilitat: aquest criteri determina que **Zona Nord** (Vallbona-Ciutat Meridiana-Torre Baró) sigui una unitat de barri a analitzar en profunditat.

En definitiva, els quatre barris seleccionats per a l'estudi en profunditat van ser: Roquetes, Poble Sec, Carmel i Zona Nord.

3.2 Mètode i instruments de recollida d'informació

Tal i com hem avançat, el mètode utilitzat en aquesta tercera fase del projecte ha estat el d'estudi de cas, aplicant-ho en els quatre barris especificats.

El disseny del treball de camp i dels instruments de recollida d'informació s'ha fet en coherència amb l'apartat de marc analític, molt especialment per facilitar la relació amb les tres dimensions d'acció comunitària en salut definides prèviament (simbòlica,

substantiva i de procés). A més, aquest disseny metodològic s'ha fet conjuntament amb els membres del grup de recerca, i molt particularment amb aquelles persones implicades en el desplegament quotidià de l'acció comunitària en salut. Aquest procés de contrast, modificació i validació de les eines ha resultat molt útil per garantir no només el rigor metodològic sinó també l'adequació de la metodologia a la pràctica comunitària.

En definitiva, la informació recollida i analitzada inclou fonts primàries i secundàries com:

- Publicacions i informes sobre el context econòmic i social dels diferents barris.
- Documentació i informació generada pels programes d'acció comunitària en salut (memòries, actes, avaluacions pròpies, etc.).
- Observacions directes de reunions d'estructures comunitàries (taula de salut, etc.) i d'activitats en el territori.
- Entrevistes semiestructurades a informants clau, especialment als agents implicats en l'acció comunitària en salut (personal tècnic comunitari, professionals de la salut i els serveis socials, membres d'entitats, veïnat i persones usuàries dels programes).

3.3 Protocol d'entrevistes

A continuació presentem el protocol utilitzat per al desenvolupament de les entrevistes semiestructurades. Com es pot observar, el protocol compta amb:

- a) Bloc de preguntes comunes per a tots els agents implicats en l'acció comunitària en salut.
- b) Preguntes específiques per a professionals de l'àmbit sanitari i social.
- c) Preguntes específiques per a membres d'entitats.

BLOC DE PREGUNTES COMUNES

- 0) Detalls de la persona entrevistada: rol en el projecte, temps de participació, etc.

APROXIMACIÓ CONCEPTUAL

- 1) Com definiries en les teves paraules l'acció comunitària en salut? Quin paper creus que té la població en aquestes accions?

APROXIMACIÓ A L'ORIGEN DE L'EXPERIÈNCIA I OBJECTIUS I RECURSOS ACTUALS

- 2) Quin és l'origen de les accions comunitàries en salut: Quan? Per què (problemes que s'intenta abordar)? Amb quins objectius? Quins agents impulsen les accions en un primer moment?
- 3) Com va evolucionant tot això amb el pas del temps? Canvis?
- 4) *Pregunta per a persones amb un coneixement significatiu del cas:* Amb quins recursos compta l'acció comunitària en salut? Tipus (monetaris, espècies, personal contractat)? Qui aporta aquests recursos? Quin origen tenen aquests recursos? Estan vinculats específicament a les accions desenvolupades en salut o van més enllà?

EL VOSTRE PAPER DINS DE L'EXPERIÈNCIA, COM US ORGANITZEU, QUÈ FEU

- 5) Podries llistar el conjunt d'accions generals (no només en el vostre cas) que s'estan desenvolupant en el marc d'aquesta acció comunitària en salut? Tipus d'intervenció (sensibilització, prevenció, prescripció de nous recursos...)?
- 6) Específicament, vosaltres en quin tipus d'intervencions participeu? Per què aquestes?
- 7) Quin és el vostre paper en els projectes/accions comunitàries en salut? Quins tipus de recursos aporteu?
- 8) Existeix un encàrrec específic assumit per un equip/estructura de persones? Dins de l'equip comunitari, com us organitzeu? És un equip que es dedica específicament a la salut comunitària o també a altres coses?
- 9) Heu desenvolupat totes les següents fases (llegir taula)? Quins agents participen i quins lideren cada etapa?

ETAPES I ACTORS CLAU			
Diagnosi	Planificació i prioritització d'accions	Execució d'accions	Avaluació i seguiment

- 10) Com es prenen les decisions generals del projecte/accions comunitàries? Com es distribueixen les responsabilitats? Posar un exemple...

GESTIÓ DE LA PARTICIPACIÓ

- 11) Teniu mecanismes per gestionar/treballar la participació/relació entre els diferents agents?
- 12) Com es gestiona la informació (documents de referència, actes...) a nivell intern entre els diferents agents del projecte? I cap a fora, amb altres agents?
- 13) Compteu amb mecanismes de seguiment i d'avaluació (explicar)? Amb quines dificultats us heu trobat al llarg del temps (conflictes interns, externs...)? Quines solucions heu desenvolupat?

IMPACTE

- 14) Quines són les fortaleces del projectes/accions que desenvolupau?
- 15) Quin impacte ha tingut el vostre projecte en la qualitat de vida de les persones (sentit de pertànyer al territori, benestar i felicitat personal, etc.)? I en la relació entre agents del territori? Com mesureu tot això?
- 16) Consideres que els projecte d'acció comunitària en salut impliquen un canvi en la manera d'entendre la salut?

PREGUNTES ESPECÍFIQUES PER A ENTREVISTES A PROFESSIONALS DE L'ÀMBIT SANITARI I SOCIAL (MEDICINA, TREBALL SOCIAL, INFERMERIA I ADMINISTRACIÓ)

- 1) En el vostre centre, com està organitzada la dedicació professional a l'acció comunitària en salut (agendes reservades, hores alliberades, dedicació voluntària)? Quin pes real té la salut comunitària dins de la vostra feina? Qui determina aquest pes de dedicació? Consideres molt, poc, suficient, insuficient? Per què creus que es dona aquesta organització en el centre? Tens marge per decidir l'organització de la teva feina en salut comunitària?

- 2) Posa'm si us plau un exemple rellevant d'alguna acció/projecte en què participeu. Quins són els agents clau? Quines tasques assumeix cada agent? Com es distribueixen les responsabilitats? Qui lidera? Paper de la ciutadania?
- 3) Quines han estat les repercussions per al centre de salut? Canvis en l'organització i gestió interna del centre? Canvis en la relació amb altres agents de l'administració? Canvis en la relació entre professionals (metges, infermeria, treballadors socials...) i pacients? Canvis en la relació amb altres agents socials del territori?

PREGUNTES ESPECÍFIQUES PER A ENTREVISTES A MEMBRES D'ENTITATS

- 1) Posa'm si us plau un exemple rellevant d'alguna acció/projecte en què participeu. Quins són els agents clau? Quines tasques assumeix cada agent? Com es distribueixen les responsabilitats? Qui lidera?
- 2) Quines han estat les repercussions per a la vostra entitat? Canvis interns? Canvis en la relació amb agents de l'administració? Canvis en la relació amb altres agents socials del territori? Canvis amb les persones del barri?
- 3) Us considereu com a agents importants per a la salut de les persones?

4. Referències bibliogràfiques

Ajuntament de Barcelona (2005) Marc municipal per l'Acció Comunitària. Bases conceptuals i metodològiques. Ajuntament de Barcelona: Barcelona.

Fuertes C., Pasarín MI., Borrell C., Artazcoz L., Díez E. and the Group of Health in the Neighbourhoods (Calzada C, Cortés X, García L, Galofré E, Herrera F, Muniente G, Pérez G, Petit M, Núñez S, Ríos A, Rodríguez-Sanz M, Sotus N). (2012) "Feasibility of a community action model oriented to reduce inequalities in health." Health Policy, 107: 2-3, 289-295.

Gofin J, Gofin R. (2010) Essentials of global community health. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning.

Restrepo Vélez O. (2003) "Salut comunitària: ¿concepto, realidad, sueño o utopía?" Avances en Enfermería 21: 49-61.

WHO - World Health Organization (1998). Promotion of health. Glossary. Geneva: WHO.

Projecte realitzat amb el suport RecerCaixa, un programa impulsat per l'Obra Social "la Caixa" amb la col·laboració de l'ACUP

recerCaixa
Avancem amb la ciència_



Per citar aquest document / To cite this document:

L'**equip investigador** que impulsa el projecte està format per membres de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP) de la Universitat Autònoma de Barcelona, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), l'Institut Català la Salut (ICS) i el Pla de Desenvolupament Comunitari de Roquetes.

Investigadora principal:

- Raquel Gallego Calderón (IGOP-UAB).

Equip de recerca:

- Nicolás Barbieri Muttis (IGOP-UAB)
- Ernesto Morales Morales (IGOP-UAB)
- Carolina Muñoz-Mendoza
- Bernat Quintana Terés (IGOP-UAB)
- Marc Martí Costa (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO- Ecuador)
- Maribel Pasarín Rúa (ASPB)
- Maica Rodríguez Sanz (ASPB)
- María José López Medina (ASPB)
- Nuria Calzada Lombana (ASPB)
- Laia Palència (ASPB)
- Xavier Blancafort Sansó (ICS)

Comitè assessor i de seguiment:

- Felipe Herrera (PDC Roquetes)
- Glòria Muniente (EAP Roquetes-Canteres)
- Carles Valero Garcia (ICS)
- Montse Petit (ASPB)
- Carme Borrell i Thió (ASPB)
- Ana M. Novoa Pardo (ASPB)
- Andreu Segura i Benedicto (Generalitat de Catalunya)
- Oscar Rebollo (IGOP-UAB)
- Joan Subirats (IGOP-UAB)

Gestor: Nacho Ruiz Balmaseda (IGOP-UAB)