

Salut comunitària : una
avaluació d'impacte

Document d'aprenentatges del projecte

Barcelona, febrer de 2017

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. 2017, "Document d'aprenentatges del projecte", 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. Les preguntes de la recerca i les hipòtesis	4
3. Les respostes: desenvolupament i impactes	5
3.1 Mesurar el grau de desenvolupament de l'acció comunitària en salut	5
3.2 L'impacte de l'acció comunitària en salut sobre determinats indicadors	6
3.3 L'impacte més enllà dels indicadors: la manera de fer acció comunitària en salut.....	7
4. Limitacions, oportunitats i futures línies de recerca	9

1. Introducció

Aquest document presenta els principals aprenentatges derivats del projecte *Avaluació de l'impacte de l'acció comunitària en la salut de la població*. Es recuperen les principals preguntes d'aquesta recerca i s'ofereixen les respostes i conclusions a les que hem arribat. S'exposen també les limitacions que hem trobat al llarg de l'estudi, així com les noves preguntes que se'n deriven i les línies de recerca que s'obren a partir d'aquest punt. Cal tenir present que els detalls dels resultats del projecte per a les seves preguntes específiques i fases de la recerca es poden consultar en aquest [enllaç](#).

2. Les preguntes de la recerca i les hipòtesis

D'una banda, aquest projecte neix de la voluntat d'avançar en l'avaluació de l'acció comunitària en salut, particularment dels agents que treballen en aquest àmbit en el barri de Roquetes de Barcelona.

D'altra banda, el projecte neix davant preocupació per l'increment en les desigualtats en salut, que s'han accentuat amb els processos de crisi de la darrera dècada. En aquest marc, el punt de partida del projecte era doble: d'una banda, la recerca comparada aporta evidència àmplia i contrastada sobre la rellevància dels condicionants socials de la salut; d'altra banda, l'AC en salut pretén abordar aquests condicionants.

A partir d'aquí, el projecte de recerca es va plantejar avançar en la resposta a **dues preguntes generals** en relació a l'avaluació de l'acció comunitària (AC) en l'àmbit de la salut:

1. L'existència d'acció comunitària orientada a millorar la salut de la població s'associa a una millor evolució dels indicadors de salut?
2. Quins han estat els factors clau del procés de desplegament de l'AC que ens permeten entendre el seu major o menor impacte?

Com a objecte d'estudi es van seleccionar els 49 barris de la ciutat de Barcelona amb una renda disponible igual o menor al 90% de la mitjana. Partint de l'interès del

projecte per les desigualtats en salut, dos motius avalen aquesta selecció: l'evidència comparada de la forta correlació entre nivell de renda i indicadors de salut, i el fet que la gran majoria d'experiència en AC en salut a Barcelona es troben en aquests barris. Així, les preguntes generals es van concretar en **tres interrogants**:

1. Com s'ha desenvolupat l'AC en salut en la ciutat de Barcelona?
2. Quin impacte té l'AC en la salut de les persones d'aquests 49 barris de Barcelona?
3. És important la manera en què es fa AC en salut en aquests barris de Barcelona, per tal d'entendre el seu impacte?

Pel que fa a les **hipòtesis**, el projecte es va plantejar dues idees centrals que van orientar la recerca:

1. En aquells barris on hi ha hagut processos sostinguts d'AC en salut hi ha hagut una millor evolució dels indicadors de salut de la població.
2. Hi ha una sèrie de factors que faciliten i altres que dificulten el desenvolupament de l'acció comunitària per a la millora de la salut.

3. Les respostes: desenvolupament i impactes

En aquest apartat presentem de forma sintètica el coneixement que hem estat capaços de generar per donar resposta a les preguntes de recerca i contrastar les hipòtesis. Cal recordar que el marc teòric, la metodologia i els resultats específics de cadascuna de les fases de la recerca es poden trobar en aquest [enllaç](#).

3.1 Mesurar el grau de desenvolupament de l'acció comunitària en salut

Un dels primers reptes del projecte va ser determinar com es podia mesurar el grau de desenvolupament de l'AC en salut. Per això vam crear un [glossari](#) i un [índex](#) de l'AC en salut, que permetés operacionalitzar aquest concepte a través d'un conjunt d'indicadors. **Aquests indicadors es poden resumir en 4 grans factors** que condicionen el desenvolupament de l'AC en salut:

- a) **Tipus de projectes i accions** de salut comunitària, tenint especialment en compte el paper de la ciutadania i el grau d'incorporació de l'AC en els equips dels serveis públics. Especialment rellevant és diferenciar entre accions de prevenció/promoció de la salut que no comporten la col·laboració directa de la ciutadania en la seva definició i implementació i aquelles que sí ho fan.
- b) **Tipus d'estructures participatives** estables per a l'impuls de l'AC en salut (com per exemple plans comunitaris, etc), tenint especialment en compte el temps de desenvolupament.
- c) **Tipus d'agents dinamitzadors** de l'AC en salut, tenint especialment en compte la presència d'equips específics.
- d) **Presència de polítiques urbanes en l'àmbit de la salut**, que incorporen la perspectiva de salut comunitària, especialment el programa Salut als Barris.

L'aplicació d'aquest índex a 49 barris de Barcelona (amb una renda igual o inferior al 90% de la mitjana) ens va permetre respondre fins a quin punt l'AC en salut s'havia desplegat de forma homogènia a la ciutat. Els **principals resultats** són:

- **L'AC en salut s'ha desplegat de forma extensiva** als 49 barris seleccionats, encara que també amb importants **diferències** entre els barris.
- **En aquest sentit, s'identifiquen quatre nivells de desenvolupament de l'AC en salut.** Un primer nivell, en què l'AC en salut s'ha desenvolupat de forma **intensa**. Un segon nivell, en què la intensitat de desenvolupament de l'AC en salut ha estat **mitja**. Un tercer nivell, en què l'AC en salut és **emergent**, i té encara un important potencial de creixement. Finalment, un quart nivell, en què l'AC específica en l'àmbit de la salut **no s'ha desenvolupat**. Els barris que componen cadascuna d'aquestes àrees es poden consultar en el [mapa](#) creat per la nostra recerca.

3.2 L'impacte de l'acció comunitària en salut sobre determinats indicadors

El segon gran repte del projecte era mesurar l'**impacte de l'AC en salut** sobre la població, analitzant **indicadors clau** de la salut d'aquesta població. L'índex d'AC en

salut presentat prèviament va servir per analitzar l'Enquesta de Salut de Barcelona dels anys 2001 i 2011 i veure si l'evolució de diferents indicadors de salut era diferent segons les persones visquessin en barris amb desenvolupament elevat de l'AC en salut o no.

Cal dir que ens vam trobar amb importants limitacions pel que fa al tipus d'informació disponible (veure apartat específic més endavant), però tot i així vam poder analitzar si els esforços per desenvolupar AC en salut estan aconseguint certs impactes. **Els resultats principals són:**

- **En els barris amb forta AC en salut**, específicament en les dones, es detecta **una millora de la salut autopercebuda més gran** que en els barris sense AC en salut. Així doncs, l'any 2011 no s'observen les diferències que s'observaven l'any 2001 entre tots dos grups de barris.
- **El consum de drogues il·legals** alguna vegada a la vida, específicament en els homes, sembla haver **disminuït més en els barris amb forta AC en salut** que no pas en els barris sense AC específica en salut.
- Altres resultats també apunten a que **l'ACS podria ser un element afavoridor de la reducció de les desigualtats socials en salut**.

Per conèixer més detalls sobre aquests resultats podeu consultar [aquest document](#).

3.3 L'impacte més enllà dels indicadors: la manera de fer acció comunitària en salut

El tercer repte del projecte era entendre si la manera en què es fa AC en salut, la forma en què es dissenya i es desplega, podia condicionar el seu impacte. Cal dir que en aquesta fase de la recerca també ens vam trobar amb dificultats pel que fa a la informació disponible sobre els indicadors de salut a escala de barri (veure apartat específic més endavant). Tot i així, es van desenvolupar **4 estudis en profunditat** en els barris de Roquetes, Poble Sec, Carmel i Zona Nord. Els resultats d'aquests estudis, així com la comparació de resultats, ens ha permès generar **coneixement sobre l'impacte de l'AC en salut**:

- No podem concloure que la manera en què es fa AC en salut, tant pel que fa a la concepció de la salut com a la forma i contingut concret de les intervencions desplegades, condiciona una millor o pitjor evolució dels indicadors de salut de la

població. Tanmateix, sí que tenim **evidència que l'AC en salut influeix en els determinants socials de la salut.**

- Ara bé, **no totes les maneres de fer AC en salut incideixen en el mateix grau** sobre els determinants socials de la salut. En alguns territoris, el discurs sobre els determinants i les desigualtats socials en salut és incipient. A més, no tots els territoris incorporen mesures específiques d'aquest tipus en les seves agendes d'intervenció.
- L'AC en salut compta amb **espais específics per a la seva dinamització**, en ocasions integrats en **estructures territorials més àmplies**. En aquests espais trobem sobretot **professionals dels serveis públics i entitats**, que dediquen hores específiques, en ocasions remunerades i en d'altres **voluntàries**. Un repte general és la incorporació de **veïnat no associat** a entitats a les estructures d'impuls de l'AC en salut.
- L'AC en salut aconsegueix identificar i treballar per donar resposta a **necessitats del conjunt de la població** d'un territori. Tot i així, el repte és continuar desenvolupant mecanismes per **identificar necessitats del veïnat no implicat** directament en l'AC en salut. L'actualització sistemàtica dels diagnòstics comunitaris requereix d'una comunitat cohesionada que pugui advertir necessitats emergents no detectades prèviament.
- De forma puntual, altres reptes que presenta l'AC en salut són: avançar en la incorporació d'**instruments de planificació i avaluació**, equilibrar la **distribució de tasques** entre els agents implicats i continuar gestionant **l'equilibri entre lògiques tècniques i veïnals**.
- Tots aquests elements identificats prèviament estan condicionats per les **característiques de l'entorn o context** on es desenvolupa l'AC en salut. **El tipus de comunitat** que hi trobem és un element que **determina la manera en què es fa AC en salut**. En determinats territoris, la comunitat és activa i cohesionada, però en d'altres ens trobem amb una comunitat debilitada o pràcticament inexistent en l'AC en salut. A més, les comunitats no són permanents ni estables, sinó diverses i canviants. Així doncs, l'estratègia d'AC en salut (i particularment el rol dels serveis públics) serà més o menys adequada segons aquest tipus de factors. **Reconèixer aquests condicionants, i conèixer l'entorn d'intervenció**, són elements claus.

- Finalment, l'AC en salut té **impacte sobre dos dimensions** específiques: d'una banda, la **promoció de l'autonomia de les comunitats** i, d'altra banda, la **promoció dels canvis en les estructures institucionals** dels serveis sanitaris, socials, educatius, etc. Els diferents barris analitzats ens permeten parlar de 4 tipus d'impactes, resumits en aquest quadre:

		Autonomia/implicació de les comunitats	
		+	-
Canvi en institucions / organitzacions (sanitat, educació, serveis socials...)	+	<i>CANVI ESTRUCTURAL</i>	<i>CANVI ORGANITZACIONAL</i>
	-	<i>CANVI RELACIONAL</i>	<i>CANVI INCIPIENT</i>

Font: elaboració pròpia

Per conèixer en detall els resultats dels estudis de cada barri, podeu consultar els [documents específics](#). També teniu disponible un document de [síntesi comparativa](#).

4. Limitacions, oportunitats i futures línies de recerca

Al llarg d'aquesta recerca ens hem trobat amb limitacions tant pel que fa a les dades disponibles com en l'elaboració de les respostes a les preguntes originalment plantejades. Aquestes limitacions també ens han permès identificar línies de recerca i recomanacions de polítiques públiques que considerem de rellevància.

En primer lloc, ens referim al **tipus d'informació disponible**. D'una banda, l'Enquesta de Salut pública de Barcelona ens ha resultat de gran utilitat, però hem detectat que la **mostra no és suficient** per analitzar indicadors de la població **a escala d'un barri** determinat. Tampoc el tipus d'informació disponible permet tenir un **indicador prou sensible i específic** per captar canvis i poder-los atribuir a un dels molts determinants

de la salut. Hem intentat resoldre aquestes qüestions treballant amb agrupacions de barris i utilitzant els indicadors disponibles més clarament vinculats a l'AC en salut.

Per la seva banda, vam intentar recopilar informació generada pels centres d'atenció primària, dades vinculades a les àrees bàsiques de salut, però també ens vam trobar amb dificultats metodològiques.

Tot això fa evident que la **informació disponible està condicionada per un biaix sanitari**, prioritzant els indicadors vinculats a l'àmbit de la malaltia i molt menys al de la salut (comunitària). Aquesta **reducció del camp de la salut al de la sanitat** no es limita només a la generació d'informació. També ho hem comprovat en determinades **interpretacions que es fan de la salut comunitària**. Sens dubte el **sector sanitari** pot resultar un motor de l'AC en salut (i de fet ho és en alguns territoris), però entenem que no hauria de ser **ni l'únic agent (ni tampoc el principal)** que impulsi aquestes iniciatives. La mateixa concepció tant de l'acció comunitària com de la salut ens indiquen la contradicció que suposaria que el sector sanitari sigui el líder de l'AC en salut. Això no implica la manca de **reconeixement de la importància del sector sanitari**, ni tampoc la compartimentació estricta entre salut i malaltia. Sinó més aviat el que evidencia és la necessitat de continuar **avançant en la intersectorialitat i la transversalitat** quan es fa AC en salut.

Com a conseqüència d'aquests elements, també es fa evident la necessitat de produir de manera sistemàtica informació i **indicadors que responguin a la lògica intersectorial i transversal de l'AC en salut**. Parlem d'indicadors que anomenem "intermedis", com ara el desenvolupem de xarxes o el capital social de les persones i col·lectius, la col·laboració entre agents de diferents sectors, o aspectes vinculats a l'ambient físic/urbà. Sempre tenint en compte les possibles desigualtats que es generen en aquest sentit.

Relacionat amb els aspectes de disponibilitat d'informació, cal esmentar que la selecció dels barris a estudiar en profunditat també va presentar dificultats. Els criteris per a la selecció dels 4 barris a estudiar en profunditat eren originalment de dos tipus: grau de desenvolupament d'AC en salut i millor o pitjor evolució dels indicadors de salut. Com que es va considerar que la **representativitat de les dades a escala barri era insuficient**, es va decidir no utilitzar el segon criteri per a la selecció dels barris a estudiar en profunditat. Així doncs, es va considerar que calia tenir en compte altres criteris complementaris per a la selecció definitiva dels territoris (veure [document específic](#) per als detalls).

Per últim, cal recordar que la nostra recerca està centrada en **l'estudi dels barris de baix nivell socioeconòmic**, en concret barris amb Renda Familiar Disponible inferior a 90% (indicador elaborat per l'Ajuntament de Barcelona). Aquesta decisió està basada en que la recerca en salut pública ha corroborat àmpliament l'evidència d'una forta relació entre el nivell de renda i la salut, mostrant que les persones amb menors ingressos tenen pitjors resultats en múltiples indicadors de salut. També, perquè entenem que les accions de salut comunitària tenen un impacte positiu en la salut de la població en àmbits no abordables des de l'atenció sanitària individual. **La comunitat resulta en aquests casos un actiu en salut.** Finalment, perquè les accions de salut comunitària s'han desplegat principalment en barris de nivell socioeconòmic baix i són pràcticament inexistentes en els barris benestants. Tot i així, no descartem que en aquells **barris on la renda suposa evidentment un recurs** (també de salut) es puguin detectar expressions de problemes abordables des de la perspectiva de la salut comunitària.

Uns dels aprenentatges més sòlids extret d'aquest estudi és que no es pot definir una única forma o model de fer AC en salut com recepta aplicable a qualsevol cas o context. Ans al contrari: la forma més adequada de fer AC en salut, és a dir, la que comportarà un impacte més positiu en la salut de la població, dependrà de les característiques de cada cas, de cada context (trajectòria, recursos, agents, relacions de xarxa, limitacions i potencialitats en cada moment...). Com mostra l'estudi, hi ha diversos factors que seran rellevants per a definir la forma d'AC més adient en cada cas (generació i elaboració de discurs, definició i selecció del contingut de les actuacions de l'AC, disseny i posada en marxa de les actuacions, implicació en cada moment dels diferents agents, etc.), i aquest marc de reflexió i actuació sí és una eina transversal útil i aplicable a tots els casos.

No volem acabar sense fer referència al **caràcter interdisciplinari i obert a la col·laboració entre agents diversos que ha suposat aquest projecte de recerca.** Des del propi disseny, el projecte s'ha desenvolupat per un equip integrat per persones dedicades a la investigació, però també en el desplegament quotidià de l'AC en salut. Aquest equip ha treballat conjuntament en el contrast, modificació i validació de les eines metodològiques, en la discussió i interpretació dels resultats, i finalment en la comunicació d'aquests resultats. Aquest procés ha resultat molt útil per garantir no només el rigor metodològic i analític sinó també l'adequació i coherència amb la pràctica comunitària.

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"

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)