

# Salut als Barris en Barcelona, una intervenció comunitària para reducir las desigualdades sociales en salud



PUBLICADO EN

REVISTA  
Comunidad

SECCIÓN  
Originales

NÚMERO  
Diciembre 2012

Elia Díez David. Agència de Salut Pública de Barcelona

Maribel Pasarín Rúa. Agència de Salut Pública de Barcelona

Ferran Daban Aguilar. Agència de Salut Pública de Barcelona

Núria Calzada Lombana. Agència de Salut Pública de Barcelona

Carmen Fuertes Martínez. Agència de Salut Pública de Barcelona

Lucía Artazcoz Lazcano. Agència de Salut Pública de Barcelona

Carne Borrell Thió. Agència de Salut Pública de Barcelona

## Resumen

### Introducción

La Ley de Barrios (LdB) de Cataluña (2004) financia planes de rehabilitación urbana en barrios frágiles. El programa Salut als Barris (SaB) (2005) pretende reducir en ellos las desigualdades sociales en salud mediante acción comunitaria.

### Objetivos

Se describe la experiencia, logros, aprendizajes y retos de SaB en Barcelona.

### Métodos

En Barcelona se desarrollan 12 proyectos LdB. En siete de ellos, la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), los Distritos Municipales y el Consorcio Sanitario implementan SaB. Se contemplan procesos de intersectorialidad, par-

ticipación, sostenibilidad, evidencia y evaluación en fases: a) establecimiento de alianzas políticas y grupo motor; b) conocimiento comunitario; c) priorización; d) plan de intervención basado en la evidencia y sostenibilidad; e) evaluación de procesos, satisfacción y percepción de salud, y f) mantenimiento.

### Resultados

En estos barrios se han establecido acuerdos políticos y grupos motores, y priorizado necesidades y activos. Se han desarrollado intervenciones que facilitan la actividad física, las relaciones sociales, el ocio saludable, la alfabetización en salud y la salud sexual. Se alcanza al 5-25% de las poblaciones diana. Los resultados en salud autopercebida y satisfacción de usuarios y agentes son favorables.

## Discusión

SaB promueve el intercambio de conocimientos, confianza, metodología y objetivos entre sectores y territorios municipales, y avanza la salud en todas las políticas y la equidad en el Ayuntamiento. Aunque el impacto poblacional es bajo, ya que actúa sobre determinantes intermedios, es probable que se hayan conseguido resultados en salud que se deberán estudiar a largo plazo.

### Palabras clave

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, ACCIÓN COMUNITARIA, DESIGUALDADES EN SALUD.

## Introducción

Las desigualdades sociales en salud reflejan diferencias en ingresos, riqueza y oportunidades debidas a la estructura social. Se relacionan con la clase social, el género, la raza, la procedencia, la discapacidad o la orientación sexual. Una diferencia en la salud de causa social e injusta es una inequidad en salud<sup>1</sup>.

Las desigualdades son una realidad urbana<sup>2</sup>. En todas las ciudades hay problemas de urbanización, equipamientos y accesibilidad, acompañados de paro, bajo nivel de renta y educación, y concentración de población necesitada.

Las medidas para reducir las desigualdades a nivel local empiezan a estar claras<sup>3</sup>. Se requiere gobernanza y acciones sobre determinantes del entorno, como el transporte, la movilidad, la planificación urbana, el medio ambiente o la seguridad, y sobre los determinantes socioeconómicos, como el empleo o las prestaciones sociales<sup>4</sup>.

En 2004 se aprobó en Cataluña la Ley de Barrios (LdB) para mejorar las condiciones de vida en los territorios más frágiles<sup>5</sup>. Se acordó una convocatoria anual de proyectos de regeneración de barrios desfavorecidos, que, debido a la crisis, no se convocó en 2011. Los criterios de selección contemplan la regresión urbanística, los déficits

de equipamientos y transporte, y la concentración de inmigración, paro, población con pensiones asistenciales o en riesgo de exclusión. La Generalitat y el Ayuntamiento financian entre 15 y 20 millones de euros en 4 años. Se han aprobado 141 proyectos.

En 2005, el Departamento de Salud catalán desarrolló el programa Salut als Barris (SaB) para mejorar la salud de los residentes en los barrios beneficiados por la LdB y reducir, mediante la acción comunitaria, las desigualdades sociales en salud. Para operativizarlo, encargó a la Universidad de Barcelona un diagnóstico cualitativo en cada barrio beneficiario<sup>6</sup>.

Desde la década de 1980 existe en Barcelona cierta tradición de estudio y acciones contra las desigualdades en salud<sup>7-9</sup>. Con este bagaje, se acordó que la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) llevara a cabo, con recursos propios, un diagnóstico cualitativo y cuantitativo, y profundizara en el desarrollo y la evaluación de las intervenciones. El proyecto recibió una beca FIS del Ministerio de Ciencia e Innovación (MD 07/285) con el objetivo de sistematizar y evaluar la metodología.

Desde entonces, Salut als Barris en Barcelona (SaBB) constituye una oportunidad de establecer y evaluar un modelo de acción contra las desigualdades en salud en barrios desfavorecidos. En este espacio compartimos el aprendizaje y el reto, los resultados, los aspectos que hay que mejorar y las fortalezas del proyecto.

## Métodos

Los 12 proyectos de LdB en Barcelona agrupan a veces dos o tres barrios: Roquetes, Santa Caterina-Sant Pere, Poble-Sec, Torre Baró-Ciutat Meridiana, Trinitat Vella, El Coll, la Bordeta, Barceloneta, Maresme-Besòs, Bon Pastor-Baró de Viver, Raval Sud y La Vinya-Can Clos-Plus Ultra. Todos ellos forman parte del conjunto de zonas desfavorecidas, según un índice de privación. SaBB se ha desarrollado progresivamente en siete de ellos: Poble-Sec, Roquetes, Ciutat Meridiana-Torre Baró-Vallbona, Santa Caterina-Sant Pere-La Ribera, Bon Pastor-Baró de Viver, Barceloneta y Raval. En dos casos se ha añadido un barrio contiguo por razones éticas (Vallbona y La Ribera).

En la ASPB se formó un grupo técnico-directivo que dirige SaB y propone, junto con la dirección municipal de proyectos de rehabilitación,

la sucesiva implantación del proyecto en los barrios, según la necesidad y la viabilidad.

La metodología SaBB se basa en la Atención Primaria orientada a la comunidad<sup>10</sup>, y el desarrollo de intervenciones, en el modelo Intervention Mapping<sup>11</sup>. Comprende las fases siguientes:

### Alianzas políticas y grupo motor

En primer lugar, se promueve que la Concejalía de Salud, la Concejalía del Distrito Municipal correspondiente y la gerencia del Consorci Sanitari de Barcelona acuerden llevar a cabo colaborativamente SaBB en un barrio.

Tras el acuerdo, se ofrece la participación en un grupo motor local a los agentes comunitarios que puedan facilitar, promover u obstruir intervenciones para reducir las desigualdades en salud. Se intenta que incluya representación de: ASPB, centro/s de Atención Primaria de Salud y de Servicios Sociales, Plan/es de Desarrollo Comunitario, Consorci Sanitari de Barcelona, enfermería comunitaria, técnico o técnica de barrio y, a menudo, farmacias, escuelas, servicios de inserción laboral, entidades y vecinos. El técnico de salud pública organiza las reuniones y vela por su mantenimiento. El grupo motor se incluye en algún grupo comunitario preexistente, y cuando esto no es posible, se establece *ex novo*. En el grupo se prima el componente técnico para hacerlo eficiente. La participación vecinal está en manos de los planes comunitarios, representados en el grupo motor.

### Conocimiento comunitario

Se utilizan métodos cualitativos y cuantitativos en paralelo<sup>11</sup>.

#### Estudio cuantitativo

La ASPB analiza la información disponible sobre la población residente en cada barrio. Si esto no es posible, se utiliza la información del distrito o la de la ciudad. Se recogen indicadores por edad y sexo: a) sociodemográficos; b) salud sexual y reproductiva: fecundidad y abortos; c) morbilidad: tuberculosis, sida-virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades de declaración obligatoria (EDO); d) mortalidad global y por las principales causas de muerte; e) accidentes de tráfico; f) accidentes laborales; g) consumo de drogas; h) uso de servicios sanitarios. Se exploran las diferencias entre barrios, distritos y en la ciudad.

## Estudio cualitativo

Pretende conocer la percepción que los agentes, entidades y ciudadanía tienen de su realidad. Además de información, estos contactos facilitan la respuesta conjunta a las necesidades.

Se utilizan técnicas adaptadas a la disponibilidad de personas y grupos: a) entrevistas a informantes clave, residentes o trabajadores; b) grupos nominales (uno con profesionales sanitarios, otro socioeducativo y otro de entidades), y c) grupos de discusión con residentes, a veces por edad y sexo.

Las entrevistas informan sobre los problemas de salud, las fortalezas, activos y debilidades del barrio. Se analizan, identifican y agrupan temas, y se elaboran listas de los problemas percibidos por cada grupo.

## Priorización de problemas e intervenciones

La información anterior se lleva a una jornada abierta de priorización comunitaria que se difunde al máximo. Los vecinos y agentes asistentes, tras una reflexión personal, votan a mano alzada los temas que desean priorizar, hasta un máximo de dos tercios del total<sup>12</sup>.

La lista priorizada se trabaja a fondo con el grupo motor. Sobre los principales aspectos, la ASPB revisa la efectividad de intervenciones comunitarias en la bibliografía. Al mismo tiempo, el grupo motor recoge lo que se está haciendo sobre el tema en el barrio. Se suceden reuniones y se madura una lista de intervenciones que implementar en base a la evidencia, los recursos disponibles y la sostenibilidad tras la fase intensiva.

## Plan de intervenciones

Una vez priorizadas las acciones, el grupo motor establece unas líneas de acción, ya que se pueden llevar a cabo varias intervenciones para un objetivo, y, a la inversa, una intervención puede contribuir a diferentes objetivos. Se ponen en marcha grupos de trabajo para cada línea de acción, que supervisan y a menudo implementan los proyectos.

Las intervenciones que se hacen son preferiblemente intervenciones existentes en el barrio o en la ciudad, basadas en evidencia científica, que se pueden adaptar o reforzar. En ausencia de experiencias previas, el grupo de trabajo desarrolla intervenciones nuevas que se evalúan con un

diseño pre-post sin grupo control y se desarrollan según la metodología Intervention Mapping: a) objetivos en función del análisis de los problemas de salud y de sus causas; b) métodos basados en modelos teóricos y estrategias para cambiar los determinantes del entorno y conductuales; c) producción de materiales y componentes de las intervenciones; d) planificación de la adopción, la implantación y la sostenibilidad de las intervenciones, y e) diseño simultáneo de un plan de evaluación de proceso y de efectos.

Cada proyecto se describe en un formato estandarizado con antecedentes, objetivos, actividades, evaluación, recursos y bibliografía. Los materiales siguen los principios de la alfabetización en salud<sup>13</sup> y se pretestan<sup>14</sup>.

## Evaluación

El plan evaluativo está presente continuamente. Comprende la evaluación de la implantación del plan y la de cada intervención. Se aplica un conjunto básico de indicadores que se puede completar en cada barrio.

### Evaluación de la implantación de Salut als Barris en Barcelona

Incluye:

- Implantación y cronograma de las fases de SaBB.
- Satisfacción del grupo motor sobre los procesos y resultados mediante un cuestionario autoadministrado anónimo.

### Evaluación de cada intervención

Se evalúa la estructura, el proceso y los resultados en salud mediante registros o entrevistas con cuestionarios presenciales o telefónicos:

- Recursos económicos, humanos y de equipamiento (estructura).
- Calidad de la intervención en función de si se basa en bibliografía, aborda un problema priorizado y si se ha pilotado (proceso).
- Actividades de comunicación (proceso).
- Actividades realizadas, número de participantes y características (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y país de nacimiento) respecto a la previsión (proceso).

- Satisfacció de participants i del voluntariat (procés).
- Sostenibilitat de la intervenció (resultats).
- Canvis en salut o determinants en els participants (resultats).

Se elabora un document evaluatiu estandaritzat després del primer any d'intervenció.

### Manteniment

Tras la fase intensiva, de unos 3 años, se mantiene el grupo de trabajo en salud, generalmente incluido en el plan comunitario. La enfermera comunitaria se encarga del enlace con la ASPB. El técnico o técnica de salud pública se retira e inicia la fase intensiva en otro barrio.

**Tabla 1. Problemas de salud priorizados en la jornada participativa de Salut als Barris en Zona Nord**

Problemas de salud	Votos
Soledad y aislamiento en personas mayores	43
Alcohol y drogas ilegales en jóvenes y adultos	39
Embarazo adolescente	33
Dificultades de comunicació entre població autòctona e immigrada	33
Falta de seguridad y vandalismo	33
Falta de espacios para jóvenes y mayores	33
Higiene ambiental, barrio muy sucio	31
Violencia de género en adolescentes y adultos	24
Salud mental en adolescentes y adultos	21
Obesidad infantil y en adultos	16

**Figura 1.** Programa Activa't. Salut als Barris (2011)



## Resultados

Desde 2008 se han llevado a cabo siete proyectos SaBB que se encuentran en diferentes fases de implementación. Se describe la experiencia global y un ejemplo de cada fase en diferentes barrios.

### Alianzas políticas y grupo motor

En todos los barrios se ha establecido un acuerdo político. En los dos primeros, el acuerdo tardó más de 3 meses en producirse. En el resto, los tiempos se han reducido progresivamente.

En todos los barrios se ha establecido un grupo motor, excepto en un caso en que no ha sido posible por diferencias en liderazgos y disensiones entre entidades comunitarias, lo que al final ha limitado las acciones. La mayor parte de veces el grupo se ha inscrito en grupos comunitarios preexistentes. La composición suele ser rica. La generación de confianza entre los miembros y la llegada a la «velocidad de crucero» requieren alrededor de 1 año.

### Conocimiento comunitario

En todos los barrios se ha llevado a cabo el diagnóstico comunitario. El diagnóstico cuantitativo lo ha hecho el servicio de información sanitaria de la ASPB, que ha dedicado 1 mes a su elaboración. Mientras tanto, la técnica o técnico de salud pública ha hecho el diagnóstico cualitativo, que dura unos 3 meses. Se han elaborado en todos los barrios extensos documentos de diagnóstico<sup>15</sup> y se han hecho presentaciones públicas en los ámbitos comunitarios, institucionales y profesionales.

### Priorización comunitaria de problemas de salud e intervenciones

En todos los barrios, excepto en los dos en que SaBB se desarrolla de forma simultánea a LdB, se ha hecho una jornada de priorización comunitaria, con la participación de entre 30 y más de 100 personas.

La lista de problemas priorizados es bastante similar entre barrios, cambiando principalmente el orden. La **tabla 1** presenta el ranking en una zona.

Los grupos motores han decidido las líneas de acción e intervenciones. Diversos técnicos de la ASPB han hecho revisiones bibliográficas que se han puesto a disposición de los grupos.

## Plan y desarrollo de intervenciones

Se han implementado hasta el momento 18 intervenciones distintas. De ellas, varias son del ámbito de la ciudad, con una ejecución preferente en estas zonas, como el programa Activa't, que ofrece a personas mayores sesiones gratuitas de taichí, chikung y caminatas 2 días a la semana en parques urbanos (figura 1).

Diez intervenciones son nuevas, como el programa Baixem al Carrer (Bajemos a la calle), que activa voluntariado para pasear a personas con dificultades de movilidad aisladas por barreras arquitectónicas<sup>16</sup>. Se presentan algunos resultados de esta intervención (figura 2).

Los materiales se producen con mucha atención. Por ejemplo, la prueba piloto de un folleto en el que una joven invitaba a un programa de caminatas en un barrio mostró que las personas mayores no se sentían identificadas con la imagen propuesta, y se añadió un nuevo folleto con la imagen de señoras mayores del barrio.

## Evaluación de las intervenciones y del plan Salut als Barris en Barcelona

Las evaluaciones requieren más de 1 año de trabajo intenso. Se dispone de evaluaciones de los cuatro primeros barrios<sup>15</sup>. Los miembros de los grupos motores están en general muy satisfechos con los procesos y logros.

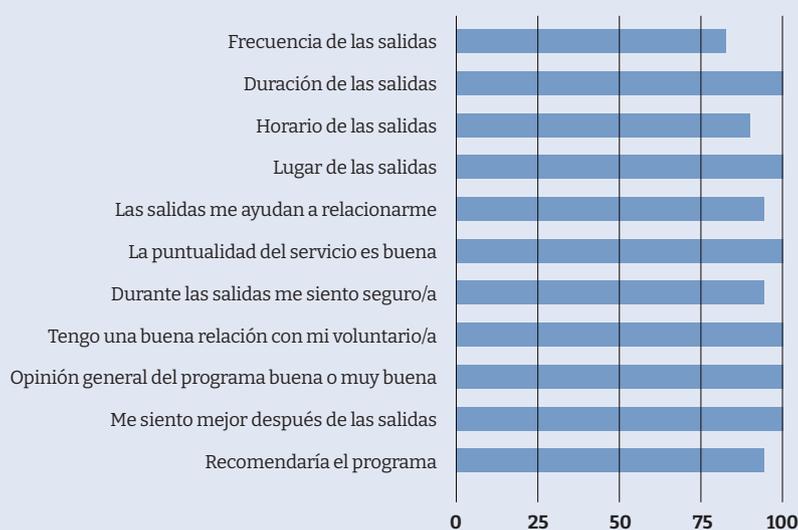
En relación con la equidad de las intervenciones, el perfil socioeconómico de los participantes permite valorar en qué medida se llega a la población diana. Por ejemplo, en la Zona Nord, la proporción de población inmigrada alcanzada por el programa de promoción de la contracepción SIRIAN es más elevada que la autóctona, tal como se pretendía.

La mejora de salud o de sus determinantes entre las personas participantes son indicadores muy relevantes. Las personas participantes suelen referir una mejora de salud autopercibida (figura 3).

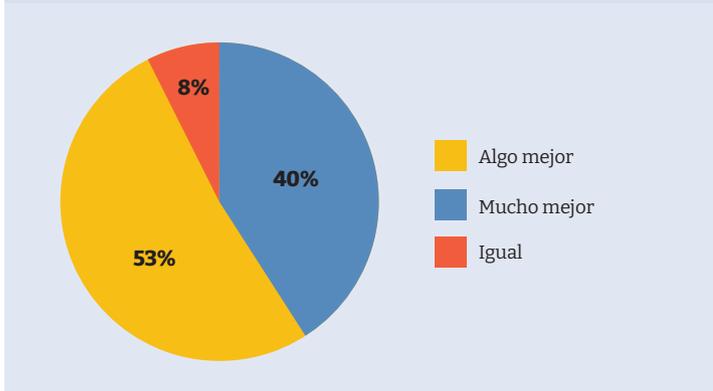
## Mantenimiento

En dos barrios ya se ha llegado satisfactoriamente a la fase de mantenimiento, y en otros dos se llegará a ella muy pronto.

**Figura 2.** Satisfacción de las personas usuarias del programa Baixem al Carrer. Salut als Barris en Santa Caterina-Sant Pere (2011)



**Figura 3.** Percepción de cambios en la salud tras participar en el programa Activa't. Salut als Barris en Poble-Sec (2009)



## Discusión

Existen algunas limitaciones que deseamos comentar. La principal se deriva de la falta de información poblacional representativa en zonas pequeñas. No ha sido posible hacer encuestas poblacionales en los barrios porque la evaluación de resultados se remite a las percepciones de usuarios y agentes. Si bien ambas son excelentes, la población general alcanzada por las intervenciones en los barrios oscila entre un 5 y un 25%, aunque en algunas poblaciones específicas se ha llegado prácticamente el 100% en intervenciones como la de Baixem al Carrer.

Puesto que el diagnóstico cuantitativo se basa en información de salud preexistente, a veces fal-

tan datos o indicadores. De todos modos, se dispone de un volumen de información considerable. Puede haber un sesgo de selección de participantes en los grupos nominales y de discusión.

La dilación de la fase de alianzas políticas en los primeros tiempos se puede relacionar con la desconfianza entre distritos y áreas centrales, la impresión de que la salud ya se trabaja directamente con los servicios sanitarios en los distritos, los temores a generar expectativas y agravios entre zonas y los cambios de responsables. Todo lo anterior se ha ido superando paulatinamente.

En relación con las fortalezas de SaBB, destaca el esfuerzo por simplificar y homogeneizar métodos e instrumentos. El grupo central pone en común periódicamente los avances y dificultades e intenta mejorar los procesos.

El trabajo del grupo motor requiere tiempo, aprendizaje común, respeto mutuo y discusión constructiva, lo que suele ocurrir porque los miembros son en general personas motivadas que ponen esfuerzo personal en el proyecto. Los equipos de salud pública han aportado la cultura de la evidencia, la evaluación y la orientación a resultados, mientras que otros miembros han aportado una profunda experiencia y conocimiento del trabajo comunitario.

La planificación de las evaluaciones ha tenido la ventaja añadida de promover expectativas realistas sobre los resultados. El trabajo en proyectos y las evaluaciones exitosas ayudan a establecer lazos entre los miembros. Los grupos se consolidan al cabo de 1 año.

Otro aspecto valorable ha sido el reconocimiento de la vida comunitaria siempre existente en los barrios. Esta aproximación ha facilitado superar suspicacias frente a los «recién llegados». Sin embargo, en alguna ocasión SaBB se ha replegado ante dinámicas poco respetuosas o que requieren mucho tiempo, ya que, finalmente, se trata de utilizar los escasos recursos públicos en acciones viables.

En la práctica, SaBB ha aplicado tres recomendaciones contra las desigualdades locales: la evidencia, la acción intersectorial y la participación comunitaria<sup>17,18</sup>. SaBB ha contado con más de un centenar de colaboradores en los barrios, instituciones, universidades, voluntariado, entidades y ciudadanía, aunque la participación más importante ha sido la de los grupos motores<sup>19</sup>.

Hay que recordar que el alcance de las intervenciones comunitarias solo es valorable tras años de trabajo sostenido, y mantener las intervenciones a largo plazo requiere mucho esfuerzo, sobre todo en el caso de intervenciones nuevas y especialmente en tiempos de crisis. En cuanto a los efectos de la LdB, estamos trabajando en una evaluación de su impacto en la salud y sus determinantes en los barrios mediante la comparación entre las encuestas de salud de Barcelona de 2001 y 2011. Cabe esperar que SaBB haya contribuido a «humanizar» los proyectos de regeneración urbana, cuyos efectos en la salud son, por definición, más importantes que los comunitarios, ya que actúan sobre determinantes estructurales.

En conclusión, SaB promueve el intercambio de conocimientos, confianza, metodología y objetivos entre sectores y territorios municipales, y avanza la salud en todas las políticas y la equidad en el Ayuntamiento. Aunque el impacto poblacional es bajo, ya que actúa sobre determinantes intermedios, es probable que se hayan conseguido resultados en salud que se deberán estudiar a largo plazo.

## Bibliografía

1. Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *International J of Health Services*. 1992;22:429-45.
2. Rydin Y, Bleahu A, Davies M, Dávila J, Friel S, De Grandis G, et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *Lancet*. 2012;379:2079-108.
3. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661-9.
4. WHO. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the roles of local government. Mike Grady and Peter Goldblatt (eds.). London: Institute of Health Equity, University College London; 2012.
5. Generalitat de Catalunya. Llei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris, àrees urbanes i viles que requereixen una atenció especial. Barcelona: Gencat; 2004 [citado: agosto de 2012.] Disponible en: [www.parlament-cat.net/activitat/llei/2\\_2004.doc](http://www.parlament-cat.net/activitat/llei/2_2004.doc)
6. Generalitat de Catalunya. Programa Salut als Barris. [Internet]. Barcelona: Gencat [citado: agosto de 2012.] Disponible en: [https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio\\_salut/salut\\_comunitaria/salut\\_als\\_barris/](https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/salut_comunitaria/salut_als_barris/)

7. Borrell C, Arias A. Desigualtats de mortalitat en els barris de Barcelona 1983-89. *Gac Sanit.* 1993;38:205-10.
8. Borrell C, Arias A. Socio-economic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain. *J Epidemiol Com Health.* 1995;49:460-5.
9. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, GarcíaCalvente MM, Martí-Boscà JV. Informe SESPAS 2004: La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit.* 2004;18:58-67.
10. Gofin A, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la Atención Primaria. *Rev Panam Salud Pública.* 2007;21:177-85.
11. Bartholomew LK, Parcel G, Kok G, Gottlieb N. *Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach* (2nd ed.). San Francisco, California: Jossey-Bass; 2006.
12. Novoa A, Pasarín MI. Diagnòstic de Salut del barri del Raval. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2011 [citado: agosto de 2012.]. Disponible en: [http://www.aspb.es/que-fem/docs/Diagnostic\\_salut\\_Raval.pdf](http://www.aspb.es/que-fem/docs/Diagnostic_salut_Raval.pdf)
13. WHO. Regional Preparatory Meeting on Promoting Health Literacy. UN ECOSOC; 2009.
14. National Cancer Institute. Making health communication work. National Institutes of Health; 1992 [citado: agosto de 2012.]. Disponible en: [http://www.cancer.gov/cancer-topics/cancerlibrary/pinkbook/Pink\\_Book.pdf](http://www.cancer.gov/cancer-topics/cancerlibrary/pinkbook/Pink_Book.pdf)
15. Agència de Salut Pública de Barcelona. Salut i Barris: Informes. [citado: agosto de 2012.]. Disponible en: [http://www.aspb.cat/que-fem/documents\\_salut\\_barris.htm](http://www.aspb.cat/que-fem/documents_salut_barris.htm)
16. Doménech A. Así funciona el programa «Baixem al carrer». *La Vanguardia.* [Internet.] 2011 [citado: agosto de 2012.]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/20110223/54119367363/asi-funciona-el-programa-baixem-al-carrer.html>
17. WHO. Urban HEART. Instrumento de Evaluación y Respuesta en Materia de Equidad Sanitaria en los Medios Urbanos. [Consulta: agosto de 2012.]. Disponible en: [http://www.who.int/entity/kobe\\_centre/publications/urban\\_heart.pdf](http://www.who.int/entity/kobe_centre/publications/urban_heart.pdf)
18. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Assessing the impact and effectiveness of intersectoral action on the social determinants of health and health equity: An expedited systematic review. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University; de 2012.
19. Grupo de Trabajo para la Salud y Desarrollo Comunitario. Caja de Herramientas Comunitarias. Universidad de Kansas, 2012 [citado: agosto de 2012.]. Disponible en: <http://ctb.ku.edu/es/Default.aspx>