

«Salut als barris» en Barcelona, una intervenció comunitària para reducir las desigualdades sociales en salud

Autores:

Elia Díez David, Maribel Pasarín Rua, Ferran Daban Aguilar, Núria Calzada Lombana, Carmen Fuertes Martínez, Lucía Artazcoz Lazcano, Carme Borrell Thió. Agència de Salut Pública de Barcelona

Para contactar:

Elia Díez David
ediez@aspb.cat

Resumen

Introducción

La «Llei de barris» (Ley de barrios) de Catalunya (2004) financia planes de rehabilitación en barrios frágiles. El programa «Salut als barris» (Salud en los barrios) (2005) pretende reducir en ellos las desigualdades sociales en salud mediante acción comunitaria.

Objetivos

Se describe la experiencia y retos de «Salut als barris» en Barcelona.

Métodos

En siete de los 12 proyectos «Llei de barris» de Barcelona la Agència de Salut Pública de Barcelona, los Distritos Municipales y el Consorcio Sanitario implementan «Salut als barris». Se contemplan procesos de intersectorialidad, participación, sostenibilidad, evidencia y evaluación en fases: a) 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

«Salut als barris» promueve el intercambio de conocimientos, metodología y objetivos entre

sectores municipales, y avanza 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 a estudiar a largo plazo.

Introducción

Las desigualdades sociales en salud reflejan diferencias en ingresos, riqueza y oportunidades debidas a la estructura social. Una diferencia en la salud de causa social e injusta es una inequidad en salud¹.

Las desigualdades son una realidad urbana². 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.

Palabras clave: participación comunitaria, acción comunitaria, desigualdades en salud.

Financiación parcial.
Beca FIS del Ministerio de Ciencia e Innovación (MD 07/285).

Summary

Abstract

Introduction

The Neighborhoods Law (2004) funds rehabilitation schemes in vulnerable neighborhoods in Catalonia. The Health in the Neighborhoods program (2005) aims to reduce social inequalities in health in these areas through community action.

Objectives

We describe the experience, achievements, lessons learned and challenges of the implementation of Health in the Neighborhoods in Barcelona.

Methods

Twelve Neighborhoods Law rehabilitation plans are being put into effect in Barcelona. The Public Health Agency of Barcelona, the Municipal Districts and the Health Consortium are implementing Health in the Neighborhoods in seven of them. Intersectorality, participation, sustainability, evidence and evaluation are being applied in phases: 1) the establishment of political alliances and working group, 2) community

knowledge, 3) prioritization, 4) an intervention plan based on evidence and sustainability, 5) the evaluation of processes, satisfaction and perceived health of users, and 6) maintenance.

Results

Political agreements and working groups have been established in these neighborhoods and priority given to needs and assets. Interventions to facilitate physical activity, social relationships, healthy recreation, health literacy and sexual health have been implemented. They have reached 5% to 25% of the target populations. The results in self-perceived health and satisfaction of users and agents are favorable.

Discussion

Health in the Neighborhoods promotes the exchange of knowledge, confidence, methodology and objectives between municipal sectors and territories, and brings health and equity to the fore in all municipal council policies. Although its population impact is low, because it acts on intermediate determinants, it is likely to have achieved results in health that should be further studied.

Keywords: Community participation, community action, health inequalities.

DESDE LA DÉCADA DE 1980 EXISTE EN BARCELONA CIERTA TRADICIÓN DE ESTUDIO Y ACCIONES CONTRA LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Para reducir las desigualdades a nivel local 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 sociales³⁻⁴.

En 2004 se aprobó en Catalunya la «Llei de barris» (LdB) para mejorar las condiciones de vida en los territorios más frágiles⁵. Se lleva a cabo una convocatoria anual de proyectos. 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 M 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 beneficiario⁶.

Desde la década de 1980 existe en Barcelona cierta tradición de estudio y acciones contra las desigualdades en salud⁷⁻⁹. 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 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, SaB 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

En Barcelona se han llevado a cabo 12 proyectos LdB, que agrupan a veces dos o tres barrios. Todos ellos forman parte del conjunto de zonas desfavorecidas, según un índice de privación. La 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 SaBB y propone, junto con la dirección municipal de proyectos de rehabilitación, la sucesiva implantación en los barrios, según la necesidad y la viabilidad.

La metodología SaBB se basa en la Atención Primaria Orientada a la Comunidad¹⁰, y el desarrollo de intervenciones, en el modelo *Intervention Mapping*¹¹. Comprende las fases siguientes:

1. 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, intervenciones para reducir las desigualdades en salud. Se intenta que incluya representación de: ASPB, CAP, y Servicios Sociales, Plan/es de Desarrollo Comunitario, Consorci Sanitari de Barcelona, enfermería comunitaria, técnico/a 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 no es posible, se establece ex novo. En el grupo se prima el componente técnico para hacerlo eficiente. La participación vecinal amplia está en manos de los planes comunitarios, representados en el grupo motor.

2. Conocimiento comunitario

Se utilizan métodos cualitativos y cuantitativos en paralelo¹¹.

Estudio cuantitativo

La ASPB analiza la información disponible sobre la población residente en cada barrio. Si no está disponible, se utiliza la del distrito o la de la ciudad. Se recogen indicadores por edad y sexo: a) sociodemográficos; b) fecundidad y abortos; c) tuberculosis, sida-VIH y otras enfermedades de declaración obligato-

ria (EDO); d) mortalidad global y por causas; e) accidentes de tráfico y laborales; f) consumo de drogas; g) 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.

Se utilizan las siguientes técnicas: a) entrevistas a informantes clave; 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, fortalezas, activos y debilidades del barrio. Se agrupan temas y se elaboran listas de los problemas percibidos por cada grupo.

3. Priorización de problemas e intervenciones

La información anterior se lleva a una jornada 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 total¹².

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 en base a la evidencia, los recursos disponibles y la sostenibilidad tras la fase intensiva.

4. 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 son preferiblemente intervenciones existentes en el barrio o en la ciudad, basadas en evidencia, que se pueden reforzar. En ausencia de experiencias previas, el grupo desarrolla intervencio-

nes nuevas que se evalúan con un diseño pre-post y siguen la metodología Intervention Mapping: a) objetivos en función del análisis de los problemas y sus causas; b) modelos teóricos y estrategias para cambiar los determinantes del entorno y conductuales; c) producción de materiales; d) planificación de 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 salud¹³ y se pretestan¹⁴.

5. Evaluación

El plan evaluativo 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: a) implantación y cronograma de las fases de SaBB y b) 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: a) recursos económicos, humanos y de equipamiento (estructura); b) calidad de la intervención en función de si se basa en bibliografía, aborda un problema priorizado, y si se ha pilotado (proceso); c) actividades de comunicación (proceso); d) actividades realizadas, número de participantes y características (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y país de nacimiento) respecto a la previsión (proceso); e) satisfacción de participantes y del voluntariado (proceso); f) sostenibilidad de la intervención (resultados), y g) cambios en salud o determinantes en los participantes (resultados).

Se elabora un documento evaluativo estandarizado después del primer año de intervención.

6. Mantenimiento

Tras la fase intensiva, de unos 3 años, se mantiene el grupo de trabajo en salud, generalmente incluido en el plan comunitario. La

EL PLAN EVALUATIVO COMPRENDE LA EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN Y LA DE CADA INTERVENCIÓN

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 comunicación entre población autóctona e inmigrada	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

enfermera comunitaria se encarga del enlace con la ASPB. El técnico/a de salud pública se retira e inicia la fase intensiva en otro barrio.

Resultados

Desde 2008 se han llevado a cabo 7 proyectos SaBB que se encuentran en diferentes fases de implementación. Se describe la experiencia global y un ejemplo de cada fase en diferentes barrios.

1. 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 disensiones entre entidades comunitarias. En general, el grupo se ha inscrito en grupos comunitarios preexistentes. La composición suele ser rica. La generación de confianza entre los miembros requiere alrededor de un año.

2. Conocimiento comunitario

En todos los barrios se ha llevado a cabo el diagnóstico comunitario. El cuantitativo lo ha hecho el servicio de información sanitaria de la ASPB, que dedica un mes a su elaboración. Mientras tanto, el técnico de salud pública realiza el cualitativo, que dura unos tres meses. Se han elaborado en todos los barrios extensos documentos de diagnóstico¹⁵ y se han hecho presentaciones públicas en los ámbitos comunitarios y profesionales.

3. Priorización comunitaria de problemas de salud e intervenciones

En todos los barrios, excepto en dos en los que SaBB se desarrolla de forma simultánea a LdB, se ha hecho una jornada de priorización comunitaria. Participan de 30 a 100 personas. La lista de problemas priorizados es bastante similar entre barrios, cambiando principalmente el orden. La tabla 1 presenta la priorización en una zona.

Los grupos motores han decidido las líneas de acción. Se han realizado revisiones bibliográficas que se han puesto a disposición de los grupos.

4. Plan y desarrollo de intervenciones

Se han implementado hasta el momento 18 intervenciones distintas. De ellas, varias son de ámbito ciudad, con una ejecución preferente en estas zonas, como el programa «Activa't» (Actívate), que ofrece a personas mayores sesiones gratuitas de taichi, 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 arquitectónicas¹⁶. Se presentan algunos resultados (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, y se añadió un nuevo folleto con la imagen de señoras mayores del barrio.

5. Evaluación de las intervenciones y del plan «Salut als barris en Barcelona»

Las evaluaciones requieren más de un año de trabajo intenso. Se dispone de evaluaciones de los cuatro primeros barrios¹⁵. Los miembros de los grupos motores están en general muy satisfechos con los procesos y logros.

En cuanto a la equidad de las intervenciones, el perfil socioeconómico de los participantes permite valorar el alcance de la población diana. Por ejemplo, en la Zona Nord, la proporción de mujeres inmigradas alcanzada por el programa de promoción de la contracepción SIRIAN es más elevada que la autóctona, tal como se pretendía.

EN TODOS LOS BARRIOS SE HA LLEVADO A CABO EL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

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

6. Mantenimiento

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

Discusión

Deseamos comentar algunas limitaciones. La principal se deriva de la falta de información representativa en zonas pequeñas. No ha sido posible realizar encuestas poblacionales en los barrios por lo que la evaluación de resultados en salud se remite a las percepciones de usuarios y agentes. Si bien son excelentes, la población alcanzada por las intervenciones en los barrios oscila entre un 5 y un 25%, aunque en algunas poblaciones específicas como la del «Baixem al carrer» cubre prácticamente el 100%.

Puesto que el diagnóstico cuantitativo se basa en información de salud preexistente, a veces faltan 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 impresión de que la salud ya se trabaja directamente con los servicios sanitarios en los distritos, los temores a generar expectativas, y los cambios de responsables. Todo lo anterior se ha ido superando paulatinamente.

En cuanto a las fortalezas de SaBB, destaca el esfuerzo por simplificar y homogeneizar métodos e instrumentos. El grupo central intenta mejorar continuamente los procesos.

El trabajo del grupo motor requiere tiempo, aprendizaje común, respeto y discusión constructiva, lo que suele ocurrir porque en general los miembros son personas motivadas que ponen esfuerzo personal en el proyecto. Los equipos de salud pública aportan la cultura de la evidencia, la evaluación y la orientación a resultados, mientras que otros miembros aportan experiencia y un profundo conocimiento del trabajo comunitario. La planificación de las evaluaciones ha tenido la ventaja añadida de promover expectativas realistas



Figura 1. Programa «Activa't. Salut als barris», 2011.

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 un año.

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

En la práctica, la SaBB ha aplicado tres recomendaciones contra las desigualdades locales: la evidencia, la acción intersectorial y la participación comunitaria^{17,18}. La 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 motores¹⁹.

Hay que recordar que el impacto de las intervenciones comunitarias solo es valorable tras

LA SABB HA APLICADO TRES RECOMENDACIONES CONTRA LAS DESIGUALDADES LOCALES: LA EVIDENCIA, LA ACCIÓN INTERSECTORIAL Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

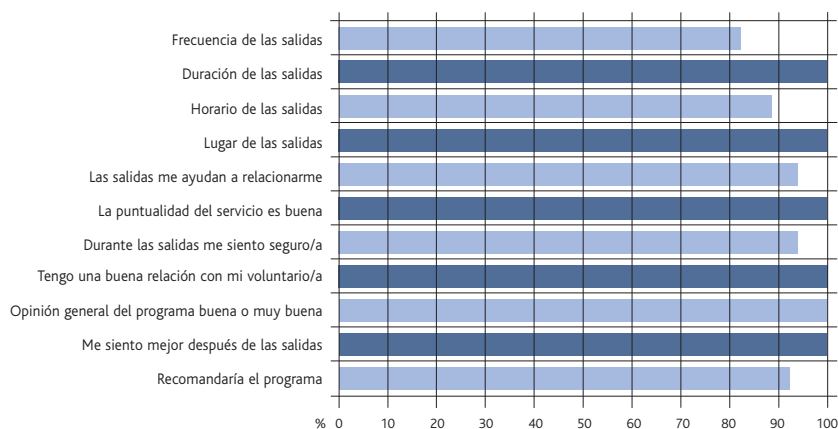


Figura 2. Satisfacción de las personas usuarias del programa «Baixem al carrer. Salut als barris» en Santa Caterina-Sant Pere, 2011.

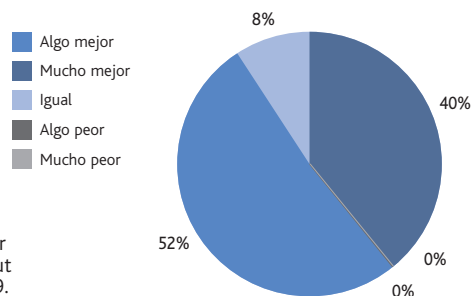


Figura 3. Percepción de cambios en la salud tras participar en el programa «Activa't. Salut als barris» en Poble-sec, 2009.

años de trabajo sostenido, y que 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 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, SaBB 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. Aunque el impacto poblacional es bajo, ya que actúa sobre determinantes intermedios, es probable que se hayan conseguido resultados en salud que deseamos estudiar a largo plazo.

Agradecimientos

Alfonso Pozuelo, Ana Novoa, Ángel Rodríguez, Ángeles Via plana, Angelines Duesca, Anna Àngel, Anna García-Altés, Anna Llupià, Anna Roig, Antoni Calero, Antonio Caballero, Araceli Ríos, Carles Benet, Carme Cortina, Carmen González, Catherine Pérez, Clara Prades, David Clusa, Elena Jara, Encarna Ruíz, Eugenio Calciati, Eva Arias, Eva Galofré, Felipe Herrera, Felipe Reyes, Glòria Muniente, Glòria Pérez, Guillem Encabo, Ignasi Ruano, Joan Manel de Homdedeu, Jordi Armengol, Jordi Bautista, Laia Nebot, Lluïsa Estruga, Lorena Lorenzo, Lourdes García, M.ª Ángeles Fernández, M.ª Dolores Filló, M.ª Rosa Àngels, M.ª Teresa del Amo, Magnòlia Fuentes, Maite González, Manel Galindo, Marcela Iturriaga, Mariona Buxadé, Mariona Mercader, Marisa Parés, Marta Boqué, Marta Domenech, Marta Fontané, Mercè Sánchez, Miguel Pulgarín, Míriam Sáez, Montse Bartrolí, Montse Izquierdo, Montse López, Montse Petit, Montserrat Alegret, Natalia Sagarra, Noèlia Sotus, Noèlia Vázquez, Pilar Heras, Raquel Rojo, Sebastián López, Sira Bernaus, Sira López, Sofia Ferré, Susana Núñez, Teresa Brugal, Xavier Altimiras, Xavier Blancafort, Xavier Cortés, Xavier Sintes.

Bibliografía

- Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *International J of Health Services*. 1992;22:429-45.
- 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.
- 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.
- 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.
- Generalitat de Catalunya. Llei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris, àrees urbanes i viles que

requereixen una atenció especial. Disponible en: www.parlament-cat.net/activitat/llei/2_2004.doc. [Consulta: agosto de 2012.]

- Generalitat de Catalunya. Programa Salut als Barris. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/>. [Consulta: agosto de 2012.]
- Borrell C, Arias A. Desigualtats de mortalitat en els barris de Barcelona 1983-89. *Gac Sanit*. 1993;38:205-10.
- 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.
- Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente 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.
- 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.
- Bartholomew LK, Parcel G, Kok G, Gottlieb N. Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach (2nd ed.). San Francisco, California: Jossey-Bass; 2006.
- Novoa A, Pasarín MI. Diagnòstic de Salut del barri del Raval. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2011. Disponible en: http://www.aspb.es/quefem/docs/Diagnostic_salut_Raval.pdf. [Consulta: agosto de 2012.]
- WHO. Regional Preparatory Meeting on Promoting Health Literacy. UN ECOSOC; 2009.
- National Cancer Institute. Making health communication work. National Institutes of Health; 1992. Disponible en: http://www.cancer.gov/cancer-topics/cancerlibrary/pinkbook/Pink_Book.pdf. [Consulta: agosto de 2012.]
- Agència de Salut Pública de Barcelona. Salut i Barris: Informes. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/documents_salut_barris.htm. [Consulta: agosto de 2012.]
- La Vanguardia. Así funciona el programa «Baixem al carrer». Disponible en: <http://goo.gl/uwWnA>. [Consulta: agosto de 2012.]
- WHO. Urban HEART. Instrumento de Evaluación y Respuesta en Materia de Equidad Sanitaria en los Medios Urbanos. Disponible en: http://www.who.int/entity/kobe_centre/publications/urban_heart.pdf. [Consulta: agosto de 2012.]
- 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.
- Grupo de Trabajo para la Salud y Desarrollo Comunitario. Caja de Herramientas Comunitarias. Universidad de Kansas, 2012. Disponible en: <http://ctb.ku.edu/es/Default.aspx>. [Consulta: agosto de 2012.]