

Salut comunitària: una  
avaluació d'impacte

## Estudi del barri del Carmel

Barcelona, juliol de 2016

### **Autors de l'informe:**

Ernesto Morales  
Bernat Quintana

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:**

Morales, E.; Quintana, B.. 2016, "Estudi del barri del Carmel", 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

<b>1. Introducció i metodologia.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Presentació general de El Carmel.....</b>	<b>5</b>
2.1 Característiques sociodemogràfiques.....	6
2.2 Una selecció d'indicadors de salut.....	8
2.3 Elements urbanístics i el seu impacte social: geografia, habitatges, equipaments i serveis.....	9
2.4 Característiques del teixit social/comunitari .....	11
<b>3. Breu descripció de les accions comunitàries en l'àmbit de la     salut .....</b>	<b>14</b>
3.1 Origen i accions principals.....	14
3.2 Actors implicats en les intervencions.....	19
<b>4. Anàlisi de l'acció comunitària en salut.....</b>	<b>21</b>
4.1 Simbòlica: el perquè .....	21
4.2 Dimensió substantiva: el què de l'acció comunitària en salut .....	22
4.3 Dimensió processual-operativa: el com.....	30
<b>5. Conclusions.....</b>	<b>36</b>
<b>6. Referències bibliogràfiques i webgrafia.....</b>	<b>39</b>
6.1 Documents:.....	39
6.2 Pòsters presentats a Congressos (EAP El Carmel):.....	39
6.3 Webgrafia:.....	40
<b>7. Persones entrevistades (perfil) .....</b>	<b>41</b>

## ÍNDIX TAULES

Taula 1. Indicadors sociodemogràfics del Carmel .....	6
Taula 2. Indicadors de salut de El Carmel .....	8
Taula 3. Comparativa del preu de l'habitatge del Carmel amb Districtes i ciutat .....	11
Taula 4. Resum de les accions comunitàries en salut desenvolupades pel CAP Carmel i el Grup Sociosanitari del PDC Carmel Amun .....	23

## 1. Introducció i metodologia

Aquest document presenta els resultats de l'estudi de l'acció comunitària en salut del barri del Carmel de Barcelona, que forma part de la tercera fase del projecte de recerca desenvolupat des de febrer de 2015<sup>1</sup>.

El treball d'aquest estudi va contemplar una metodologia qualitativa basada en el mètode d'estudi de casos, amb l'objectiu d'aprofundir com es desenvolupa i s'ha desenvolupat en el barri del Carmel l'acció comunitària en salut.

Per a la recollida d'informació es van aplicar diverses tècniques. Per una banda entrevistes semi-estructurades a set actors vinculats directament a l'organització de les accions comunitàries en salut i a una persona propera a l'AVV del barri, més una entrevista grupal a quinze dones participants d'activitats de promoció de la salut comunitària. I per una altra banda, es va aplicar la tècnica de l'observació participant, en el marc d'una de sessions de la Taula Sociosanitària del Pla Comunitari, així com a una de les activitats desenvolupades per a la promoció d'hàbits saludables, la macrocaminada intergeneracional anual (realitzada el 12 de maig d'enguany)<sup>2</sup>.

L'anàlisi d'informació es va fer mitjançant la tècnica d'anàlisi de discurs, amb l'objectiu d'identificar aquells elements comuns al discurs verbal expressat per les persones entrevistades, contrastat amb la informació escrita i les observacions realitzades. Cal assenyalar que a causa del seu caràcter qualitatiu, aquest estudi no busca ni reporta representativitat estadística, per la qual cosa la cerca i anàlisi de la informació es va orientar sota criteris d'heterogeneïtat i saturació, recurrent a la tècnica de triangulació a efectes de contrastar la informació aportada per les diferents fonts.

L'estructura d'aquest informe inclou: una presentació general del barri, una descripció de la trajectòria de l'acció comunitària en salut, l'anàlisi d'aquestes accions des de la perspectiva de tres dimensions (simbòlica, substantiva i processual) i les conclusions.

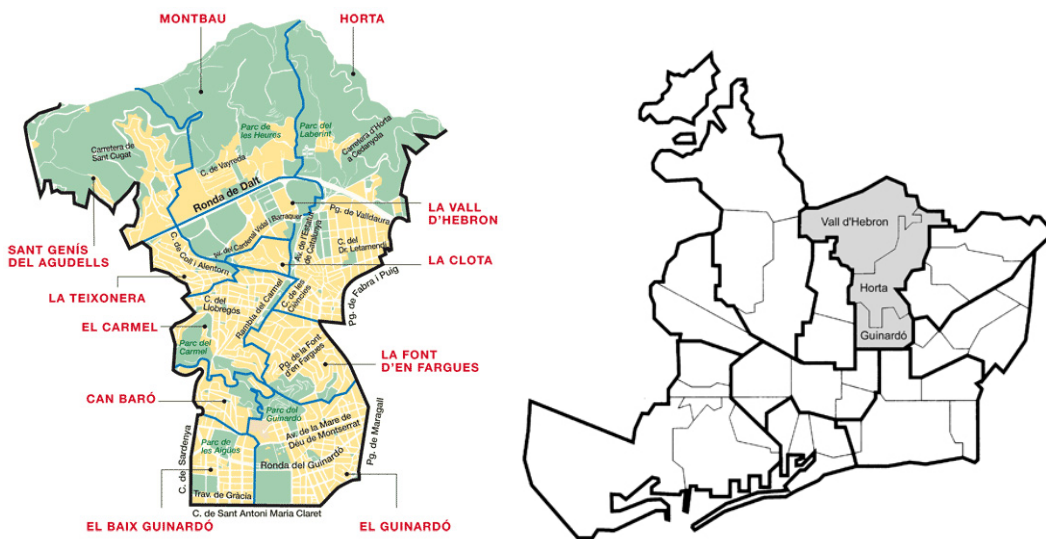
---

<sup>1</sup> Els detalls del projecte es poden consultar a <http://salutcomunitaria.com>

<sup>2</sup> Per a una explicació detallada de la metodologia d'aquesta recerca, així com els instruments utilitzats, es pot consultar el document "Marc analític i metodologia general del projecte Salut comunitària", elaborat per l'equip d'aquesta recerca.

## 2. Presentació general de El Carmel

El barri del Carmel es troba situat al Districte d'Horta-Guinardó, a la part centre-nord de Barcelona, i limita amb els barris de Teixonera, Parc de la Vall d'Hebrón, la Clota, Horta, Font d'en Fagues. Guinardó i Can Baró.



Font mapa 1: ASPB, Ajuntament de Barcelona (2013)

Font mapa 2: Ponce, E., Úcar, X., (coord.) (2001)

## 2.1 Característiques sociodemogràfiques

La taula que es presenta a continuació reuneix informació estreta de diferents fonts i permet analitzar l'evolució dels indicadors sociodemogràfics més importants en aquesta zona de la ciutat. Es presenten les dades de població del barri en comparació amb el Districte i la Ciutat en dos moments temporals (2008 i 2014).

Taula 1. Indicadors sociodemogràfics del Carmel

Indicador	2008			2014		
	Carmel	D. d'Horta-Guinardó	BCN	Carmel	D. d'Horta-Guinardó	BCN
Densitat (hab/Km <sup>2</sup> )	35.053	14.296	15.926	33.682	13.998	15.793
Població 65 i + (%)	19.7	21.9	20.3	22.3	24.0	21.4
Població 65 anys i + que viu sola (%) <sup>(1)</sup>	21.4	22.9	25.2	22.1	24.0	25.6
Població per lloc de naixement (%):						
Barcelona	46.1	52.5	51.8	48.0	53.8	51.9
Resta de Catalunya	3.1	5.9	7.4	3.6	6.1	7.5
Resta de l'Estat	34.4	26.0	20.7	30.5	23.0	18.4
Estranger	16.5	15.5	20.1	17.9	17.0	22.2
Titulats superiors (%) <sup>(2)</sup>	-	-	-	10.5	21.2	28.4
RDF (3)	69.3	86.7	100	56.6	77.7	100
Atur (%) <sup>(4)</sup>	-	-	-	11.7	10.5	9.7

(1) Població >65 anys que viu sola / població >65 anys

(2) Estudis universitaris – CF de Grau Superior / població de 16 i més anys

(3) RDF: Renda Familiar Disponible, el valor 100 fa referència a la mitjana de Barcelona

(4) El % del pes de l'atur és en relació a la població total d'entre 16 i 64. Cal esmentar que el percentatge real d'atur és més alt ja que la població activa real és menor.

Font: elaboració pròpia a partir de Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona i [Consell Econòmic i Social de Barcelona](#)

Destaquem algunes dades rellevants a partir de l'anàlisi de la Taula 1:

- El Carmel és un barri molt densament poblat, tant en relació al Districte com en relació a la ciutat de Barcelona. Podem veure com els habitants per Km<sup>2</sup> són més del doble al barri que al Districte i al Municipi. Durant el període 2008 – 2014 la densitat ha baixat lleugerament, però no de manera significativa en relació al Districte i a Barcelona (on també han disminuït).

- La població a El Carmel a l'any 2008 era més jove que la mitjana del Districte i de Barcelona, però durant el període 2008 - 2014 podem veure un creixement percentual

de pràcticament 3 punts en la població de 65 i més anys del barri que ha situat al Carmel per sobre de la mitjana de la ciutat.

Aquest creixement també el podem veure al Districte d'Horta-Guinardó (amb percentatges ja més alts que el Carmel i la Ciutat tant al 2008 com al 2014). A Barcelona ciutat el creixement d'aquest segment de la població es situa en 1 punt percentual, força per sota del creixement observat al Carmel i al Districte.

- Paral·lelament a aquest creixement, les persones de 65 i més anys que viuen soles també han crescut, tant al barri com al Districte i a la ciutat. En aquest cas, però, El Carmel es situa entre 3 i 4 punts per sota de les dades totals de la ciutat, tant al 2008 com al 2014. El Districte d'Horta-Guinardó té un creixement una mica més elevat.

- Pel que fa als llocs de naixement de les persones que viuen al barri, podem observar com El Carmel té percentatges molt més alts que el Districte i la ciutat de Barcelona pel que fa a persones nascudes a la resta de l'Estat (sense comptar Barcelona i Catalunya). També cal destacar que la població nascuda fora de l'Estat representa un percentatge pràcticament 5 punts per sota del de Barcelona ciutat, i que en el període 2008 – 2014 ha crescut la meitat del que ha crescut la xifra al municipi.

- Una dada força significativa és la que fa referència a la Renda familiar disponible. Veiem com en el període 2008 – 2014 el barri ha baixat pràcticament en 13 punts, trobant-se molt a prop dels 50, la meitat de la mitjana de la Ciutat de Barcelona (que es situa en 100). El districte també ha patit una baixada important.

Per la seva banda, l'atur (comptabilitzat a la taula com el percentatge de les persones aturades en relació a la població total d'entre 16 i 64 anys, ja que d'aquesta manera es pot comptabilitzar el barri) al Carmel és més alt que a la ciutat de Barcelona.

- Per últim, ens ha semblat interessant mostrar les dades del 2014 referents al percentatge de persones titulades en estudis superiors i/o Cicles Formatius de Grau Superior. Podem veure com al Carmel es titulen en estudis superiors pràcticament un terç de les persones que es titulen de mitjana a Barcelona.

## 2.2 Una selecció d'indicadors de salut

Per analitzar el context en què es desenvolupa l'acció comunitària en salut, i comprendre com aquest pot condicionar les intervencions, presentem a continuació una selecció d'indicadors vinculats a la salut de la població de El Carmel, comparats amb el Districte i amb conjunt de la ciutat.

Taula 2. Indicadors de salut de El Carmel

Indicadors	Carmel	BCN
Esperança de vida en néixer (2009-2013)	83.4	83.4
Raó d'anys potencials de vida perduts (2009-2013) <sup>(1)</sup>	122.7	100
Taxa fecunditat adolescent (2010-2014) <sup>(2)</sup>	16.0	8.6
Prevalença baix pes en néixer (2010-2014)	9.2%	7.4%

*(1) Raó entre les taxes de mortalitat prematura (morts entre 1 i 70 anys) estandarditzades per edat del barri i la del conjunt de Barcelona. En base 100 per al total de Barcelona.*  
*(2) Embarassos adolescents per 1000 dones d'entre 15 i 19 anys*

Font: elaboració pròpia a partir d'ASPB (2016)

Les dades que mostrem en aquesta taula indiquen diferents aspectes de rellevància. En primer lloc, cal destacar que l'esperança de vida en néixer al barri del Carmel i a la ciutat de Barcelona és la mateixa. Així, però, veiem un valor força més elevat pel que fa a la raó d'anys potencials de vida perduts, que indica una mortalitat prematura (morts entre 1 i 70 anys) força més alta que la del conjunt de Barcelona, un 22,7% superior que a la ciutat.

Per altra banda, un element interessant a tenir en compte és la taxa de fecunditat adolescent, és a dir, la taxa d'embarassos en noies entre 15 i 19 anys, la qual a El Carmel és pràcticament el doble que a la ciutat, un 16 i un 8,6 per mil, respectivament. Per últim, l'indicador de prevalença de baix pes en néixer també és superior al de la ciutat de Barcelona, mentre que a El Carmel és un 9,2% a la ciutat és un 7,4%.



### **2.3 Elements urbanístics i el seu impacte social: geografia, habitatges, equipaments i serveis**

El barri del Carmel es situa sobre el turó del mateix nom al Districte d'Horta-Guinardó, a la part alta de la ciutat de Barcelona. La seva orografia és complicada, amb importants desnivells i pendents, al que li hem d'afegir com a dificultat en la mobilitat un urbanisme desordenat i complex. La seva trama urbana és desordenada, poc planificada i amb una important presència de l'autoconstrucció; és per tant molt similar a la d'altres barris populars de la perifèria de Barcelona que també es despleguen sobre turons o muntanyes, como podria ser el cas de Roquetes.

Una passejada pel barri permet prendre consciència ràpidament de la seva construcció sobre la muntanya, amb desnivells i pendents constants, així com traçats laberíntics en alguns carrers. També hi ha una presència important de trams d'escales per accedir a determinats carrers o habitatges, o ascensors i escales mecàniques per accedir a alguns equipaments.

L'orografia del barri condiona de forma clara els espais de relació entre el veïnat del barri, donant peu a l'existència de dinàmiques diferenciades a la part alta i a la part baixa del Carmel. A la part alta es pot accedir a diferents vistes de la ciutat, moltes d'elles entre blocs de pisos ubicats en carrers estrets d'un únic sentit de circulació, amb trams de pronunciades corbes i voreres estretes per al vianant.

El propi veïnat reconeix que és un territori amb difícil mobilitat i accessibilitat, en especial per a infants i gent gran (ASPB, 2016), i encara que es troba sobre la mateixa muntanya, fent-ne frontera en zones de la part superior amb petits boscos o parcs, internament no té espais verds, els espais oberts són gaire bé inexistent i els pocs que hi ha tenen predominança del formigó. Com a excepció d'espai obert s'apunta "[El Ranxo](#)", un solar abandonat en un dels pocs interiors d'illa del barri, d'uns 1.500 metres quadrats, que està sent dignificat pels veïns/veïnes a partir d'un projecte de les entitats del Pla Comunitari del Carmel.

La connexió del barri amb la ciutat històricament ha sigut molt precària, encara que ha millorat de manera important en els darrers anys a partir de la inauguració de l'estació de la línia 5 del metro, *El Carmel*, a l'any 2010. L'arribada del metro, a banda de la connexió amb la ciutat, va suposar altres intervencions urbanístiques, moltes d'elles derivades de l'enfonsament de les obres d'aquesta estació de metro al gener del 2005. Aquest enfonsament va fer un forat de 35 metres de profunditat i 30 de diàmetre, i va

afectar a més de mil persones (les quals foren desallotjades en un moment o altre) d'uns 500 habitatges del barri. Les obres de l'estació no es van poder reprendre fins a l'any 2007.

En relació als habitatges, en termes generals són petits i de baixa qualitat. Hem de tenir en compte que l'expansió del barri es deu a l'arribada dels fluxos migratoris de la resta de l'estat espanyol de les dècades de 1950 i 1960, acollint d'aquesta manera a les classes populars, inicialment en barraques, posteriorment en vivendes d'autoconstrucció i finalment en blocs de pisos. El 72,5 % dels habitatges del barri van ser construïts entre 1961 i 1980, un 8,3% entre 1981 i 2005, només un 2% posteriors al 2005 i el 17,2 % dels habitatges és anterior al 1961(ASPB, 2016).

Per altra banda, a partir de l'enfonsament del metro és va fer un Pla per a la instal·lació d'ascensors, inicialment per als edificis de la zona de l'accident, que posteriorment es va ampliar a d'altres habitatges del barri. Amb tot i això, degut a l'orografia i característiques de les edificacions, s'intueix que son molts els edificis que no tenen, ni podran tenir, ascensor.

Segons les persones entrevistades El Carmel és un barri on majoritàriament la gent viu en habitatges de propietat, gent que va arribar sobretot a partir dels anys 1960. La seva distribució de població per franges d'edat es similar a la del Districte i a la de la ciutat de Barcelona: dels 31.728 habitants al barri, un 55,7% té entre 25 i 64 anys (dades extretes de l'anuari estadístic de l'Ajuntament de Barcelona, 2014). També segons els entrevistats, la presència de jovent o adults d'edat mitjana en les activitats comunitàries del barri és poc significativa, el que fa pensar a alguns del entrevistats que aquests col·lectius generalment no fan vida social al barri. Tot i així, fent una passejada pel barri en hores de tarda, al menys aparentment als mesos d'estiu, la presència de persones de mitjana edat en bars i terrasses és força significativa.

En quant a l'origen de la població, un 48% va néixer a Barcelona, un 3,6% a la resta de Catalunya, un 30,5 % a la resta d'Espanya i un 17,9% a l'estranger (percentatge d'estrangers inferior al de la mitjana de la ciutat que està en un 16,3%). Gairebé dos de cada tres estrangers del barri van néixer a Centre o Sud-Amèrica (3.645 d'un total de 5.686, segons dades del padró municipal 2014). El següent col·lectiu més nombrós d'estrangers serien els originaris de països europeus no pertanyents a la UE, un total de 647. Seguirien els provinents d'Àsia i Oceania (497 persones), els nascuts a països de la UE (un total de 414), els 341 originaris del Magreb, els 146 de la resta d'Àfrica, i els 32 provinents de països de renda alta.

En relació al preu de l'habitatge, el Carmel es situa en una de les zones més econòmiques de la ciutat en relació al preu per metre quadrat construït, tant de l'habitatge nou com l'usat. A aquesta dada cal afegir que, en termes generals, els habitatges disposen de poca superfície, el que fa que el territori resulti atractiu per a les classes populars que volen adquirir un habitatge en propietat (econòmic comparativament amb la resta de la ciutat). Aquest fet quedaria constatat amb la dada que l'índex de Renda Familiar Disponible al Carmel és del 54,4 sobre un valor de 100 de mitjana a Barcelona, situant-se en la posició número 13 dels barris amb l'índex RFD més baix a Barcelona (dades anuari estadístic de Barcelona 2014)

Taula 3. Comparativa del preu de l'habitatge del Carmel amb Districtes i ciutat

	El Carmel	D. Horta Guinardó	D. Nou Barris	Barcelona
Preu €/m <sup>2</sup> habitatge nou	1.792	1.916,4	1.889,2	3.197,5
Preu €/m <sup>2</sup> habitatge usat	1.554	2.156,4	1.631	2.627,5

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Anuari 2013

Com podem observar a la taula 3, el preu de venda de l'habitatge al barri del Carmel és dels més baixos de Barcelona, situant-se inclús per sota de la mitjana del Districte de Nou Barris, el més econòmic de la ciutat.

Per últim, cal esmentar que les millores urbanístiques i d'equipaments s'han anat donant al llarg dels anys, i en la construcció d'equipaments com el CAP o d'altres equipaments del barri és reconeix el paper de la reivindicació veïnal, segons les converses establertes amb algunes de les persones entrevistades.

## 2.4 Característiques del teixit social/comunitari

La història recent del Carmel, com la d'altres barris de la perifèria de la ciutat de Barcelona, està lligada a les lluites i reivindicacions veïnals, de forma més intensa en els anys de la transició democràtica. De manera progressiva, gràcies a aquestes

lluïtes, ja en el període democràtic, es varen anar construint equipaments i serveis adreçats al barri (centre de salut, escola, escola d'adults, arribada d'autobusos, escales mecàniques, biblioteca, etc.), encara que a dia d'avui puguin existir reivindicacions pendents.

Els protagonistes d'aquelles lluïtes veïnals s'han mantingut al davant de l'associació de veïns durant molts anys, gairebé fins l'actualitat. No és fins fa un parell d'anys que persones més joves, algunes d'elles provinents de diferents projectes i iniciatives més de caràcter alternatiu al model de reivindicació veïnal tradicional (també algunes participants de les assemblees d'indignades del Carmel del 15-M i de projectes en que aquestes van derivar) han possibilitat la renovació de l'associació de veïns. Aquesta renovació, per altra banda, com ha pogut succeir a d'altres parts de la ciutat, ha incorporat noves persones, però tampoc ha suposat la participació massiva dels veïns i veïnes del barri. Sí es cert que aquesta renovació ha contribuït a l'enfortiment de l'enxarxament i visibilització d'algunes iniciatives del barri com el projecte GuifiAmunt (que planteja l'impuls d'una xarxa compartida d'accés a internet a través del sistema Guifi), la PACA (Punt d'Acció Contra l'Atur, grup de suport mutu d'aturats i aturades del barri), o La Carmela Verdulera (grup de consum agroecològic).

Per altra banda existeix un altre tipus d'enxarxament al voltant del Pla Comunitari del Carmel. L'Associació Carmel Amunt és l'entitat que gestiona el Pla, però també hi trobem altres entitats, que treballen amb l'exclusió o amb l'atenció a determinades problemàtiques. Algunes d'aquestes són entitats altament professionalitzades i prestadores de serveis amb finançament –total o parcial- públic. També hi trobem entitats no professionals, no prestadores de serveis i que no reben subvencions públiques (per exemple, l'Associació 40 p'arriba 40 p'abajo) que són membres de la junta de Carmel Amunt.

Si bé el Pla Comunitari és remunta a l'any 2000, i si bé la renovació de l'AVV s'ha donat de manera bastant recent, tant des dels inicis com a l'actualitat ha existit i existeix certa distància, entre aquests espais. Aquesta relació ha passat per diferents moments, i no podem dir que sempre hagi estat distant. Al principi, segons ens expliquen des del Pla Comunitari, va costar, però posteriorment la relació va ser més estreta i l'AVV va participar a alguna assemblea de Carmel Amunt i en algun Projecte concret. Segons se'ns explica, aquesta distància inicial podria ser deguda a tenir objectius diferents (durant aquest període l'AVV va centrar-se en aspectes urbanístics

relacionats amb l'esvoranc). També s'ha de dir, que els espais de treball eren viscuts com a complementaris i la relació personal era i és molt bona.

Per tancar aquest punt, és important dir que, tant Associació de veïns com Carmel Amunt, tenen com a repte aconseguir la participació dels veïns i veïnes del barri en el desenvolupament de les seves accions.

### **3. Breu descripció de les accions comunitàries en l'àmbit de la salut**

Aquest apartat presenta de forma sintètica el procés d'impuls i evolució de l'acció comunitària en salut desenvolupada al barri del Carmel. Es tracta d'una síntesi descriptiva, és a dir, deixem per a les properes seccions de l'informe l'anàlisi en profunditat de les accions que s'estan desplegant.

#### **3.1 Origen i accions principals**

El barri del Carmel neix amb importants carències derivades de la seva nul·la planificació urbanística i de serveis, així doncs, el propi centre de Salut del Carmel (CAP Carmel) va néixer fruit de les reivindicacions veïnals de la dècada dels anys 80.

Actualment, al barri del Carmel es desenvolupen activitats diverses orientades a la prevenció i/o la promoció de la salut pública, que podríem classificar com a accions comunitàries en salut. Al mateix temps, podem dir que aquestes accions es desenvolupen a iniciativa de dos espais de treball o de referència, els quals estableixen connexions i ponts; per una banda el Pla Comunitari "Carmel Amunt" i, per una altra, l'equip de professionals orientats a la salut comunitària del CAP El Carmel.

Ambdues experiències tenen orígens diferenciats però, des de fa 15 anys, conflueixen en les accions, espais de reflexió i treball, mantenint-se alhora l'autonomia del centre de salut en el cas de l'impuls d'algunes iniciatives.

Per a comprendre de forma clara el model organitzatiu actual i la relació entre aquests dos espais ens hem de remuntar als inicis del CAP El Carmel, a l'any 1990, així com a la creació del Pla Comunitari "Carmel Amunt", cap a l'any 1999-2000.

Al novembre de l'any 1990 va iniciar la seva activitat el CAP El Carmel, un centre de nova creació, és a dir, posterior a la reforma de l'atenció primària en salut, la qual ja plantejava una nova forma organitzativa i orientació dels metges en medicina de família i comunitària<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> La reforma de l'atenció primària en salut a Catalunya va quedar recollida al decret 84/85 de 21 de març de 1985. Aquesta reforma plantejava, entre d'altres canvis, una nova ordenació territorial en zones o àrees bàsiques de salut amb un equip de professionals a càrrec, l'atenció

El centre es va configurar amb presència d'antics professionals però també amb professionals joves, alguns formats en aquesta orientació de Medicina Familiar i Comunitària i amb *"aquella visió o criteri de metge de poble"*, tal i com ens deia una de les entrevistades. Segons se'ns relata, una de les frases que materialitzava aquesta voluntat i interès en fer les coses diferents era: *"hem de sortir al carrer, ens hem de treure la bata"*, expressió que utilitzava la infermera adjunta a direcció d'aquells primers anys de vida del centre.

Aquesta voluntat i motivació d'avançar cap a l'orientació comunitària de l'activitat del centre no va tenir fruits des dels seus inicis, ans al contrari, va ser un procés lent i llarg.

El primer intent d'entrada en contacte amb el territori i amb la seva població el van promoure una doctora i una treballadora social, encara actives laboralment al centre, junt a infermeres avui jubilades. El canal va ser l'associació de veïns, i la trobada no va tenir els resultats esperats.

En aquells moments, a inicis dels anys 90, les associacions de veïns jugaven un important paper de reivindicació i pressió cap a les administracions en la conquesta d'equipaments i serveis, també vinculat als EAP.

La manca d'experiència de l'equip en metodologies de participació comunitària, així com la manca d'interès per una part de gran part de l'equip, van fer que durant anys aquest tipus d'orientació fos més un desig que una realitat (Montaner i Roig, 2006).

Tot i els obstacles trobats, la voluntat i interès de part de l'equip en fer una aproximació a la realitat del territori va ser una constant durant anys, i l'orientació APOC (Atenció Primària Orientada a la Comunitat) va jugar, i juga, un paper determinant en la visió i accions desenvolupades per part dels professionals del centre.

L'any 1993 arribarien els primers metges residents al CAP i participarien de la primera anàlisi de la situació des de l'orientació APOC, la qual continuaria i és finalitzaria al 1994. Si bé l'APOC planteja una seqüència de treball fonamentada en 5 passos (anàlisi de la situació, prioritització, anàlisi selectiu d'un problema en concret,

---

primària de metges de família i pediatres, infermeres i professionals no sanitaris; l'abordatge biopsicosocial dels problemes de salut; la incorporació d'activitats de prevenció i promoció de la salut; l'enfocament social i comunitari; i la incorporació de la docència i la recerca. Els canvis en el desplegament i orientació de l'atenció van ser lents i es van anar desenvolupant de manera no homogènia en les 322 àrees bàsiques que es van configurar a Catalunya.

intervenció i avaluació) en els primers anys de vida del centre no s'aconseguia passar del primer pas: l'anàlisi de la situació. Aquest primer pas requeria molt d'esforç i era possible gràcies a la voluntarietat dels pocs professionals del CAP que decidien implicar-se, així com als metges residents que, en el moment d'incorporar-se a l'equip rebien l'encàrrec de desenvolupar l'estudi, fet que va possibilitar un enfortiment important d'aquesta línia de treball.

Aquesta anàlisi de la situació de la salut va combinar tècniques de recollida d'informació quantitativa i qualitativa posades en relació, directa o indirectament, amb determinants de la salut (Montaner i Roig, 2006), i va concloure amb un llistat de problemes que es van exposar al conjunt de tot l'equip. Es van seguir les indicacions metodològiques de l'APOC, no obstant, l'equip no tindria capacitat per continuar amb els següents passos plantejats per la metodologia, la qual requeria de força implicació i disponibilitat de l'equip, sistematització en la recollida de dades, establiment d'indicadors, etc. Tot i això, amb els anys es va anar fent més permeable i es va anar retroalimentant del treball desenvolupat des dels plantejaments de recerca-acció que s'estaven desenvolupant en el marc de treball amb gent gran. Aquest treball ho estava desenvolupant la treballadora social del CAP (cap a finals dels 90) en coordinació amb els serveis socials de l'ajuntament i altres professionals. Per altra banda, l'eina metodològica és convertida en una eina pedagògica de cara als professionals residents, amb la qual s'aniria actualitzant la informació d'aquesta anàlisi de la situació any rere any. Finalment, a inicis dels 2000, havent entrat en contacte amb el Pla Comunitari, l'equip rebria una nova formació i plantejament metodològic a càrrec de Marco Marchioni, en el marc de les accions formatives impulsades des del Pla Comunitari Carmel Amunt.

Al 1997, els contactes i treball que s'havia iniciat entre diferents professionals del treball social dels Centre d'Atenció Primària en Salut (els dos que atenen el barri, CAP-Horta i CAP-Carmel), dels serveis socials, i de Càritas (que gestionava un projecte d'atenció a la gent gran amb pocs recursos), acabaria cristal·litzant en la "Comisión de Trabajo Interinstitucional de El Carmelo" (CTIC). Encara que l'origen d'aquesta comissió va ser la coordinació de casos individuals, de forma progressiva aniria incorporant una visió més grupal i comunitària que buscava implicar a la població en la trobada de respostes a les problemàtiques detectades. Com a eina metodològica va ser incorporada la Recerca-Acció-Participativa (IAP), metodologia que va possibilitar anar incorporat progressivament altres serveis i entitats del territori (Biblioteca, tres casals de gent gran del barri, una escola bressol, dos escoles primàries, Radio Carmel i la pròpia Carmel Amunt). Amb tot i això, tal i com el nom de l'espai definia, es



tractava d'un espai configurat per tècnics que pensava i organitza activitats adreçades a la població, la qual exercia bàsicament un paper de "consumidor" d'aquestes activitats. Encara que la població no decidís, la valoració que es fa d'aquell període és molt positiva, "no hi havia res" (en paraules d'una persona entrevistada), i es van aconseguir actuacions molt interessants (una jornada de sensibilització<sup>4</sup> respecte al tema de la gent gran i activitats derivades, un grup de suport emocional, etc.) i de manera progressiva la població, a partir de diferents grups organitzats al barri, va assumir major protagonisme en l'organització d'activitats.

Serà al voltant de l'any 2000 quan les professionals del centre entraran en contacte amb l'embrió del que seria el Pla Comunitari del Carmel Amunt, fet que permetria avançar en les passes següents a l'anàlisi de la situació. Dins del cap CAP, al 2001, serà constituïda una comissió de treball que fins al moment havia funcionat de manera desorganitzada i informal, la COSACO (Comissió de Salut Comunitària), amb l'objectiu de treballar les relacions i les accions de promoció de la salut amb la comunitat.

Com explicàvem als inicis d'aquest apartat, de manera paral·lela a la feina iniciada des del CAP, s'havia iniciat una feina d'organització comunitària dels serveis a partir d'algunes associacions del barri. A finals del 90, un grup d'entitats que treballaven amb col·lectius en risc d'exclusió és van constituir com a associació de segon nivell amb el nom de Carmel Amunt, amb l'objectiu de generar un ens que els hi permetés impulsar i gestionar un Pla de Desenvolupament Comunitari sota el mateix nom, Carmel Amunt.

Inicialment les entitats que van conformar Carmel Amunt van ser, ADSIS, CEJAC, Caritas, el Centre Juvenil Martí-Codolar, Els Tres Turons i el Club de Bolos Leoneses. Amb tot i això, cal dir que en aquest procés de reflexió intern previ a la creació de Carmel Amunt, van estar presents altres professionals del territori (CAP Carmel, Escoles del barri, Serveis Socials,...) tot i que la plataforma jurídica que s'impulsava era una associació d'associacions.

Carmel Amunt és constituïria com a una Plataforma de Treball que tenia la clara voluntat, més enllà de la seva utilitat com a eina de gestió de projectes o del propi Pla

---

<sup>4</sup> Aquestes jornades adquiren el nom de "Comptem amb la gent gran al Carmel", es feien al llarg d'una setmana i van abordar al llarg dels anys diferents perspectives i temàtiques (Montaner i Roig, 2006)

Comunitari<sup>5</sup>, de ser un espai que transmetés una manera de fer diferent, amb capacitat d'elaborar propostes creatives de desenvolupament comunitari (Úcar i Ponce, 2001).

Les primeres passes que es realitzaren des d'aquest espai van ser la formació en acció comunitària amb l'expert Marco Marchioni i la realització d'una diagnosi comunitària del barri, amb el suport d'un equip de recerca de la UAB, la qual complementava el treball que ja s'havia iniciat pels professionals d'aquest grup impulsor previ al Pla Comunitari.

En uns inicis el procés d'elaboració de la diagnosi del barri va permetre anar vertebrant xarxa, complicitats i experimentació en el treball conjunt. En el marc del Pla de Desenvolupament Comunitari és van començar a desenvolupar projectes i activitats a partir de la creació de diferents Comissions de Treball, entre elles la de Salut.

La definició dels objectius de la Comissió de Salut del Pla Comunitari no seria immediata, sinó que va requerir un temps important de reflexió i intercanvi d'informació. En tot aquest procés de treball, el fet que des del CAP, a partir de la metodologia APOC, ja és tingués un tema sobre el que hi havia interès treballar, (l'obesitat infantil) va fer que aquesta proposta fos integrada a la Comissió de Salut del Pla Comunitari. Segons el que se'ns ha relatat a les entrevistes realitzades va ser un moment de benefici i aprenentatge mutu en què tothom guanyava. Per una part, el Pla Comunitari necessitava aterrar la línia de salut en un tema concret en el que es pogués començar a treballar de manera compartida entre els diferents actors. Per altra banda, el CAP Carmel, que fins al moment no s'havia vist capaç d'anar més enllà de la detecció de necessitats operativitzant un pla de treball d'abast comunitari, per primera vegada tenia a disposició un número important d'actors que li podrien ajudar a vertebrar aquesta feina, motiu que els va acabar de donar l'empenta per triar aquest tema. I així va ser, a partir de l'any 2005 que es van dissenyar en el marc del Pla Comunitari accions adreçades a l'educació per a la salut per a menors de 18 anys.

Des de l'esmentat moment, i de manera progressiva, el CAP El Carmel ha anat treballant el temes d'interès a partir de l'estructura del Pla Comunitari, encara que ha mantingut autonomia en l'inici o impuls de línies de actuacions que ha considerat prioritàries des del centre. En aquest sentit, per exemple, la línia de treball iniciada des

---

<sup>5</sup> Carmel Amunt s'inicia al 2001 com a PDC (Pla de Desenvolupament Comunitari) adherint-se a la línia de finançament per a aquest tipus de projectes impulsada per la Generalitat de Catalunya a través de la Direcció General de Serveis Comunitaris i del co-finançament municipal. L'entitat "gestora" que permetria accedir a aquests recursos seria Carmel Amunt.

de la CTIC permetria orientar accions cap a la salut comunitària, fent confluïr sinèrgies entre la Comissió i el Pla Comunitari, donant peu a partir de l'any 2006 a activitats tals com les caminades pel barri "Salut, camí i companyia" o el programa de voluntariat "Veí m'acompanyes", entre d'altres actuacions.

L'acció comunitària en salut a partir d'aquells anys es centrà de forma important en la promoció d'hàbits saludables, i al 2008 es va consolidar el que es va anomenar el "Projecte de Barri" del Pla on la salut comunitària va tenir un paper rellevant a través de la Comissió d'hàbits saludables del Pla.

A partir de l'any 2012 hi ha un canvi en l'equip dinamitzador del Pla Comunitari, es va fer una parada interna per a reflexionar sobre què s'estava fent i, finalment, és decidí reorientar el treball cap als determinants socials de la salut.

### **3.2 Actors implicats en les intervencions**

El nivell d'implicació i compromís en el desenvolupament de les diferents accions comunitàries en salut és divers, amb tot i això sí podem parlar d'un conjunt d'entitats i/o serveis que tenen un paper actiu en el desenvolupament de les mateixes. Les detallem a continuació:

- 1) Pla Comunitari Carmel Amunt: tècniques comunitàries contractades a través de l'entitat gestora Carmel Amunt.
- 2) Equip d'Atenció Primària del CAP El Carmel: participen de forma activa nou professionals components de la Comissió COSACO, els quals també donen suport o impulsen accions; a banda, altres professionals del centre, per exemple, els MIR (Metges Interns Residents), els IIR (Infermers/es Interns Residents) o els metges de Família i Comunitària, que participen a les recerques associades a les accions comunitàries en salut, a més de fer prescripció social.
- 3) Equip d'atenció primària del CAP Horta 7D: participen cinc professionals a la Comissió Sociosanitària del Pla Comunitari, la treballadora social, una metgessa de família i 3 infermeres. Participen a les recerques associades a les accions comunitàries en salut i en els de la comissió de forma permanent.

- 4) Equip de Serveis Socials: han anat participant de forma permanent a les Comissions del Pla Comunitari. Actualment amb el nou canvi de direcció d'equip del CSS del Carmel i la saturació d'aquest amb les noves demandes derivades de la crisi, estan participant intermitentment en els projectes del Pla, especialment en aquelles accions que van dirigides a usuaris compartits, com per exemple el de pobresa energètica.
- 5) ASPB: sempre hi ha hagut la participació a la comissió d'una infermera de l'agència de salut pública, actualment, al 2016, amb l'arribada al Carmel del programa Salut als barris, la persona que ve de l'ASPB està directament vinculada a aquest programa
- 6) Districte d'Horta-Guinardó: tècnica de barri (la seva presència és més de suport extern municipal al desenvolupament d'alguna activitat al barri)
- 8) Biblioteca: Directora de la biblioteca. A banda de la participació en la Comissió Sociosanitària del PDC, la biblioteca és acollidora d'activitats per a la promoció de la salut, com les xerrades del projecte Gaudi'm, entre d'altres.
- 9) Escoles (participen puntualment en algunes activitats): CEIP Carmel, Coves d'en Cimany, Virolai i Col·legi Santa Teresa de Jesús. Encara que no tenen presència activa a la Comissió Sociosanitària participen de l'organització de la Macrocaminada Intergeneracional. Per altra banda, les escoles també participen a les visites al Mercat.
- 10) Associació Els Tres Turons: A banda de la participació en la Comissió Sociosanitària del PDC participa en la dinamització del Joc de l'Oca i les visites al Mercat.
- 11) Mercat del Carmel: participa a l'organització de l'activitat de visites al mercat per a promoure l'alimentació saludable
- 12) CAS Horta Guinardó: participa de forma activa a la Comissió Sociosanitària.
- 13) Residència Assistida, Centre de Dia i Casal de Gent Gran Horta: Participa de forma activa a la Comissió Sociosanitària.
- 14) Associació 40 p'arriba – 40 p'abajo: participen de forma activa a la Comissió Sociosanitària i a diferents activitats impulsades des del Pla Comunitari.

## 4. Anàlisi de l'acció comunitària en salut

Com hem avançat en la descripció de la metodologia, l'estudi de cas es va orientar entorn de tres dimensions centrals, que van delimitar els processos de cerca i anàlisi d'informació.

La primera d'aquestes dimensions l'anomenem “simbòlica” i fa referència als significats, interpretacions i conceptualitzacions que els diferents actors tenen respecte de l'acció comunitària en salut. Ens referim al **perquè** de l'acció comunitària en salut, el problema públic i els valors i idees que estarien motivant la intervenció.

La segona dimensió és la “substantiva”, que es refereix a les accions de salut comunitària que en concret es desenvolupen en el territori, els seus objectius, continguts i activitats. Parlem del **què** de l'acció comunitària en salut.

La tercera dimensió és la de caràcter “processual”, és a dir, les formes o mètodes que s'apliquen per desenvolupar les accions en salut comunitària. En aquest sentit analitzem el **com**, la manera de gestionar i interactuar entre els diferents agents quan es fa acció comunitària en salut<sup>6</sup>.

### 4.1 Simbòlica: el perquè

En relació al conjunt de persones entrevistades implicades en les accions comunitàries de salut identificades a El Carmel existeix una concepció ampla i complementària sobre l'acció comunitària en salut.

Com a elements centrals d'aquest discurs emergeixen diferents conceptes i termes que detallem a continuació.

*“La participació” i “l'empoderament de la comunitat en la seva salut”*, entesos ambdós conceptes com que la població del territori ha d'assumir que la salut els hi pertany, que és la seva responsabilitat i que han de vetllar per ella. Aquesta idea es complementa amb la reflexió d'alguna professional, segons la qual hi pot haver una part de *“mea*

---

<sup>6</sup> Per a una definició conceptual en detall d'aquestes tres dimensions es pot consultar el document “Marc analític i metodologia general del projecte Salut comunitària”, elaborat per l'equip d'aquesta recerca.

*culpa*” degut a la dinàmica generada entre professionals i usuaris al llarg dels anys, en la que s’ha reforçat que la gent assistís als serveis sanitaris en tenir qualsevol molèstia. Això no seria una especificitat del Carmel sinó una característica del sistema sanitari en termes generals. Ara la tendència o el repte seria un altre, orientar l’activitat sanitària cap a la prevenció i els col·lectius més vulnerables del territori, que “*són els que més ho necessiten però els que menys ho demanen*”.

*“La salut no és el sistema sanitari”* i *“el centre de salut no és l’únic centre de salut de la comunitat...la salut està a tot el barri”*. En aquest sentit s’apunta a que els professionals de la salut necessàriament hauran d’acompanyar els processos de malaltia, hi ha malalties que necessiten d’atenció, però *“mantenir la salut està vinculat amb temes socials i emocionals”*. Així doncs, aquesta concepció implica una relació diferent dels professionals de la salut amb la comunitat.

*“Existeixen determinants socials de la salut”*. El discurs sobre l’existència de determinants socials de la salut, així com la necessitat d’incidir sobre aquests per aconseguir canvis i millores en el territori, apareix com un element central, inclús quan se’ls hi pregunta què entenen per acció comunitària en salut. *“No es tracta de dir a la gent el que ha de fer”*, en moltes ocasions les conductes i hàbits de la gent no poden ser escollides ja que venen determinades per aquests condicionants. Aquest element és compartit i apareix en tots els agents entrevistats implicats en les accions comunitàries en salut.

## **4.2 Dimensió substantiva: el què de l’acció comunitària en salut**

Tal i com assenyalàvem a les pàgines anteriors, l’acció comunitària en salut al barri del Carmel s’està articulant a partir de dos espais que tenen una clara relació (així com interdependència en el cas d’alguns projectes). Aquests espais són el Pla Comunitari Carmel Amunt i el CAP El Carmel.

Detallem a continuació el conjunt d’accions que s’estan desenvolupant amb objectius orientats cap a l’acció comunitària en salut. Hem cregut necessari fer un breu apunt sobre l’origen i evolució d’aquestes accions, per tal de posar-les en context.

Taula 4. Resum de les accions comunitàries en salut desenvolupades pel CAP Carmel i el Grup Sociosanitari del PDC Carmel Amun

Accions	Qui lidera
1. Promoció d'alimentació saludable i exercici físic per a la prevenció de l'obesitat en infants	CAP El Carmel
2. Tallers d'activitat física PAFES	CAP El Carmel
3. Projecte Gaudi'm	CAP El Carmel
4. CAYSEF (Canta i se feliz)	CAP Carmel
5. Prescripció social	CAP Carmel
6. Macrocaminada intergeneracional	Pla Comunitari
7. Recorreguts al mercat i oca saludable	Pla Comunitari
8. Taller preventius i de formació	Pla Comunitari
9. La Lita i els determinants de la salut	Pla Comunitari

**Nota:** Al Carmel es fan altres activitats orientades a la Salut Comunitària realitzades per diferents serveis i entitats (CAS, CAP Horta 7D, 40 p'arriba 40 p'abajo), les quals són informades en el marca de la Comissió del PDC per tal de coordinar-se.

En relació a les accions impulsades des del CAP El Carmel:

### **1) Projecte de promoció d'alimentació saludable i exercici físic per a la prevenció de l'obesitat en infants del barri del Carmel**

Aquesta línia de treball es remunta a l'any 2006. Al llarg dels anys, encara que amb dificultats, els professionals del CAP El Carmel han anat sistematitzant informació per a l'avaluació de l'impacte de les intervencions tenint en compte la metodologia APOC. Si bé el projecte es va iniciar a l'any 2006 amb accions d'informació i sensibilització junt amb el CEIP El Carmel; actualment, des del 2013, treballa en la línia de la promoció d'hàbits saludables en infants, envers l'alimentació i l'exercici, per tal de reduir l'obesitat infantil.

Entre les activitats que es realitzen podem destacar les visites dels centres educatius al Mercat, impulsades en el marc del Pla Comunitari (d'aquí la citada interdependència entre projectes del PDC i el CAP). En aquesta visita, amb els alumnes de primària,

també es realitza El Joc de l'Oca, activitat dinamitzada pels usuaris del projecte de la Fundació Tres Turons, entitat que té com a objectiu la promoció de la salut mental comunitària.

## **2) Tallers d'activitat física (PAFES)**

Els tallers d'activitat física desenvolupats des del CAP El Carmel, és van iniciar a l'any 2000. Actualment els podríem definir com una evolució cap a l'orientació comunitària dels tallers d'activitat física desenvolupats des del programa PAFES (Pla d'Activitat Física Esport i Salut).

El plantejament original d'aquest programa del Departament de Salut i la Secretaria d'Esports es la realització de 24 sessions d'activitat física adreçades a usuaris del CAP. Els professionals del CAP El Carmel, a partir de l'experiència van veure que es generava una forta dependència d'aquestes persones beneficiaries del programa cap als professionals de la salut, i que difícilment tornaven a reprendre l'activitat esportiva de forma autònoma. Partint d'aquesta anàlisi, van decidir reorganitzar l'activitat orientant-la cap a la creació de grups autònoms de persones que poguessin donar continuïtat a aquesta activitat.

Va ser a l'any 2009, quan el CAP El Carmel planteja la reconversió de les 24 sessions en dos tongades de 12 sessions, a raó de dos sessions setmanals d'una hora. L'objectiu dels professionals del CAP que dinamitzaven aquests sessions va ser generar lideratges per tal de poder garantir la continuïtat del grup una vegada finalitzessin les dotze sessions contemplades pel programa, les quals estaven sota la dinamització dels professionals de la salut. La nova forma de fer-ho perdura actualment i es tracta de que, a les persones participants se'ls hi planteja des de l'inici la necessitat de que abans de que finalitzin les sessions ha d'aparèixer un líder disposat a donar continuïtat a l'activitat, és a dir, que doni continuïtat a l'activitat física de forma voluntària i autònoma. Segons la informació aportada a les entrevistes, aquest plantejament ha funcionat perfectament des de que es va iniciar (sempre s'ha aconseguit aquest lideratge).



El CAP El Carmel, una vegada aquests grups tenen continuïtat, hi continua vinculat, però de forma molt menys intensa. El paper de la treballadora social passa a ser de coordinació o pont per a l'enviament de noves persones, d'enllaç per a la participació d'aquests grups en activitats comunitàries de barri, i de suport a la gestió de conflictes que poguessin aparèixer en algun moment als grups. El paper de les infermeres s'ha orientat a donar suport per assegurar un bon aprenentatge dels membres dels grups.

Quan les persones participants de les activitats formals (les de les 12 sessions) finalitzen el cicle, se'ls hi proposa integrar-se a algun dels grups autònoms actius o bé generar un de nou.

Actualment existeixen 5 grups actius:

- SalutGym: mitjana de 30 persones
- Supernova: mitjana de 30 persones
- Las hijas de la Luna: mitjana de 20 persones
- Los invencibles: mitjana de 6 persones
- Las chicas Yeyé: mitjana de 6 persones

### **3) Gaudi'm**

El projecte Gaudi'm treballa a partir de les inquietuds dels diferents grups d'activitat física existents al CAP així com d'altres grups de persones grans del barri. El seu objectiu és facilitar informació i reflexió entorn als temes que preocupen a aquests col·lectius, així com d'alguns temes que els professionals de la salut consideren molt importants. Dins del projecte Gaudi'm s'engloben els grups d'activitat física impulsats des del CAP, així com altres col·lectius del barri.

Des del projecte s'organitzen 9 xerrades al llarg de l'any, les quals són obertes i es porten a terme a la Biblioteca del Carmel.

Hi participen diferents professionals del CAP: Anna Roig (TS), Pili Sáez (GiS), Pilar Martín (DUI), Emma Vilaró (DUI).

#### **4) CAYSEF (Canta Y Sé Feliz)**

Aquest projecte parteix de l'interès clínic del CAP El Carmel en la realització d'un estudi sobre l'efecte del cant en la percepció del dolor articular.

Aquest estudi es va realitzar pels metges residents (estudi MIR 2014 - 2015), i va analitzar l'efecte del cant en la percepció del dolor en pacients que iniciaven una activitat de Coral i en un grup control que no la va iniciar.

Aquesta Coral va ser impulsada pel CAP El Carmel, que veient els seus efectes beneficiosos a partir de l'estudi, es plantejà com a objectiu, després d'un any i mig d'activitat, transferir la dinamització d'aquesta Coral a la comunitat. La idea és que passi a ser un actiu de salut gestionat per la comunitat, al qual des de el CAP es pugui fer prescripció social (derivar pacients que pel seu diagnòstic es consideri que els hi pot ser beneficiós).

La Coral, per altra banda, realitza diferents actuacions al barri. Si bé inicialment estava composta per pacients del CAP i professionals que l'acompanyaven, la idea és que acabi sent una Coral del barri, oberta a qualsevol persona, i que tingui una dinàmica i vida independent al CAP.

Actualment les classes es realitzen al CAP, fora de l'horari d'atenció, i com a professionals del CAP hi participen la treballadora social, una infermera i una metgessa de família.

Si bé inicialment, en el període que es va realitzar l'estudi, es va pagar a un professional (músic) des del CAP per a que portés el grup, actualment aquesta despesa la estan assumint les 25 persones participants de l'activitat (amb una aportació mensual d'uns 5-10 euros).

#### **5) Prescripció social**

És una activitat transversal desenvolupada en major o menor mesura pels professionals dels centre de salut, els quals a partir del coneixement que tenen de les

activitats comunitàries existents al barri, orienten els pacients i els hi recomanen desenvolupar-les per tal de millorar el seu estat de salut.

Per la seva banda, en relació al segons bloc d'accions, aquelles que s'articulen a partir del Pla Comunitari Carmel Amunt mitjançant la seva Comissió Sociosanitària<sup>7</sup>, tenen com a objectius generals:

- Sensibilitzar la població sobre hàbits saludables mitjançant activitats participatives i intergeneracionals.
- Implicar el veïnat del Carmel en les accions de promoció de la salut.
- Implicar les entitats en el procés educatiu desenvolupat per a promoure hàbits saludables.
- Identificar les necessitats sociosanitàries que es derivin del context de crisi i valorar la viabilitat de respostes col·lectives.

Detallem a continuació aquests accions que adquireixen format de projecte i es desenvolupen en el marc del PDC Carmel Amunt:

## **6) Macrocamionada intergeneracional**

Aquesta activitat comunitària enguany ha arribat a la seva 11a edició. En aquesta activitat hi participen diferents actors del barri, alguns d'ells vinculats a projectes impulsats des del CAP, com seria el cas dels grups d'activitat física, així com diferents escoles de primària, l'associació 40 p'arriba 40 p'abajo, l'Escola d'adults, La Fundació Els Tres Turons, el CAP Horta-7D, la Residència assistida i Centre de Dia i Casal de la Gent Gran Horta i diferents equipaments de gent gran.

L'activitat consisteix en que els nens de les escoles de primària participants al projecte assisteixen als grups d'activitat física que impulsa el CAP per tal de d'ensenyar exercicis d'estiraments a la gent gran.

---

<sup>7</sup> Cal destacar que al PDC Carmel Amunt existeixen d'altres comissions, activitats i projectes que poden tenir a veure de forma indirecta amb la promoció de la salut al generar relacions socials i vincles. Una d'aquestes comissions és la de Pobresa energètica, en la qual també participen els CAPs, i que aborda el tema concebant-ho també com un determinant de la salut.

Un cop l'any es convoca una macrocaminada, on participen aquests grups d'activitat física, les escoles i altres col·lectius del barri, i fan una caminada després d'una sessió d'estiraments dinamitzada per la gent gran d'aquests grups. Al llarg de l'itinerari les infermeres del CAP també dinamitzen activitats.

La participació en aquesta activitat arriba a superar les 200 persones.

### **7) Recorreguts al mercat i Oca Saludable**

Aquest projecte consisteix en l'organització de visites guiades al Mercat del Carmel i el seu objectiu és donar a conèixer els avantatges de les dietes sanes i els productes de mercat. L'activitat s'organitza des del Pla Comunitari amb el Mercat i professionals i usuaris de la Fundació Tres Turons.

Per als visitants més joves, els alumnes d'educació infantil i primària, la visita finalitza amb el Joc de l'Oca Saludable, on sobre un taulell de grans dimensions, nens i nenes miren d'avançar caselles responnent preguntes que els fan reflexionar sobre les virtuts d'una dieta alimentària equilibrada.

### **8) Tallers formatius i de prevenció.**

Aquests tallers es desenvolupen a demanda dels serveis, entitats i població i els imparteixen, segons temàtica, professionals del territori (informació obtinguda al web de Carmel Amunt, 2016).

### **9) “La Lita” i els determinants de salut**

Actualment és el projecte estrella de la Comissió Sociosanitària del Pla Comunitari, es va iniciar al 2013, i el seu objectiu és incidir i sensibilitzar sobre els determinants socials de la salut al barri.

Les primeres passes per a l'impuls d'aquest projecte van suposar la formació interna de la comissió de Salut del PDC sobre aquests determinants. Els aprenentatges adquirits pels professionals de la salut els hi van fer arribar a la conclusió de que no es tractava únicament de donar informació per a que la gent canviï els seus hàbits i tinguin una vida més saludable, sinó que hi ha una sèrie de determinants que condicionen les eleccions i conductes de les persones i, per tant, s'ha d'incidir sobre aquests determinants, ja que només amb informació no és possible aconseguir canvis de conducta.

Aquest procés de treball va derivar en l'edició d'una publicació ("La Lita i els determinants de la salut") on és presentaven històries de vida de persones del barri posades en relació amb aquests determinants socials de la salut. Aquesta publicació esdevenia doncs material de treball, de reflexió i de sensibilització.

La taula de Salut del Pla Comunitari va presentar als membres de la comunitat un primer esborrany (que es va contrastar amb 90 veïnes i veïns) del llibre sobre el que es van fer esmenes. Finalment al 2015 es va publicar el llibre "La Lita i els determinants socials de la salut", el qual és també un material educatiu amb exercicis pràctics que pretén ampliar la visió de la salut per part de la població cap als determinants socials de la salut.

A partir de la publicació es va plantejar una estratègia de sensibilització de cara al barri amb l'objectiu de que fos la pròpia comunitat qui pogués jugar un paper actiu en aquest sentit. Per fer-ho es va decidir tirar endavant una publicació digital.

Amb la col·laboració de l'Associació SICOM (Solidaritat i Comunicació<sup>8</sup>), és decideix fer formació a un grup de veïns/veïnes per tal de impulsar una revista digital que abordi el tema dels determinants de la salut.

Aquesta formació, actualment en curs, pretén adreçar-se a diferents perfils de persones del barri, realitzant la formació en tres grups i moments al llarg d'un mes i mig amb 2 sessions setmanals de 2 hores cadascuna. En aquestes sessions, els participants aprenen a utilitzar diferents eines tecnològiques (màquina fotogràfica, mòbil) per després sortir al barri i captar en imatges aquells determinats socials que hi

---

<sup>8</sup> <http://www.sicom.cat/blog/qui-som/> (consultada a 18/08/2016)

consten al llibre. El material generat es publicarà a la revista digital del barri: La Lita News. Actualment, a setembre de 2016, ja han finalitzat la formació 2 grups.

### **4.3 Dimensió processual-operativa: el com**

El procés de treball desplegat per a l'impuls de les accions comunitàries en salut de El Carmel ha combinat moments de reflexió amb prioritització d'actuacions i posterior desenvolupament de projectes i avaluació continuada. La dinàmica seguida es fonamenta en el treball col·laboratiu entre els diferents actors implicats, així com en l'acció-reflexió-acció. La dimensió processual-operativa ve determinada pel model organitzatiu. En aquest sentit, és important fer la distinció entre els dos espais de treball que estan impulsant accions comunitàries en salut: Pla Comunitari Carmel Amunt i CAP El Carmel<sup>9</sup>.

#### A.- Pla Comunitari – Comissió sociosanitària:

Aquest espai està compost per diferents professional de l'àmbit de la salut i membres d'entitats del barri. La seva dinamització va a càrrec de les tècniques comunitàries del Pla Comunitari Carmel Amunt.

La seva periodicitat de trobada és mensual, amb una reunió d'unes 2 hores aproximadament. És des d'aquest espai que es dissenyen, organitzen i avaluen les accions i projectes anteriorment citats. El seu horari de trobada és normalment cap a la fi del matí, per tal de facilitar la participació dels professionals dels serveis de salut.

Participants a la Taula Sociosanitària:

- Tècniques comunitàries del PDC Carmel Amunt (2).

---

<sup>9</sup> El Pla Comunitari Carmel Amunt té concretament quatre grans projectes que s'operativitzen a través de quatre comissions de treball, una de elles és la Comissió Sociosanitària. El CAP EL Carmel fa operatiu el seu vincle amb la comunitat, així com el desenvolupament d'accions comunitàries en salut, a partir d'una comissió de treball interna, la COSACO (Comissió de Salut Comunitària), alguns membres de la qual també participen de les Comissions del Pla Comunitari.

- CAP El Carmel (membres de la COSACO): Metgessa de Família i Comunitat, Treballadora Social, Directora adjunta del CAP i Infermera participen totes de forma permanent.
- CAP HORTA 7D: Metgessa de Família i Comunitat, Treballadora Social i 3 infermeres (Equip de comunitària del CAP, participen de forma permanent).
- Tècnic Agència Salut Pública de Barcelona (ASPB)
- CAS-Horta Guinardó: participa el director de forma permanent.
- Fundació Els Tres Turons. Participa la treballadora sòcia.
- Associació 40 p'arriba – 40 p'abajo: Participen dues persones de forma regular.
- Biblioteca El Carmel – Juan Marsé: Participa la directora de forma permanent.
- Residència Assistida, Centre de Dia i Casal de Gent Gran Horta: Participa la treballadora social de manera permanent.
- Persones convidades puntualment per a l'explicació de projectes, propostes, activitats (a títol d'exemple: membres de la Comissió de Pobresa Energètica, etc.).

Tant per les entrevistes realitzades com per l'observació participant, podem dir que la figura de les tècniques comunitàries és central en la dinamització i operativitat d'aquest espai. Són elles les encarregades de planificar les sessions, fer les convocatòries, documentar el procés, així com de connectar i traslladar la informació a la resta de comissions i projectes del Pla Comunitari. En aquest sentit les dinamitzadores comunitàries juguen un paper clau en aquest procés de reflexió entorn a l'acció.

La visió de la Comissió Sociosanitària, la qual ha tingut diferents noms al llarg dels anys (anteriorment es deia Comissió de Salut) ha vingut construïda a partir de diferents processos de diagnosi, els quals han generat prioritització de temes i, posteriorment, organització i projectes a desenvolupar. En aquestes diagnosi les tècniques comunitàries també han jugat un paper central, o bé fent d'enllaç amb un equip extern que ha pogut desenvolupar diferents estudis o avaluacions, o bé tenint una implicació de forma directa.

Podem dir que, segons el que se'ns ha explicat, aquesta visió de cap a on havien d'anar les accions comunitàries en salut no sempre ha estat tant present o tant clara al llarg dels anys. Hi ha hagut moments en que ha costat aterrar les reflexions en accions

concretes, i d'altres, en que les accions han adquirit dinàmica pròpia allunyant-se de les reflexions.

Si bé la reflexió a partir de la diagnosi inicial, a inicis dels 2000, va plantejar la necessitat d'impulsar projectes adreçats a la generació d'hàbits saludables, amb els anys es va prendre consciència de que algunes activitats ja es feien per inèrcia sense plantejar-se el seu impacte o la seva finalitat, com va ser el cas del calendari del barri on s'incorporaven inicialment activitats d'hàbits saludables. Al 2008 es va fer una altra diagnosi participativa que culminà amb un projecte de barri compartit. És a partir del 2012 on hi ha una avaluació interna i és veu com a prioritari treballar sobre els determinants socials de la salut. Les diagnosi i l'avaluació, han estat dos pautes metodològiques que s'han anat repetint al llarg dels anys en el procés comunitari del Carmel.

Actualment la visió de la comissió planteja posar l'energia en els determinants socials de la salut, encara que de forma paral·lela s'estan mantenint les activitats de promoció d'hàbits saludables que tenen resultats (les que estan actualment en actiu i que s'han recollit a l'apartat de dimensió substantiva).

La dinàmica col·laborativa desenvolupada a l'espai de treball de la comissió planteja la posada en comú dels recursos per part de les entitats, persones o serveis participants, ja sigui en hores de treball, ja siguin recursos materials, aquests darrers o bé són cercats externament, o bé son aportats pel propi Pla Comunitari. En la gestió de recursos les tècniques comunitàries juguen un paper de lideratge. Aquest paper de lideratge també es dona en tot el procés de gestió de la informació, enviament d'actes i convocatòries, etc.

Per altra banda, aquesta dinàmica operativa de col·laboració adquireix una dimensió deliberativa important en el seguiment i reorientació de projectes. És en aquest espai on, si els projectes no estan assolint els objectius plantejats, es discuteixen per tal de plantejar-se canvis o elements de correcció. A títol d'exemple, a la sessió de treball del mes de juliol es va discutir sobre les dificultats de consolidar el darrer grup de persones que està participant de la formació portada a terme per SICOM per tal d'impulsar la Lita News. Les visions aportades en aquesta reunió pel conjunt de participants va permetre redefinir quin perfil hauria de ser el destinatari del grup de participants que s'iniciés després de l'estiu.



La Comissió sociosanitària acaba sent qui acumula coneixement i aporta una visió estratègica en relació al què fer, el que possibilita també reorientar els recursos externs que puguin arribar. A títol d'exemple, aquest podria ser el cas de la reorientació sol·licitada per a la diagnosi que estava desenvolupant l'ASPB amb la posada en marxa del programa Salut als Barris. Des de la taula, veient-se que el treball de camp inicialment proposat no aportaria nova informació a la ja existent al Pla Comunitari, han fet una proposta d'accions de recerca que podrien complementar el coneixement que ja es té.

Finalment, la reflexió de la pròpia Comissió ha contribuït a la creació i operativització d'altres espais de treball, com podrien ser la Comissió de Pobresa Energètica, la qual es veu com a clau per abordar els determinants socials de la salut.

#### B. COSACO: Grup motor de CAP El Carmel<sup>10</sup>

COSACO és un grup multidisciplinar que es reuneix regularment per planificar, fer seguiment i avaluar la relació i paper del CAP El Carmel en les diferents activitats comunitàries en salut que es realitzen al barri (una part vehiculada de forma directa a través del Pla Comunitari Carmel Amunt, i una altra promoguda directament pel propi CAP El Carmel).

Segons les entrevistes realitzades, és important recollir que des de la COSACO, el treball conjunt amb la comunitat només es concebut des de l'espai de treball que ha generat el PDC Carmel Amunt (en paraules d'una persones entrevistada "*no ens imaginem treballar de forma bilateral amb altres al marge del Pla Comunitari*"). Segons el que ens diuen les persones entrevistades, no és imaginable poder-ho desplegar des d'un altre espai o amb relacions bilaterals amb d'altres serveis. Si més no, també es reconeix i es promou el desplegament d'iniciatives pròpies, algunes d'aquestes responen a un històric del centre en l'aplicació de la metodologia APOC.

Aquesta comissió està composta per 9 membres de l'equip del CAP: tres metgesses de medicina familiar i comunitària, una treballadora social, tres infermeres (una d'elles

---

<sup>10</sup> Cal esmentar que el CAP Horta 7D, internament també té una Comissió de Salut Comunitària composta per tres membres, però al no ser un espai propositiu i impulsor de projectes propis, sinó més aviat un espai d'organització interna per participar de l'estructura del PDC Carmel Amunt, no s'ha recollit com un espai promotor de l'acció comunitària en salut al barri.

adjunta a direcció i referent de comunitària del centre) i una professional de Gestió i Suport (GiS) (així doncs, totes les components de la comissió són dones).

Els propis membres de la comissió entrevistats relaten que no tothom té la mateixa visió en relació a la necessitat o importància de l'acció comunitària en salut. Existeixen dos tipus de resistències al respecte. D'una banda, la resistència a portar-la a terme, és a dir, a fer un treball diferent al que es pugui fer a la consulta (que és més un imaginari que una realitat ja que a ningú se li demana que ho faci). D'altra banda, una altra resistència es derivaria de l'escepticisme respecte als efectes positius de l'acció comunitària en salut.

Se'ns explica que amb el temps s'ha anat interioritzant la idea de que no es tracta de que tothom surti al carrer a fer acció comunitària, sinó que del que es tracta és que tothom pugui tenir la informació dels recursos existents a la comunitat per si s'escau fer prescripció social a la consulta. Per l'altra banda, el desenvolupament de projectes està donant bon resultat, reducció de visites d'usuaris que eren molt demandants, benestar dels pacients, etc. Tot això també està contribuint a la reducció de les resistències.

La COSACO, per tant, fa d'enllaç entre les activitats comunitàries existents al barri i el CAP, a més de posar en relació i fer propostes d'encaix de la línia de prevenció i promoció de la salut comunitària que vol impulsar el CAP. Els membres d'aquest espai de treball posen en connexió i relació amb aquesta activitat comunitària la línia més de recerca clínica que es pugui estar desenvolupant (derivada de l'APOC, com ha estat el cas de l'obesitat infantil, o derivada d'interessos dels professionals del centre, com la recerca sobre el dolor articular que va derivar en la creació del projecte CAYSEF). Alhora, s'aprofita la presència dels MIR per a implicar-los en aquests projectes, als quals se'ls fa formació per a posar-los en situació amb el barri (s'ha elaborat un vídeo amb aquesta finalitat).

En relació a l'organització interna del CAP per tal d'implicar-se en les accions comunitàries en salut ve reconeguda per la direcció del centre. Amb tot i això cal dir que existeix una implicació molt alta de les professionals, les quals assumeixen reunions o participen d'activitats comunitàries al barri fora d'horari laboral (per les tardes o caps de setmana), sense esperar o demanar posteriorment un reconeixement de les hores de treball. S'intueix que aquesta alta implicació, en moments en que la

visió de la importància de l'acció comunitària en salut no era tan compartida pel conjunt l'equip, pot haver estat clau en la consolidació i desplegament de moltes accions. Actualment, la participació del CAP Carmel al projecte COMSALUT també està contribuint a aquest reconeixement.

Per últim, cal fer referència a l'encaix entre el Pla Comunitari i l'activitat promoguda des del CAP Carmel. Com dèiem anteriorment, existeix una dinàmica força autònoma en uns projectes i altament interdependent en d'altres, però tal i com ens expliquen les pròpies professionals del CAP, és l'existència del Pla Comunitari el que possibilita l'encaix entre ambdues dinàmiques de treball. En aquest sentit, el propi CAP treballa des d'aquest principi, les accions que dissenyen, per interès i prioritització pròpia, s'orienten a ser transferides a la comunitat, tenint com a espai de referència per a que això sigui possible el Pla Comunitari.

Les professionals membres de la COSACO que participen al PDC son qui traslladen a la Comissió Sociosanitària propostes o informacions d'accions que s'estan impulsant pel CAP. Així mateix, fan l'exercici a la inversa, i traslladen informació a les reunions d'equip del CAP (després d'haver-ho parlat a la COSACO).

## 5. Conclusions

Amb la voluntat de sintetitzar i presentar aspectes significatius de les característiques de l'acció comunitària en salut en el barri del Carmel, presentem a continuació una taula de tipus esquemàtic.

	<b>Variables</b>	<b>CARMEL</b>
<b>Dimensió simbòlica</b>	<b>Concepció de la salut i els seus actius</b>	Visió ampla i complementària (determinants socials, participació, empoderament, responsabilitat)
<b>Dimensió substantiva</b>	<b>Agenda i temàtiques abordades</b>	Hàbits saludables Generació de grups com a actius de salut (autonomia)
	<b>Recursos (origen, sostenibilitat)</b>	Variats però sobretot AAPP (PDC - recursos específics). Hores Prof. i voluntariat.
<b>Dimensió processual operativa</b>	<b>Estructura i lideratge de la iniciativa</b>	Territori en sentit ampli (PDC + CAP (APOC), amb autonomia des de cada espai)
	<b>Diversitat de la participació</b>	Sobretot Administracions Públiques, 3er sector i entitat veïnal <i>Repte:</i> participació veïnat no associat
	<b>Nivells de participació i implicació</b>	Lideratge fort equip PDC Diagnosi, seguiment i avaluació compartida Execució variada

Les accions comunitàries en salut desplegades al barri del Carmel és dissenyen, despleguen i avaluen de forma continuada principalment a partir de l'espai de treball i col·laboració que possibilita el Pla Comunitari Carmel Amunt.

El CAP El Carmel, en paral·lel al PDC, és també un promotor d'accions comunitàries en salut, moltes de les quals les impulsa de forma autònoma però amb l'objectiu d'acabar transferint-les al Pla Comunitari. El treball impulsat per aquest centre de salut està clarament influenciat per la metodologia APOC, tenint un clar plantejament de

recerca i estudi clínic a les accions que impulsa. Per altra banda, té la particularitat d'haver-se vist influenciat per les metodologies de participació comunitària impulsades des del Pla Comunitari Carmel Amunt.

El Pla Comunitari Carmel Amunt fa operativa la seva línia d'acció comunitària en salut a partir de la Comissió Sociosanitària (anteriorment Comissió de Salut). La composició d'aquesta comissió és principalment tècnica, encara que en el desplegament de les accions s'implica a entitats i veïns del barri, amb la idea que els propis beneficiaris tinguin un paper actiu en el desplegament d'aquestes.

L'eix de treball actual del Pla Comunitari en la línia de salut són els determinats socials de la salut, encara que es combina amb actuacions de la línia de treball d'anys anteriors, com la promoció d'hàbits saludables.

En relació a la dimensió simbòlica de la intervenció en salut comunitària, la visió dels professionals és diversa, cadascú aporta els seus matisos, encara que aquestes visions es poden considerar complementàries. La participació de la població, el seu empoderament i la seva responsabilitat en la salut pròpia, apareixen com a elements centrals del discurs dels professionals, així com el de l'existència de determinants socials de la salut.

En relació a la presència de veïnat en els espais de reflexió i treball més continuat, és poca, però existeixen moments i activitats en el desenvolupament de les quals hi ha una alta participació del veïnat, sobretot dones.

L'acceptació del discurs en relació a la importància de l'acció comunitària en salut va augmentant entre els professionals del barri i és més residual entre el veïnat, encara que aquest es preveu que pot anar augmentat sobretot a partir de la línia de treball iniciada amb La Lita i els determinats socials de la salut.

El tipus d'accions comunitàries en salut actualment desenvolupades (dimensió substantiva) tenen el centre en la promoció d'hàbits saludables, encara que ja es preveu una reorientació cap als determinants socials de la salut, una línia molt més incipient ja que es remunta a una reflexió interna al llarg del període 2012-2103.

La metodologia de treball bàsicament es fonamenta en la reflexió-acció a partir del treball de la Comissió Sociosanitària. L'actiu principal i els recursos que es gestionen en el marc de la comissió per a impulsar les accions són els propis de cada entitat o servei participant, encara que el Pla Comunitari aporta recursos per a l'organització

d'activitats acordades en el marc de la comissió, a més d'assumir el pes de la feina de comunicació al voltant de les activitats. És important matisar que també es fa recerca de recursos externs per a la promoció o impuls d'activitats o projectes, més enllà del pressupost ordinari del PDC, tenint un pes central en aquesta tasca les tècniques comunitàries.

Les tècniques comunitàries són les professionals que possibiliten la dinamització de l'espai de treball conjunt de la Comissió Sociosanitària, aportant informació i connectant aquesta feina amb les altres comissions i actuacions que s'estan desenvolupant des del Pla Comunitari. De igual forma fan sistematització del coneixement que es genera i apliquen metodologies per tal d'implicar al veïnat en les reflexions del Pla Comunitari, com és el cas de l'assemblea de planificació anual.

La participació del veïnat, en termes generals, no va més enllà de l'assistència a les activitats. La implicació del veïns/es en l'organització d'actuacions i les reflexions compartides del PDC esdevé un repte del projecte. A mateix temps existeix un clar distanciament entre el que és la dinàmica del Pla Comunitari i les actuacions i activitats que es vertebraven al voltant de l'associació de veïns. Sembla que en aquests darrers temps de forma progressiva s'està donant un apropament.

La implicació dels serveis municipals en el marc del Pla Comunitari, i específicament de la comissió sociosanitària, ha tingut molt poca significació.

Per últim destacar que la incorporació del CAP El Carmel al projecte COMSALUT sembla tindrà un efecte positiu en quan al reforçament de l'acció comunitària en salut, al menys al CAP, ja que està suposant major claredat en l'organització i reconeixement de la feina de les accions comunitàries de les professionals implicades.

## 6. Referències bibliogràfiques i webgrafia

### 6.1 Documents:

ASPB (2016). Salut als barris. Diagnòstic EL Carmel. Barcelona

ASPB, Ajuntament de Barcelona (2013). Informe salut als districtes 2013. Horta-Guinardó

Carmel Amunt (2014). La Lita i els determinants de la salut. Barcelona: Carmel Amunt

Edo, Á., Montaner, I., Bosch, A., Casademont, MR., Fábrega, MT., Fernández, Á., Gamero, M., Ollero, MA. (2010) Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. Revista *Pediatría de Atención Primaria*. Vol.XII. Nº45: 53-65

D-CAS | Col · lectiu d'Analistes Socials S.L (2012) Avaluació del Pla de Dinamització Comunitària del Carmel

Montaner I., Roig A. (2006) El Carmel. Una experiència en salut comunitària. En *Revista Comunidad* nº9.(Ed. semFYC, Novembre 2006)

PDC El Carmel (2013).” Projecte de barri. Realitat i reptes. Informe del Plenari del 7 de març ”

Ponce, E., Úcar, X., (coord.) (2001) “Anàlisi i propostes de futur per un barri. Diagnòstic Comunitari Carmel Amunt”.

### 6.2 Pòsters presentats a Congressos (EAP El Carmel):

Rambla, S., Sáez, P., Ontelles, P., Barbosa, Y., Alegre, I., Pomar, C. (2005) Atención a la comunidad y personal de atención al usuario. Congrès: PACAP

Ollero, A., Aparicio, R., Ustrell, I., Casademont, R., Pujol M., Rivas, T. (2005) Trabajo intersectorial en la escuela. Congrès: PACAP

Roig, A., Lorca, L., Miguel, M., Colomer, C., Contreras F\*, Fierro Y\*\*. (2006) Evolución de una experiencia de Trabajo interinstitucional en la atención a las personas mayores. (\*de Caritas Carmel, \*\*de serveis socials). Congrés: PACAP

Montaner, R., Roig, A., Ventura, C., Walentowicz, P., Fernandez, G., de la Iglesia, R., (2008) Evaluación de un programa: expectativas de los profesionales. Congrés: PACAP

Barbosa, Y., Ferrer MJ., Martinez S., Nuñez K., Sáez MP., Solf, E. (2012) Auxiliares y administratives: pieza clave en salud comunitaria

### **6.3 Webgrafia:**

“Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña”. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709005290> (consultada el 22/08/16)

Pla Comunitari Carmel Amunt: <http://www.carmelamunt.org/> (consultada el 22/08/16)

Associació de veïns i veïnes del Carmel <https://avvcarmel.wordpress.com/> (consultada el 31/08/16)



## **7. Persones entrevistades (perfil)**

- Dinamitzadores del Pla Comunitari Carmel-Amunt (2)
- Treballadora social CAP (2)
- Metgessa de Família i comunitària (1)
- Infermera de salut comunitària (1)
- Direcció del CAS HORTA-GUINARDÓ (1)
- Activista Associació de Veïns El Carmel (1)
- Col·lectiu 40 p'arriba – 40 p'abajo (15)

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 (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)