

Salut comunitària: una
avaluació d'impacte

Estudi del barri
de Roquetes

Barcelona, octubre de 2016

Autors de l'informe:

Carolina Muñoz-Mendoza
Nicolás Barbieri Muttis

Projecte realitzat amb el suport de 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:

Muñoz, C. i Barbieri, N. 2016, "Estudi del barri de Roquetes", Barcelona: IGOP, ASPB, ICS.

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

Investigadora principal:

- Raquel Gallego Calderón (IGOP-UAB).

Equip de recerca:

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

Comitè assessor i de seguiment:

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

Gestor:

- Nacho Ruiz Balmaseda (IGOP-UAB)

SUMARI

1. Introducció i metodologia.....	4
2. Presentació general de Roquetes	5
2.1 Característiques sociodemogràfiques.....	6
2.2 Una selecció d'indicadors de salut.....	7
2.3 Elements urbanístics i el seu impacte social: geografia, habitatges, equipaments i serveis.....	8
2.4 Característiques del teixit social/comunitari	9
3. Descripció general de la trajectòria de les accions comunitàries en l'àmbit de la salut.....	13
3.1 Origen i accions principals.....	13
3.2 Actors implicats en les intervencions.....	15
4. Anàlisi de l'acció comunitària.....	16
4.1 Dimensió simbòlica: el <i>perquè</i> de l'acció comunitària en salut	16
4.2 Dimensió Substantiva: el <i>què</i> de l'acció comunitària en salut.....	18
4.3 Dimensió processual: el <i>com</i> de l'acció comunitària en salut.....	21
5. Conclusions.....	26
6. Referències bibliogràfiques i webgrafia.....	30
7. Perfil de persones participants de l'estudi.....	31

ÍNDIX TAULES

Gràfica 1. Mapa del districte de Nou Barris. Barcelona.	5
Taula 1. Indicadors sociodemogràfics de Roquetes i Barcelona. 2008-2014.	6
Taula 2. Relació d'indicadors de salut de Roquetes i Barcelona.	7
Taula 3. Indicadors de convivència a 4 barris de Barcelona.....	10
Taula 4: Síntesi del Programa A Roquetes fem salut	18

1. Introducció i metodologia

Aquest document presenta els resultats de l'estudi de l'acció comunitària en salut del barri de Roquetes de Barcelona, que forma part de la tercera fase del projecte de recerca desenvolupat des de febrer de 2015¹.

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 en el barri de Roquetes l'acció comunitària en salut.

Per a la recollida d'informació es van aplicar diverses tècniques: entrevistes semi-estructurades a vuit actors vinculats directament a l'organització de les accions comunitàries en salut, dotze entrevistes no estructurades a persones de la comunitat no vinculades a aquesta organització i sis observacions directes de reunions de diversos grups (taula de salut, grup de Fibromiàlgia, grup d'activitats de promoció del Casal de Gent Gran, Centre Ton i Guida, centre de salut). Aquesta informació es va complementar amb la revisió documental de material escrit vinculat a l'acció comunitària en salut en el barri, com plans, registres, actes i avaluacions².

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. Dins d'aquest procés es va incloure un grup de discussió focal per a la validació dels resultats preliminars de l'anàlisi, que es va realitzar amb l'equip de la taula de salut del barri. 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, recorrent 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.

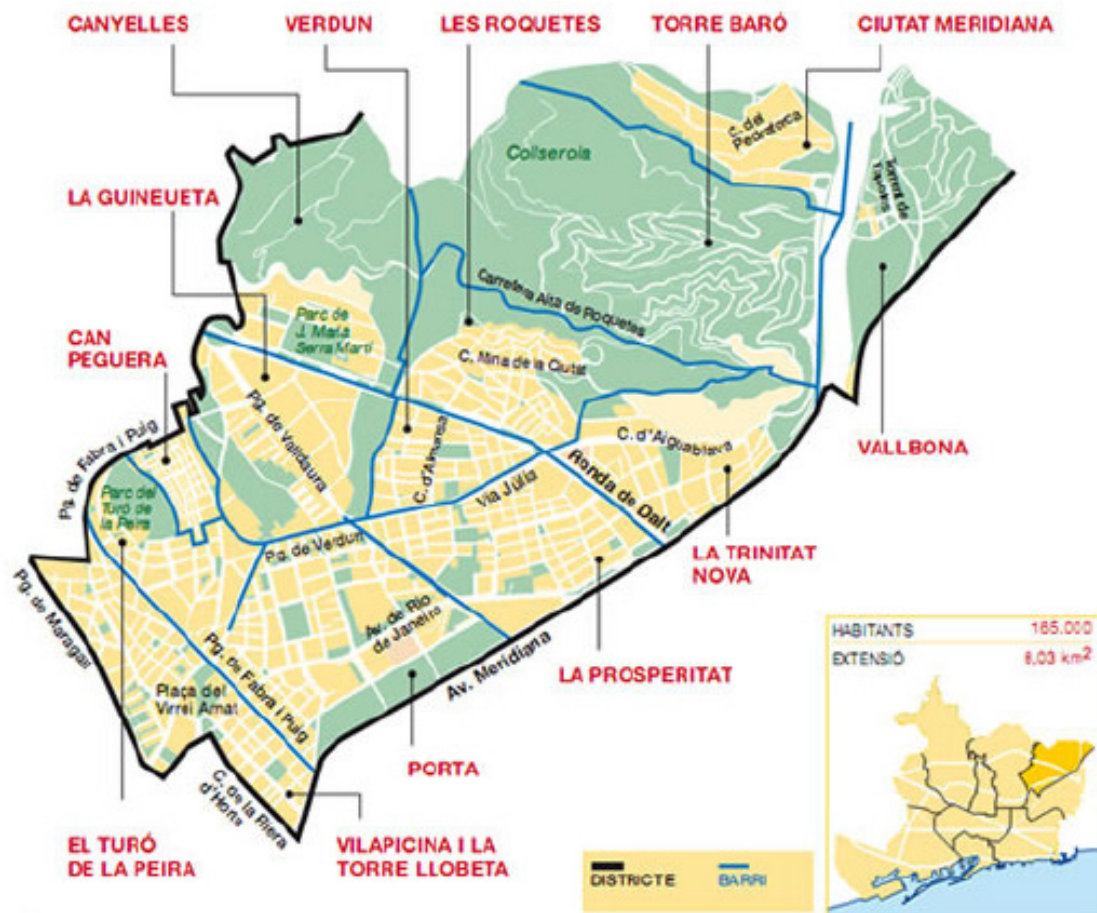
¹ Els detalls del projecte es poden consultar a <http://salutcomunitaria.com>

² 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. Disponible a <http://salutcomunitaria.com>

2. Presentació general de Roquetes

El barri de Roquetes s'ubica en el districte de Nou Barris, a l'extrem nord-est de la ciutat de Barcelona. Geogràficament, queda clarament delimitat al sud i a l'est per dues avingudes importants, i al nord i a l'oest per la muntanya. El següent mapa permet ubicar el barri en el conjunt del districte i el districte en el conjunt de la ciutat.

Gràfica 1. Mapa del districte de Nou Barris. Barcelona.



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona (2010)

2.1 Característiques sociodemogràfiques

Per poder contextualitzar la situació general del barri de Roquetes hem volgut començar per presentar les característiques sociodemogràfiques de la seva població. La taula que es presenta a continuació permet analitzar l'evolució dels indicadors sociodemogràfics més importants a Roquetes en dos moments temporals (2008 i 2014) comparats amb el conjunt de la ciutat.

Taula 1. Indicadors sociodemogràfics de Roquetes i Barcelona. 2008-2014.

Indicador	2008		2014	
	Roquetes	Barcelona	Roquetes	Barcelona
Densitat (Hab/km ²)	25.123	15.926	24.405	15.793
Població 65 i + (%)	16,5	20,3	18,1	21,4
Població de més de 65 anys que viu sola (%)	24,8	25,2	24,0	25,6
Població per lloc de naixement (%):				
- Barcelona	43,5	51,8	45,8	51,9
- Resta de Catalunya	3,0	7,4	3,5	7,5
- Resta d'Espanya	29,9	20,7	25,2	18,4
- Estranger	23,6	20,1	25,5	22,2
Renda familiar disponible	60,3	100	50,4 (2013)	100
Atur (pes sobre població 16-24)*	-	-	13,2	9,7

*Cal esmentar que el percentatge real d'atur és més alt, ja que la població activa real és menor

Font: elaboració pròpia a partir del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona i del Consell Econòmic i Social de Barcelona

Sense redundar en el que les pròpies dades indiquen, cal ressaltar determinats aspectes pel que fa a la sociodemografia de Roquetes:

-Es tracta d'un barri densament poblat, particularment en relació al conjunt de la ciutat.

-La població de Roquetes és lleugerament més jove que en relació al conjunt de la ciutat, però en els darrers anys el procés d'envelliment hi ha estat més pronunciat. El percentatge de persones grans que viuen soles és pràcticament el mateix, si bé en els darrers anys a Roquetes ha disminuït lleugerament i a la resta de la ciutat s'ha

incrementat també lleugerament. Cal tenir en compte que un percentatge significatiu de persones grans viuen soles (igual que a la resta de la ciutat).

-El percentatge de persones nascudes fora de Catalunya és superior a la mitjana de la ciutat, però aquesta diferència ha disminuït. A ambdós poblacions, però sobretot a Roquetes, s'observa una disminució del percentatge de persones nascudes a la resta d'Espanya i un creixement similar de la població estrangera en el període 2008-2014.

-La renda familiar disponible a Roquetes ja estava a la franja baixa de la ciutat l'any 2008 i les dades de 2013 ens permeten fer explícit el notable impacte de la crisi. Per altra banda, l'atur a Roquetes supera àmpliament la mitjana de la ciutat.

2.2 Una selecció d'indicadors de salut

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

Taula 2. Relació d'indicadors de salut de Roquetes i Barcelona.

Indicador	Roquetes	Barcelona
Esperança de vida al néixer (2009-2013)	81,4	83,4
Raó d'anys potencials de vida perduts (2009-2013)*	138,8	100
Taxa de fecunditat adolescent (2010-2014), en %	37,4	8,6
Prevalença de baix pes en néixer (2010-2014), en %	8,7	7,4

*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.

Font: elaboració pròpia a partir d'ASPB (2015).

Les dades indiquen determinades desigualtats en salut del barri de Roquetes en relació al conjunt de la ciutat i, particularment, algunes problemàtiques com els embarassos en adolescents. Aquestes dades es complementen amb les obtingudes als dos diagnòstics de salut impulsats pel Pla de Desenvolupament Comunitari (2004) amb el suport del programa Salut als Barris (2008). Algunes de les problemàtiques

identificades van ser, d'una banda, el consum de drogues com el tabac, l'alcohol, el cànnabis i la cocaïna. De l'altra, els problemes de salut mental, d'inseguretat alimentària (malnutrició, subnutrició) i de relacions familiars, tots tres agreujats amb la crisi econòmica. La situació laboral fràgil afecta al conjunt del barri, amb un pes significatiu de l'economia submergida. En aquest context es detecten desigualtats de gènere, amb dones que pateixen situacions de sobrecàrrega de les cures en l'entorn familiar. La vida personal d'aquestes dones està condicionada per situacions d'estrès i esgotament (Agència de Salut Pública de Barcelona, ASPB, 2010).

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

El barri de Roquetes està ubicat en la perifèria de la ciutat, sobre el turó que porta el mateix nom i a tocar de la Serra de Collserola. Aquesta situació influeix sobre els vincles socials i comunitaris que s'estableixen en el barri, tant pel que fa a les limitacions com a les oportunitats.

D'una banda, els importants desnivells de l'orografia i la presència de molts habitatges sense ascensor impliquen dificultats en la mobilitat, sobretot de les persones grans o en situació de dependència, i a vegades agreugen situacions d'aïllament. A més, la geografia ha influït en l'establiment de dues parts diferenciades en el barri, separades pel carrer de les Torres. La part més baixa, amb pendents més suaus, presenta més activitat comercial i social (ASPB 2010).

D'altra banda, la ubicació pròxima a la muntanya es considera un actiu potencial per a la salut del barri, tant pel que fa a la qualitat del medi ambient i la sensibilitat per aquests elements per part de la gent del barri com en relació a les possibilitats que ofereix per fer exercici.

Pel que fa a la urbanització de Roquetes, si bé en la primera meitat del segle XX existia en el barri un incipient procés d'urbanització, el barri es desenvolupa com a tal a partir dels processos migratoris de la resta de l'Estat durant les dècades de 1950 i 1960. D'una banda, el govern franquista construeix un polígon d'habitatges entre els barris de Roquetes i Verdum. Però sobretot, davant la dificultat per accedir a l'habitatge, les persones opten per construir les seves pròpies cases i el barri creix a partir de les dinàmiques d'autoconstrucció.

Davant les dificultats pel que fa a les condicions urbanístiques del barri (manca de clavegueram, d'enllumenat públic, carrers sense asfaltar, etc.), el veïnat es va organitzar en xarxes de solidaritat, suport i cooperació, tant per desenvolupar directament iniciatives com per reclamar a l'administració. És conegut en aquest sentit la iniciativa *Urbanitzar en domingo*, que el veïnat va desenvolupar els anys seixanta per construir directament part del clavegueram i els canals d'aigua corrent. També constitueixen part de la construcció de la identitat del barri les mobilitzacions desenvolupades durant els anys setanta per reclamar a l'Ajuntament els serveis públics que mancaven al barri. Moltes d'aquestes manifestacions estaven vinculades amb aspectes que condicionaven la salut del barri. El segrest d'alguns autobusos per demostrar que el transport públic podia i havia d'arribar al barri, la mobilització pel tancament de la planta asfàltica o, posteriorment, per reivindicar l'Ateneu Popular de Nou Barris o el Centre d'Atenció Primària són alguns dels exemples en aquest sentit.

En definitiva, el barri de Roquetes, com d'altres parts de la ciutat, ha tingut un dèficit històric de serveis i infraestructures. Això constitueix un condicionant desfavorable per a la salut de la població, però alhora ha donat lloc al desenvolupament de la capacitat d'acció col·lectiva per a la cerca de millores en el territori. En aquest sentit cal esmentar les iniciatives derivades de la Llei de Barris o el Pla de Desenvolupament Comunitari (PDC) de Roquetes, que han suposat millores urbanístiques i d'equipaments en el barri. Destaquen la construcció d'escales mecàniques i ascensors, encara que el barri manté mancances en equipaments socials i una notable pressió en la demanda d'atenció de serveis socials.

Com tindrem oportunitat d'analitzar en detall, tots aquests aspectes influeixen en el grau i el tipus d'acció comunitària en l'àmbit de la salut que es desenvolupa en el barri de Roquetes.

2.4 Característiques del teixit social/comunitari

Tal i com hem explicat, el barri de Roquetes es caracteritza per un **teixit veïnal** que ha impulsat iniciatives clau per construir espais d'identificació i pertinença. S'ha desenvolupat una cultura de la participació comunitària basada en l'acció, la participació i la reivindicació. El teixit social i comunitari del barri té una base sòlida, tot i que, com analitzem més endavant, també ha patit els efectes de la crisi econòmica i s'enfronta a reptes significatius.

En aquest sentit, és important tenir en compte els resultats de l'Enquesta sobre convivència intercultural en l'àmbit local, desenvolupada l'any 2010 (Giménez 2012). L'enquesta inclou resultats per a diferents barris i municipis d'arreu de l'Estat. En el nostre cas analitzarem els resultats dels 4 barris analitzats a la ciutat de Barcelona: Roquetes, Zona Nord, Raval i Clot. Els resultats més rellevants pel que fa a l'objecte de la nostra recerca es resumeixen a la taula 3.

Taula 3. Indicadors de convivència a 4 barris de Barcelona

Indicador	Roquetes	Zona Nord	Raval	Clot
1. Relació d'amistat amb persones del barri (% sobre total d'enquestats)	38	19	23	28
2. Relació de bona convivència amb veïnat del barri (% sobre total d'enquestats)	47	35	34	50
3. Relació de bona convivència amb veïnat de l'edifici o casa contigua (% sobre total d'enquestats)	67	47	55	62
4. Problemes amb alguna persona o grup del barri (% sobre total enquestats)	19	19	16	10
5. Se sent del seu barri (% sobre total enquestats)	85	83	80	93
6. Si pogués escollir lliurement romandria en el barri (% sobre total enquestats)	52	44	54	70

Font: elaboració pròpia a partir de Gimenez (2012)

L'anàlisi dels resultats de l'enquesta ens permet apuntar alguns elements claus per entendre el context en què es desenvolupen les accions comunitàries de salut. Els indicadors 1, 2 i 3 evidencien que Roquetes és un barri amb un important grau de cohesió i convivència, sobretot si ho comparem amb els altres barris de Barcelona analitzats en l'enquesta. Tanmateix, l'indicador 4 ens permet percebre que aquesta cohesió no està exempta de possibles tensions o conflictes en determinats moments.

Per la seva banda, l'indicador 5 ens permet corroborar el que els estudis qualitius apunten: un significatiu sentiment de pertinença al barri. Un sentiment que cal matisar amb els resultats de l'indicador 6, ja que només la meitat de la població escolliria romandre al barri,.

Per contextualitzar aquestes dades, cal esmentar que en les darreres dues dècades Roquetes no ha experimentat un procés de transformació residencial de la mateixa profunditat que d'altres barris de Barcelona (per exemple, Ciutat Meridiana). Tot i així, l'arribada de persones estrangeres ha estat molt significativa en aquest període, tal i com queda evidenciat en els indicadors que hem presentat a la taula 1.

La població immigrada en aquest darrer període es troba, en la seva gran majoria, amb dificultats pel que fa als seus ingressos econòmics, situació agreujada amb la crisi. En molts casos, les persones han d'assumir llargues jornades de treball i els nens/nens i joves han de fer-se càrrec de la cura dels seus germans/es. Alhora, es detecten dificultats per la comunicació i la vinculació entre aquests col·lectius i la població autòctona, amb un cert grau de desconeixement mutu. En qualsevol cas, les dificultats per establir vinculacions sòlides amb l'entorn no són exclusives de les persones immigrades, sinó que per exemple en el barri es detecta un important absentisme escolar, amb joves que es troben sense una xarxa familiar sòlida (ASPB 2010).

Un altre aspecte rellevant a tenir en compte per comprendre les característiques del teixit social de Roquetes és el **moviment associatiu**. Les associacions (de diversa temàtica) tenen a Roquetes un desenvolupament consolidat. Segons l'enquesta del *Panoràmic de les associacions de Barcelona* (Fernández i Vidal 2015), del districte de Nou Barris, Roquetes és dels barris "amb especial activitat associativa".

A títol d'exemple es pot fer referència a l'Associació de Veïns i Veïnes de Roquetes, la Plataforma d'Entitats de Roquetes i la Xarxa d'Intercanvi de Coneixements (de Nou Barris). Evidentment el teixit associatiu també ha de fer front a reptes permanents, com ara la participació i implicació de les persones del barri, així com, encara que no sigui un problema exclusiu d'aquest col·lectiu, la participació de les persones immigrades (ASPB 2010).

En aquest sentit, cal esmentar el treball desenvolupat pel conjunt de persones i organitzacions implicades en el Pla de Desenvolupament Comunitari de Roquetes (PDC), que ha aconseguit integrar i articular un conjunt significatiu d'agents del territori. Es detecta també, per part de la població, una percepció positiva dels

professionals que formen part i col·laboren amb el Pla. Bona part de les relacions entre administracions públiques, entitats i veïnat es desenvolupen a través d'aquest marc de col·laboració. Roquetes ha estat també un dels primers barris de Barcelona que ha impulsat polítiques de rehabilitació integral, amb el citat PDC, el pla educatiu d'entorn o el desplegament de projectes derivats de la Llei de Barris.

3. Descripció general de la trajectòria de les accions comunitàries en l'àmbit de la salut

Aquest apartat presenta de forma sintètica la trajectòria de les accions comunitàries desenvolupades en el barri de Roquetes pel que fa a l'àmbit de la salut. Es tracta d'una síntesi descriptiva, de manera que deixem per a les properes seccions de l'informe l'anàlisi en profunditat d'aquestes accions.

3.1 Origen i accions principals

L'origen de la mobilització comunitària en salut a Roquetes es remet a la dècada de 1980, quan es va organitzar el primer grup veïnal que va reclamar la instal·lació d'un centre de salut en el barri, procés que finalment va derivar en la construcció del Centre d'Atenció Primària (CAP). La dècada de 1990 és el moment en què es desenvolupen les primeres dinàmiques de treball conjunt entre equips de salut i veïnat, tot identificant de forma conjunta les necessitats en salut del barri i desenvolupant diferents activitats per donar-hi resposta.

L'any 2003 va coincidir a Roquetes l'inici del PDC i l'elaboració del diagnòstic de salut del barri. En aquest diagnòstic es van implicar activament el veïnat i els/les professionals de l'Equip de Salut Comunitària de l'ASPB i de l'Equip d'Atenció Primària (EAP), amb la creació de la comissió APOC (Atenció Primària Orientada a la Comunitat) formada per professionals de l'EAP. Així doncs, la detecció i prioritització de les necessitats en salut van estar lligades del des bon començament amb la promoció de l'acció comunitària. Tot això va quedar plasmat i organitzat amb el projecte A Roquetes fem salut i la creació de la Comissió de Salut del PDC (posteriorment anomenada Taula de Salut), integrada per diversos agents professionals i veïnals del àmbits sanitari, social, educatiu i cultural. En el marc del treball desenvolupat pel projecte A Roquetes fem salut es van prioritzar aleshores tres problemàtiques: la manca d'hàbits saludables, la manca d'habilitats d'autocura i els problemes ossis i musculars. Per abordar cadascun d'aquests àmbits es dissenyen i implementen diferents línies d'acció comunitària.

L'any 2008 es va plantejar desenvolupar a Roquetes el programa Salut als Barris, impulsat per l'Agència de Salut Pública de Barcelona. És significatiu que en aquest barri el programa s'integra en el marc de la comissió de salut del PDC, acordant una

estratègia conjunta amb els agents que venien treballant en el territori. És per això que en aquest cas el programa d'accions passa a anomenar-se A Roquetes fem salut-Salut als Barris. En aquest cas, l'any 2008 també es desenvolupa un diagnòstic que inclou un estudi quantitatiu i qualitatiu. Tot plegat, el procés previ al pla d'acció (cerca d'aliances, diagnòstic i prioritització) té una durada d'un any, el doble del previst. Aquest fet s'atribueix al temps requerit per arribar a acords i consensos en el marc de l'acció comunitària (ASPB 2011).

Així doncs, les intervencions del programa A Roquetes fem salut-Salut als Barris (2009-2011) es van organitzar en quatre objectius, tot integrant accions que ja es desenvolupaven prèviament en el territori amb d'altres de nova creació. Aquests objectius van ser fomentar l'autocura, millorar els hàbits d'alimentació, promoure l'activitat física, promoure la salut mental i prevenir el consum de drogues. Aquests objectius, que analitzarem en detall en els apartats següents, es mantenen vigents en el pla actual de l'any 2016.

D'altra banda, en el programa A Roquetes fem salut-Salut als Barris (2009-2011) es va promoure també, i de manera transversal, la formació i actualització de coneixements per als professionals. En aquest sentit cal destacar l'impuls de la *prescripció social*, on els professionals sanitaris indiquen la participació en activitats comunitàries a les persones que atenen a les seves consultes.

Al finalitzar el temps d'intervenció del Programa A Roquetes fem salut-Salut als Barris es va realitzar una avaluació, que va identificar la satisfacció general del grup motor. Es va considerar positiva la incorporació de Salut als Barris en el PDC de Roquetes, particularment en relació a l'increment de recursos i el rigor metodològic. Finalment, es va identificar la necessitat de continuar treballant per realitzar avaluacions periòdiques, així com aconseguir una major representativitat d'alguns grups i veïns no organitzats i d'altres agents i professionals (ASPB 2011).

A partir de l'any 2011, amb la finalització de la intervenció específica (etapa intensiva) de Salut als Barris, el PDC i la seva taula de salut van donar continuïtat a l'acció comunitària en aquest àmbit a través de diferents canals. D'una banda, cercant finançament alternatiu, com ara del Pla Nacional sobre Drogues. D'altra banda, a través dels recursos dels serveis públics com ara l'EAP Nou Barris, l'ASPB, l'Institut Barcelona Esports o els serveis socials municipals. Tot això amb la coordinació del PDC i, en definitiva, la implicació d'entitats i veïnat.

3.2 Actors implicats en les intervencions

Al llarg de les diferents accions comunitàries en l'àmbit de la salut els agents que han participat han estat:

- 1) Pla de Desenvolupament Comunitari de Roquetes: tècnic del pla.
- 2) Entitats: Associació de veïns i veïnes de Roquetes, Xarxa d'intercanvi de coneixements de Nou Barris, Grup de Fibromialgia, Fundació Pare Manel, Associació de titellaires.
- 3) Equip d'Atenció Primària de Roquetes: medicina, treballadora social i infermeria.
- 4) Equip de Salut Comunitària – i altres serveis de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).
- 5) Serveis Socials de Roquetes-Trinitat Nova-Canyelles.
- 6) Districte de Nou Barris.
- 7) Servei d'Orientació sobre Drogues.
- 8) Escola Nou Barris, Escola Antaviana, Claret i Gaudi, AMPA, Institut Escola Turo de Roquetes i Escola Bressol El Torrent.
- 9) Equipaments: Ton i Guida, Kasal de Joves de Roquetes, Ateneu Popular de Nou Barris, Biblioteca de Roquetes, Casal de gent gran de Roquetes, Casal Infantil de Roquetes i Escola de Circ Rogelio River.
- 10) Institut Barcelona Esports.
- 11) Comerciants del barri.
- 12) Veïns i veïnes no associats.

4. Anàlisi de l'acció comunitària

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 salut³.

4.1 Dimensió simbòlica: el **perquè** de l'acció comunitària en salut

Un primer element que destaca en el discurs és el domini conceptual que expressen els diversos agents vinculats a les accions comunitàries de salut de Roquetes, que recorren freqüentment a conceptes com “determinants i condicionants de salut” o “factors protectors i de risc”, que la literatura especialitzada estableix com a definicions claus i fonaments bàsics d'aquest model d'intervenció.

En aquest context, també s'aprecia claredat sobre els processos de transformació més amplis que aquest model implica en matèria de salut pública, referit al canvi de paradigma des de l'enfocament “biomèdic o clínic” a un “biopsicosocial promocional”. Aquesta qüestió es defineix, per part dels agents del barri, com un “canvi des d'una salut assistencial a una comunitària”. Cal destacar que aquest últim aspecte es constata també en els actors no vinculats a l'organització de les accions comunitàries en salut. Aquestes persones assenyalen, amb els seus propis conceptes, que han percebut un canvi en la manera d'enfocar la salut. Així doncs, d'aquesta situació

³ 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.

podem derivar que dins del barri s'ha instal·lat una concepció de la salut coherent amb aquestes nova orientació.

Des d'una perspectiva més àmplia, cal destacar que les conceptualitzacions i significats que els agents atribueixen a les accions comunitàries en salut tenen un sentit polític. És a dir, l'acció comunitària en salut es visualitza com a part de l'exercici d'un dret ciutadà, en definitiva, comptar amb condicions que facilitin la qualitat de vida i millorin la salut de la població. En aquest sentit, tots els agents manifesten una actitud crítica respecte de la situació actual de la sanitat a Catalunya i en l'Estat en general, considerant que aquest tipus d'acció compleix un rol important per contrapesar mesures que moltes vegades vulnereu drets, en directa al·lusió a les “retallades en salut”.

Respecte dels processos que implica l'acció comunitària en salut, el discurs coincideix en que un element clau per al seu desenvolupament és la relació que s'estableix entre els diferents agents, destacant la necessitat de coordinació i col·laboració entre societat civil, administració pública i privats, denotant un concepte de comunitat ampli i integrador. Pel que fa al rol dels agents, el discurs concorda en que tots són peces clau, amb necessitats i recursos propis, al servei del col·lectiu i amb legítim dret a participar, opinar, actuar i decidir, qüestions que cal reconèixer i aplicar al moment de treballar sota la lògica d'acció comunitària.

En base a aquestes premisses, s'estableix que les accions comunitàries han d'articular-se entorn d'un tipus de relació horitzontal o “desjerarquizada”, que es defineix com un element favorable per al seu èxit. No obstant això, també s'apunta que la gestió d'aquest tipus de relacions és un assumpte complex d'abordar, que requereix una sèrie d'habilitats que permetin un adequat establiment de límits, deliberació, consens i negociació entre les parts. Es tracta per tant d'un factor crític que permanentment s'ha de gestionar. Sobre la base de l'experiència en el barri, els agents refereixen que la gestió d'aquestes relacions ha de tenir una base ètica compartida, que valori principis com el respecte, la tolerància, la solidaritat i, fins i tot, la humilitat. Aquest últim valor és molt recurrent en els discursos, sobretot en relació a l'acceptació dels sabers que cada persona porta i aporta.

A manera de síntesi, podem concloure que en lògica d'acció comunitària, conceptualment la salut es compren com una responsabilitat col·lectiva, mentre que a nivell operatiu, la principal estratègia d'intervenció és el treball col·laboratiu i en xarxa, involucrant diferents actors i sectors. D'aquesta manera, com anticipàvem, els

discursos coincideixen en que aquestes accions només poden sostenir-se en un teixit social dens, que al seu torn es veu reforçat per aquest tipus d'intervenció.

4.2 Dimensió Substantiva: el *què* de l'acció comunitària en salut

Tal com es va assenyalar en la descripció de la trajectòria de les accions comunitàries en salut del barri, actualment s'hi implementa el programa "A Roquetes Fem Salut (ARFS)", coordinat per la Taula de salut conformada per diferents agents socials i públics. El primer element rellevant és que aquest programa compta amb un disseny definit, que identifica cinc objectius i dotze línies d'acció que es detallen en la següent taula.

Taula 4: Síntesi del Programa A Roquetes fem salut

OBJECTIUS	LÍNIES D'ACCIÓ
1. Fomentar l'autocura 2. Millorar els hàbits d'alimentació saludable 3. Incrementar i promoure l'activitat física 4. Promoure la salut mental 5. Prevenir el consum de drogues	1. Taula de salut 2. Projecte Remeis de l'Avia 3. Projecte Alimentació saludable 4. Projecte Gent gran 5. Grups de suport a la salut (fibromialgia, xarxa d'intercanvi, grup de teatre) 6. Activitat física (accions del grup de caminaires) 7. Projectes de prevenció de consum de drogues (la Karpa, Circ) 8. Formació, intercanvi i difusió 9. Salut mental i emocional 10. Salut bucodental 11. Iniciatives culturals de promoció de salut 12. Avaluació

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Desenvolupament Comunitari de Roquetes (2016)

Cal assenyalar que aquest programa forma part del “PDC de Roquetes 2016”, tot representant un dels seus sis àmbits d'actuació⁴. Això permet sostenir que la salut comunitària és un camp d'intervenció rellevant dins del barri, i que al seu torn és consistent amb les conceptualitzacions prèviament descrites, que la defineixen com un element clau per al desenvolupament del territori. D'altra banda, destaca l'efectiva capacitat que el barri ha tingut per donar continuïtat a aquest treball més enllà de l'any 2011, quan va acabar la intervenció de la fase intensiva del Programa Salut al Barris. El Pla de Desenvolupament Comunitari ha assumit doncs un rol de coordinació clau, que s'expressa incloent l'acció comunitària en salut com a part de la seva planificació.

Des del punt de vista del disseny del programa, destaca la mirada que cadascuna de les accions pot contribuir a l'assoliment de més d'un objectiu, que s'entenen de manera transversal. Aquesta premissa es constata també en el discurs dels agents, que busquen contrarestar la tendència a parcialitzar l'acció comunitària, tot reconeixent la realitat complexa i multidimensional. Entenen així que no és útil la idea que “amb una cosa es resol un problema”.

Un altre aspecte rellevant és que aquest disseny del programa es defineix com obert a modificacions, ajustos, inclusió d'activitats o la seva suspensió en cas de ser necessari, també com una forma d'adaptar-se a la complexitat del treball comunitari. D'aquesta manera, podem entendre que els dos principis que guien el disseny del programa són la transversalitat i la flexibilitat, tots dos incorporats gradualment sobre la base de l'aprenentatge que la pròpia acció ha generat.

Les accions concretes que aquest programa desenvolupa es canalitzen a través d'activitats específiques o projectes amb major extensió de temps. Així doncs, per a l'any 2016 existeixen trenta iniciatives en curs, com per exemple: xerrades educatives, tallers formatius, esportius i culturals, jornades comunitàries, esdeveniments culturals i esportius, suport a grups comunitaris, activitats d'intercanvi, atenció clínica preventiva i especialitzada⁵.

⁴ Els altres cinc àmbits d'actuació són: Educació, Convivència, Participació, Inserció sociolaboral i Com fer més amb menys. Cal apuntar que en el disseny del Pla comunitari s'identifiquen quatre eixos que són transversals a tots els àmbits i els seus respectius projectes, i que per tant orienten l'acció del programa A Roquetes fem salut. Aquests eixos són: Participació, Comunicació, Formació i Avaluació participativa.

⁵ A nivell més específic, dins d'aquestes accions s'inclou: tallers de cuina, campanyes de comunicació, promoció de remeis casolans en casos que no requeririen atenció sanitària, tallers i joc de memòria, promoció d'alimentació saludable en el barri (en festes, restaurants, màquines expenedores i mitjans de comunicació), programa d'oci alternatiu (La Karpa),

Pel que fa al nivell d'intervenció, el programa aconsegueix integrar accions de sensibilització, promoció, prevenció, tractament i rehabilitació. Sobre els nivells de participació, en podem identificar com a mínim tres. D'una banda, un nivell deliberatiu-decisional, on participen de manera permanent els integrants de la taula de salut, que condueixen la gestió global del procés. D'altra banda, un nivell de co-gestió, on a més de l'equip de la taula de salut, participen múltiples persones i organitzacions que col·laboren en l'organització i/o execució de projectes o activitats puntuals. Finalment, en tercer lloc, un nivell informatiu-consultiu, del que forma part qualsevol veí o veïna que s'integri a les diferents activitats, on accedirà a informació i experiències útils per a la millora de les seves condicions de salut, propòsit central d'aquest programa.

En relació a la valoració de les accions, tots els discursos concorden en una avaluació molt positiva, apreciació que també es conclou en l'avaluació del programa Salut als Barris que es va realitzar l'any 2011. Així, el consens indica que el territori ha aconseguit construir una "xarxa cuidadora forta", que compta amb una sèrie de recursos concrets al servei de la comunitat i d'acord a les seves necessitats. Els recursos responen a un diagnòstic comú, canalitzat mitjançant una planificació i execució articulada.

Dins d'aquesta avaluació, els actors perceben efectes positius tant a nivell de determinants de salut com en el teixit social del territori, que segons indiquen els discursos "nodreix i es nodreix" de les accions comunitàries en salut. En aquest sentit, existeix una apreciació del treball comunitari com un valor en si mateix. D'altra banda, s'assenyala que al llarg dels anys existeix una "millora objectiva" en la qualitat de l'atenció que brinda el centre de salut, amb un rol clau dels seus equips.

Un altre element que es valora com a favorable és que les accions desenvolupades "transcendeixen les institucions formals". Això tant pel que fa al seu origen, en la mesura que és un procés que antecedeix les directrius promocionals de salut pública, com en la seva trajectòria, en la mesura que han tingut continuïtat més enllà del programa Salut al Barris. Les accions tenen també la característica de transcendir el context barrial, en la mesura que es vinculen amb altres territoris de la ciutat, especialment a nivell de districte. En aquest sentit els agents de Roquetes tenen representació en taules de treball de Nou Barris i altres activitats de trobada, formació i intercanvi que, segons s'indica, potencien la seva capacitat d'incidència.

d'activitats físiques (Activa't, Fem salut a través del circ, De marxa fent esport, etc.), de difusió d'actius del barri (pistes esportives, rutes saludables) i de cessació tabàquica i promoció de la lectura (Lectures saludables).

Finalment, cal assenyalar que si bé la tendència general del discurs és a realçar els elements favorables descrits, existeixen determinats agents que plantegen febleses importants a considerar. Alguns d'aquests agents plantegen com a feblesa el fet que no s'estigui investigant les necessitats de grups de la població que estan "fora del circuit comunitari", aquells que estarien quedant al marge de les accions que es desenvolupen. En aquest sentit, s'afirma que una transformació important al barri és que avui dia existeixen veïns que no es vinculen a cap activitat territorial i que no formen part de les dinàmiques de col·laboració que s'han construït. Les persones que plantegen aquesta idea ho atribueixen a l'arribada de persones i famílies noves, que no van viure el procés de construcció històrica del barri i que per tant no tenen el sentit de pertinença que dóna suport al model d'acció comunitària.

Les posicions crítiques en aquest sentit indiquen que la falta de reconeixement d'aquesta bretxa comporta una idealització del treball que realitzen. No obstant, per a d'altres persones, aquest fet no constitueix efectivament un problema, sinó que l'existència de veïns que no estan en la primera línia d'acció comunitària no implica que estiguin absents en el programa ("estan d'una altra manera"). Així doncs, sembla rellevant que aquest tema s'aprofundeixi per concordar si efectivament s'està produint una eventual i parcial segregació poblacional i si es requereixen accions que mitiguin el risc que representaria per a la millora i sostenibilitat de les accions comunitàries. Es tracta d'aspectes que podrien afectar elements centrals del model de treball, com ara l'equitat, la integració i la col·laboració, que apareixen en les pròpies definicions conceptuals dels agents impulsors.

4.3 Dimensió processual: el com de l'acció comunitària en salut

El model de gestió de les accions en salut comunitària de Roquetes es basa en el caràcter col·laboratiu, que es constata en el disseny del programa, en les avaluacions realitzades fins ara i en el discurs que aquest estudi ha recollit. Aquesta característica implica que diverses persones i actors comunitaris poden fer-se part dels diferents processos de diagnòstic, planificació, execució i avaluació de la intervenció.

Aquest model col·laboratiu s'organitza sobre la base de dos nivells de coordinació principals. El primer, a càrrec de la Taula de salut del barri, orientat a la gestió global del procés. El segon, per la seva banda, està orientat a la gestió més operativa de les activitats o projectes específics on s'involucren més agents.

Pel que fa a la taula de salut, la seva missió és implementar el programa A Roquetes Fem Salut i està conformada per organitzacions de l'administració pública, de la societat civil i del sector privat. La principal activitat de la taula són les seves reunions mensuals en les quals s'analitzen diagnòstics i propostes, es prenen decisions, s'articulen recursos, s'organitzen, es monitoritzen i es fa seguiment dels projectes i les accions. És el Pla comunitari, a través d'un tècnic específic assignat, qui coordina aquest espai (convocatòries, gestió d'informació, seguiment i report).

Dins d'aquest model, la gestió de la informació es realitza de manera horitzontal. Es percep un ampli accés a la informació per part dels participants, així com la seva disponibilitat per a qualsevol veí que pugui requerir-la. Aquest element es va poder verificar tant en el discurs com en les observacions realitzades.

El principal instrument de gestió interna de la informació són les actes de les reunions mensuals de la taula, que són elaborades pel tècnic del Pla comunitari, i l'enviament de correus electrònics per a qüestions més específiques. Sobre la gestió externa de la informació, s'orienta principalment a la difusió de les accions que es realitzen. Es fan servir mitjans verbals com converses quotidianes amb el veïnat, flyers, cartells o insercions en publicacions de circulació del barri, així com mitjans virtuals com les xarxes socials i la pàgina web pròpia del programa, en format de blog⁶.

La gestió de la presa de decisions es realitza a partir de la deliberació, amb l'objectiu principal de generar consensos i/o acords que donin legitimitat a les accions. Aquest aspecte es va poder verificar en el discurs dels actors, en els seus instruments de registre i en les observacions realitzades, que van evidenciar una dinàmica de diàleg permanent on es contrasten idees, interessos, recursos i necessitats, en un marc de respecte mutu que és altament valorat pels integrants de la taula de salut. D'aquesta manera, el funcionament de la taula és coherent amb la idea d'horitzontalitat en les relacions, definida com a condicionant per una acció comunitària consolidada, segons els propis participants d'aquest estudi.

Respecte del desenvolupament d'aquest mètode de treball deliberatiu, el discurs indica que les dinàmiques deliberatives requereixen actituds personals favorables, maduresa organitzativa del col·lectiu i domini metodològic per part d'aquells que condueixen aquests processos. Es tracta de factors que trobem desenvolupats en aquest cas.

⁶ <http://aroquetesfemsalut.blogspot.com.es>

Malgrat aquests elements, es detecten determinats reptes, com per exemple pel que fa a la relació entre professionals tècnics i veïns. Com és lògic, professionals i veïns acostumen a operar amb lògiques d'interpretació i actuació diferents, la qual cosa ha exigint importants esforços per a la comprensió i acceptació mútua, adequació en el llenguatge i, especialment, negociació. Segons s'aprecia, aquestes estratègies han permès superar obstacles, però l'equilibri en aquest sentit segueix sent un repte necessari d'atendre. En aquest escenari, l'aprenentatge compartit indica que la deliberació no sempre implica consens, però que això no impedeix arribar a acords amb el suport col·lectiu necessari.

La gestió de recursos també es basa en el caràcter col·laboratiu, ja que els diversos agents aporten allò del que disposen, siguin hores de treball, materials, equipament, recursos monetaris o iniciatives. Una estratègia recurrent és la cerca i/o incorporació de finançament per a accions específiques, que pot provenir de diferents àmbits sectorials més enllà de la salut, com ara cultura, esport, educació o altres. Així es reforça la idea que els objectius de salut són transversals i poden ser aconseguits a través de diferents formes d'acció i fonts de recursos. Si bé aquesta estratègia implica variabilitat i incertesa, al mateix temps amplia el ventall de possibilitats i ha facilitat accés i disponibilitat de nous recursos.

Pel que fa a la gestió de les persones, els equips de treball són de caràcter mixt, incloent-hi persones que col·laboren de manera voluntària i d'altres que ho fan en el marc de les seves obligacions laborals. Dins dels primers, es troben majoritàriament veïns, que en el marc d'aquest estudi reporten un alt nivell de satisfacció, sobretot perquè la participació en aquests espais els permet ajudar de manera directa a la seva comunitat. Alhora, aquestes persones obtenen múltiples aprenentatges, que també milloren el seu propi estat de salut, especialment en el pla socio-emocional.

Les persones professionals que dediquen part de la seva feina a l'acció comunitària en salut (de forma remunerada o no) valoren positivament l'existència d'aquest tipus d'intervenció en el barri. Segons ho expressen, consideren rellevant que particularment en aquest barri l'acció comunitària constitueixi una funció estratègica, necessària perquè, entre d'altres motius, genera contribució directa per al compliment dels seus objectius. En aquest sentit es manifesta freqüentment la idea que "no és possible treballar a Roquetes sense lògica d'acció comunitària".

En relació als principals processos de gestió, cal esmentar que a nivell de diagnòstic s'apliquen mecanismes que faciliten la participació de la comunitat. Aquest element es

detecta tant en el discurs com en la verificació documental i de terreny realitzada. La plasmació d'aquest element es realitza especialment mitjançant jornades comunitàries, amb la limitació que aquestes activitats tenen: un possible biaix en la informació que recullen, que reflecteix un tipus de perfil, el de les persones que es motiven i animen a participar d'aquests espais.

En aquest sentit, un repte seria explorar noves eines que permetin arribar a una major diversitat de persones, sobretot considerant la potencial segregació poblacional a la qual algunes persones entrevistades fan referència. En qualsevol cas, el fet que el programa A Roquetes fem Salut formi part del Pla de desenvolupament comunitari implica la incorporació de mecanismes diagnòstics i una mirada transversal sobre el desenvolupament del territori.

Pel que fa a la planificació d'activitats, aquesta és una labor que resideix principalment en l'equip de la taula de salut, amb flexibilitat constant per sumar les aportacions, inquietuds i suggeriments d'agents no vinculats directament a aquest espai.

Per la seva banda, en relació a l'avaluació de les accions, és rellevant destacar que aquesta activitat es defineix com una línia d'acció dins del programa de l'any 2016. No obstant això, fins ara no s'ha aconseguit integrar en un model les diferents pràctiques avaluatives que els agents realitzen. En funció de les activitats que van executant, les persones impulsores apliquen les seves pròpies eines d'avaluació com ara enquestes de satisfacció, qüestionaris o d'altres. Si bé els resultats d'aquestes valoracions es comparteixen en la taula de salut o en les jornades comunitàries, no configuren un model avaluatiu comú al programa A Roquetes fem salut. Aquesta situació representa un repte important, sobretot considerant les fortaleses que caracteritzen aquest model de gestió, que permet plantejar-se nous objectius.

Continuant en el plànol dels reptes, la necessitat de major ancoratge territorial que va aparèixer en la dimensió substantiva, també es detecta en aquesta dimensió processual. Particularment en relació a la capacitat que l'acció comunitària en salut del barri té per atreure nous agents i afavorir la seva implicació. En aquest sentit, cal esmentar que en el procés de recollida d'informació d'aquets estudi es va generar debat entre dues perspectives. D'una banda, determinats agents argumenten que fa diversos anys el treball se sosté en el mateix equip humà, apuntant la necessitat de renovació de persones i idees. D'altra banda, altres persones entrevistades consideren que aquesta és una característica pròpia de l'acció comunitària, que no afecta els seus resultats perquè existeix capacitat de convocatòria i compromís, especialment en les

activitats o projectes co-gestionats. En definitiva, sembla recomanable que s'aprofundeixi en aquest tema, per determinar si efectivament es tracta o no d'una feblesa que requereix accions específiques. Sobretot considerant que aquest any 2016 s'han pres mesures en aquest sentit, com per exemple la decisió de variar el lloc físic de les reunions mensuals de la taula de salut, amb l'objectiu de visibilitzar aquest espai i atreure nous aliats, fet que es valora de manera molt positiva.

Finalment, un altre repte sobre el qual sí existeix consens és aconseguir una major i millor articulació dels recursos a disposició de la població, la seva priorització i aplicació. En aquest sentit, s'assenyala que tot i que les accions es coordinen de manera adequada, igualment es produeixen determinades duplicitats d'accions, sobretot quan arriben agents externs al barri, amb iniciatives que no necessàriament s'alineen amb els diagnòstics realitzats. En aquest sentit, la idea compartida és que s'ha de validar i posicionar el programa A Roquetes fem salut com el principal referent sobre aquests temes al barri, no amb l'objectiu de concentrar les accions, sinó d'estar en coneixement dels nous recursos per informar a la comunitat i, eventualment, generar sinergies i suports mutus. De la mateixa manera, aquesta centralitat facilitaria exercir un rol d'orientació a tots aquells agents que, des d'altres àmbits, s'interessin per desenvolupar accions en matèria de salut.

5. Conclusions

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

	Variables	ROQUETES
Dimensió simbòlica	Concepció de la salut i els seus actius	<ul style="list-style-type: none"> • Visió compartida sobre la salut (comunitària, política, determinants socials) • Barri és actiu de salut i salut és actiu per al barri
Dimensió substantiva	Agenda i temàtiques abordades	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilització-promoció-prevenió-tractament-rehabilitació • Construir xarxa cuidadora
	Recursos (origen, sostenibilitat)	<ul style="list-style-type: none"> • Variats, fonts diverses (interna-externa), hores professionals i voluntàries
Dimensió processual operativa	Estructura i lideratge de la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> • Territorial àmplia (Pla comunitari, taula salut) • Repte: visibilitat de l'estructura en el barri
	Diversitat de la participació	<ul style="list-style-type: none"> • 3 tipus d'agents (administracions, entitats, veïnat) • Repte: reforçar integració de les necessitats del veïnat no vinculat
	Nivells de participació i implicació	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiu-consultiu, Deliberatiu-decisional i Co-gestionat • Repte: gestió de l'equilibri de les lògiques tècniques i les veïnals

Des d'un punt de vista conceptual (dimensió simbòlica), existeix una visió compartida sobre el significat i sentit de l'acció comunitària en salut, on destaca l'ús de definicions pròpies del marc teòric d'aquest model d'intervenció. També cal esmentar el sentit polític que s'atribueix a l'acció comunitària en salut, tot incorporant en el discurs els determinants socials de la salut, la promoció de la salut com un dret i la percepció que en el barri efectivament hi ha hagut un canvi de paradigma des del model assistencial cap al de caràcter comunitari. Un altre element rellevant és la relació bidireccional que s'estableix entre el teixit social del territori i la seva capacitat de desplegar accions comunitàries reeixides, qüestió que en el cas de Roquetes ha estat favorablement

influenciat per les característiques històriques i la construcció identitària del barri, on la salut sempre ha tingut un rol rellevant. Finalment, destaca la definició de marcs relacionals horitzontals, com a condicionants per al bon desenvolupament de les accions comunitàries, on la deliberació i la negociació són mecanismes claus per a l'adequada coordinació de les accions.

Pel que fa al desenvolupament de les accions comunitàries en el barri (dimensió substantiva), destaca la valoració positiva dels agents, corroborades en les avaluacions realitzades. D'aquesta manera, el barri ha aconseguit construir una potent xarxa cuidadora, a través dels diferents recursos que es posen al servei de la comunitat, tot facilitant l'accés del veïnat. En aquest sentit, destaca la qualitat de l'atenció que presta el centre de salut i els mecanismes de derivació que s'apliquen, perquè les persones accedeixin a la resta de serveis, organitzacions i equipaments implicats. També destaca la implicació dels professionals tècnics de l'ASPB en la cerca d'evidència de l'efectivitat de les accions, així com la utilització de qüestionaris en les intervencions.

Des del punt de vista del disseny de la intervenció, destaca que les accions s'emmarquen en el pla de desenvolupament comunitari global del barri, fet que promou la coherència amb la realitat local i facilita la coordinació amb altres agents. De la mateixa manera, el programa A Roquetes fem salut es guia per principis de transversalitat i flexibilitat, que fan possible la seva adaptació a la complexitat que aquestes accions impliquen. En aquesta mateixa línia, es valora positivament que el programa aconsegueix articular diferents nivells d'intervenció (sensibilització, promoció, prevenció, tractament i rehabilitació) amb diferents nivells de participació (deliberatiu-decisional, co-gestionat i informatiu-consultiu). Un altre element favorable és la transcendència que aquestes accions tenen més enllà de programes o dispositius públics concrets com el programa Salut al Barris.

Pel que fa als reptes que el desenvolupament d'aquestes accions impliquen, destaca reforçar la integració de les necessitats d'aquells veïns que no es vinculen amb els processos d'acció comunitària. Això permetria contrapesar un possible i parcial procés de segregació poblacional que pot afectar els principis i estratègies bàsiques sobre els quals s'ha construït l'acció comunitària en salut. En aquest sentit, cal esmentar que es tracta d'un repte que es recomanava també en l'avaluació del programa Salut als Barris realitzada l'any 2011.

En relació al model de gestió que s'aplica, destaca el seu caràcter col·laboratiu, que resulta ser consistent amb les definicions conceptuals que els agents plantegen. Dins dels aspectes que han facilitat aquesta coherència, es troba l'estratègia de coordinació que s'aplica, que protegeix la conducció global a càrrec de la taula de salut, amb la coordinació més operativa on s'involucren altres agents. Dins d'aquesta coordinació, un aspecte que revesteix especial valoració és l'espai de trobada que es genera entre veïns i tècnics o professionals, que al llarg dels anys han generat una dinàmica de treball permanent en el temps. En aquest sentit, els elements facilitadors han estat: el perfil dels veïns, que valora el treball col·laboratiu, així com l'orientació comunitària que les polítiques de salut han incentivat, a més de la disposició i competències dels equips professionals i el lideratge directiu de les entitats que treballen en el territori.

Sobre els mecanismes de gestió de la informació, presa de decisions i recursos, cal esmentar el seu alineament amb els principis de col·laboració i horitzontalitat. Un repte permanent és el desenvolupament d'estratègies per intervenir les posicions i lògiques d'interpretació diferents que poden existir entre tècnics i veïns, qüestió que si bé s'interpreta com una oportunitat, es refereix com un factor a tenir especialment en compte. Un altre repte significatiu seria reforçar la visibilitat dels espais de coordinació de les accions de salut del barri, sobretot davant aquells agents que desconeixen la seva existència. Això permetria avançar en la prioritització de nous recursos, de manera que s'orientin a la millora dels condicionants de salut, així com reforçar la capacitat del programa per atraure nous agents a la coordinació. En aquest sentit, es detecta també que la població en general coneix les accions de promoció de la salut que es realitzen, però en bona mesura desconeixen les instàncies que les articulen.

Pel que fa als processos de gestió de la intervenció, existeix una pràctica diagnòstica instal·lada, amb eines participatives que permeten la seva actualització periòdica. En aquest sentit, un repte podria ser l'aplicació d'eines que aconseguixin captar les necessitats i interessos d'aquells agents no implicats directament en aquestes activitats, sota el supòsit que pugues haver-hi necessitats i/o demandes no detectades i abordades. També es planteja com a repte que les necessitats dels agents s'incorporin amb antecedents i indicadors específics sobre l'estat de salut de la població, tot reforçant la connexió entre les accions comunitàries i els sistemes d'informació sanitària.

En referència a la planificació de les accions, especialment en el seu disseny, un repte seria que els objectius es puguin operacionalitzar més en funció dels resultats esperats

i menys en relació dels processos i activitats desenvolupats. Això facilitaria la inclusió d'eines d'avaluació més precises respecte del que es vol efectivament valorar.

Finalment, sobre l'avaluació, un element significatiu és que actualment existeix tant una cultura com una pràctica avaluativa permanent, orientada a la millora de les accions, expressada en diferents eines de monitoratge i socialització de les valoracions. Aquest escenari es veuria reforçat amb el desenvolupament d'un model d'avaluació integrat, que permeti valorar el procés en el seu conjunt, més enllà de les activitats parcials. Aquest repte requeriria també d'ajustos importants a nivell de planificació.

En definitiva, es pot concloure que les accions comunitàries de salut a Roquetes compten amb un desenvolupament sòlid i coherent entre les tres dimensions que planteja aquest estudi: simbòlica, substantiva i processual. Respecte dels reptes que aquí es recullen, en la seva majoria estan relacionats amb àmbits de la gestió de la intervenció. Encara que fer front a aquests reptes resulti complex, es considera pertinent posar-los en consideració, atenent el grau de desenvolupament de la plataforma conceptual, social, política i relacional sobre la qual se sustenten les accions comunitàries en salut.

6. Referències bibliogràfiques i webgrafia

Agència de Salut Pública de Barcelona (2009). *Salut als Barris: Diagnòstic Les Roquetes*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Agència de Salut Pública de Barcelona (2012). *Salut als Barris: Avaluació Les Roquetes*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Agència de Salut Pública de Barcelona (2015). *La salut a Barcelona 2014*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona (2006). *Projecte d'Intervenció Integral Barris de Torre Baró i Ciutat Meridiana. Nou Barris*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

Gimenez, C. (2012). *Encuesta 2010 sobre convivencia intercultural en el ámbito local*. Barcelona, Obra Social La Caixa.

Web de la Agencia de Salud Pública de Barcelona: <http://www.aspb.cat/>

Web del programa A Roquetes Fem Salut: <http://aroquetesfemsalut.blogspot.com.es/>

Web del Pla Comunitari de Roquetes: <http://pcroquetes.blogspot.cl/p/documentacio-del-pla.html>

7. Perfil de persones participants de l'estudi

- Integrants de la Taula de salut de Roquetes
- Professionals del Centre de salut de Roquetes
- Professional de l'Equip de Salut Comunitària - ASPB
- Tècnics del Pla Comunitari de Roquetes
- Tècnics d'equipaments comunitaris
- Representants d'entitats veïnals
- Veïns i veïnes usuaris del centre de salut
- Veïns i veïnes participants d'activitats del programa A Roquetes fem Salut
- Veïns i veïnes no vinculats a les accions comunitàries

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:

Muñoz, C. i Barbieri, N. 2016, "Estudi del barri de Roquetes", 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
- 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)