

Nota metodológica

El diagnóstico de salud del programa *Barcelona Salut als Barris*. Metodología para un proceso participativo



Esther Colell^{a,b,*}, Esther Sánchez-Ledesma^a, Ana M. Novoa^{a,c}, Ferran Daban^a, Ana Fernández^{a,d}, Olga Juárez^a y Katherine Pérez^a por el Grupo de Trabajo de Diagnóstico[◇]

^a Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^b IMIM Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, España

^c Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona, España

^d CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de septiembre de 2017

Aceptado el 13 de diciembre de 2017

On-line el 26 de febrero de 2018

Palabras clave:

Salud comunitaria

Diagnóstico de necesidades

Participación comunitaria

Recogida de información

Métodos mixtos

R E S U M E N

Se describe la metodología usada en el diagnóstico de salud de un programa orientado a mejorar la salud en los barrios más desfavorecidos de la ciudad de Barcelona. En el proceso de diagnóstico se utiliza una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) para obtener información sobre el estado de salud de la comunidad, sus determinantes y los recursos disponibles relacionados con la salud. Los datos cuantitativos corresponden a indicadores elaborados a partir de registros de diversas fuentes. La información cualitativa recoge las perspectivas de la comunidad mediante entrevistas, grupos focales y grupos nominales. Las diferentes formas de recogida de datos proporcionan una información más completa de la salud de la comunidad, de sus necesidades y de los recursos disponibles para afrontarlas. La participación comunitaria en el proceso fortalece los lazos entre la comunidad y los agentes implicados en las acciones para abordar los temas priorizados, y favorece su empoderamiento.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Community health assessment of the programme “*Barcelona Health in the Neighbourhoods*”. Methodology for a participatory process

A B S T R A C T

This paper describes the methodology used for the assessment of health needs within a programme aimed at promoting health equity in disadvantaged neighbourhoods in the city of Barcelona (Spain). The assessment process involves the use of mixed methods (quantitative and qualitative) in order to obtain information regarding the health of the community, its determinants, and the availability of health-related assets. Quantitative data consists of indicators from different sources. Qualitative data collects the community's perspectives through interviews, focal groups and nominal groups. The combination of several data collection methods yields more complete information about the community, its needs and the resources available to meet them. Participation of community members in the process strengthens links between the community and the agents responsible for implementing the actions to address prioritised issues and favours community empowerment.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El diagnóstico de salud comunitaria hace referencia tanto al proceso como a los productos que de él se derivan, tales como la descripción del estado de salud de la comunidad y de sus determinantes, o la naturaleza y el alcance de sus recursos o activos relacionados con la salud¹. Mediante la participación comunitaria,

individuos y entidades trabajan de forma colaborativa para identificar las necesidades y los activos en salud del barrio².

El programa *Barcelona Salut als Barris* (BSaB) es una estrategia de salud comunitaria del Ayuntamiento de Barcelona desarrollada por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), orientada a mejorar la salud de los barrios en situación más desfavorecida respecto al conjunto de la ciudad. El programa utiliza como marco teórico el modelo de los determinantes de la salud a nivel urbano, que incluye aspectos del contexto físico y del contexto socioeconómico³. El desarrollo del programa consta de cinco fases: 1) búsqueda de alianzas y colaboraciones con los agentes del territorio y constitución de un grupo motor de salud comunitaria en el barrio; 2) elaboración de un diagnóstico de salud comunitaria, es decir, conocimiento de la situación a partir de la valoración de las necesidades en salud,

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ecolell@aspb.cat (E. Colell).

◇ Grupo de Trabajo de Diagnóstico: Esther Colell, Ferran Daban, Elia Díez, Olga Juárez, Ana Fernández, Ana Novoa, Marta Olabarría, Katherine Pérez y Esther Sánchez-Ledesma.

Tabla 2

Guía para la selección de los participantes para las entrevistas según contexto, proceso o actividad, y perfil o tipo

Contexto	Perfil o tipo
Distrito (ayuntamiento)	Técnico/a de barrio, técnicos/as sectoriales
Salud	Médico/a, psiquiatra, trabajador/a social. . .
Educación	Maestro/a, profesor/a, pedagogo/a, educador/a
Servicios sociales	Director/a, educador/a, técnico/a
Ocupación (entidades de inserción laboral...)	Técnico/a de inserción laboral
Asociaciones/entidades (vecinales, comerciantes, mujeres...)	Presidente, coordinador/a, representante...
Seguridad/convivencia	Policía, guardia municipal
Redes comunitarias (plan comunitario, mesas específicas: juventud, deportes, infancia...)	Técnico/a, dinamizador/a
Equipamiento (biblioteca, polideportivo, centro cívico...)	Coordinador/a, director/a,
Comunidades (religiosas, minorías étnicas...)	Líder
Otros (farmacias, medios de comunicación...)	—

Métodos cualitativos

Las técnicas utilizadas para la recogida de información cualitativa son la entrevista, el grupo focal y el grupo nominal. En primer lugar, se realizan las entrevistas a personas conocedoras del barrio que sirven para obtener una visión general, y a la vez sectorial, de los temas relevantes. Se trata de entrevistas semiestructuradas con una guía de los temas a tratar según los objetivos siguientes: 1) conocer los activos relacionados con los determinantes de la salud; 2) entender las necesidades en salud relacionadas con los determinantes de salud; 3) identificar colectivos en situación de vulnerabilidad; y 4) explorar posibles vías para mejorar la salud de la población del barrio. Para la selección de los participantes en las entrevistas se consideran los perfiles relevantes dentro de los contextos previamente definidos. La [tabla 2](#) recoge un modelo para la selección de personas a entrevistar. Estas personas surgen en primera instancia del grupo motor y se sigue con una estrategia de muestreo nominado (bola de nieve). El número necesario de entrevistas para alcanzar la saturación de la información y cubrir todos los perfiles relevantes de los diferentes ámbitos oscila entre 15 y 25, dependiendo del barrio.

Seguidamente se realizan los grupos focales formados por personas del barrio, cuyo objetivo es el enriquecimiento del discurso sobre temas determinados en función de las propias características del grupo. Los participantes deben segmentarse por cualquier factor que pudiera hacer variar su respuesta⁷. Los criterios fundamentales para la segmentación son la edad y el sexo, fijándose seis grupos básicos, tres para hombres y tres para mujeres: jóvenes (16-25 años), adultos (26-64 años) y mayores (más de 64 años). Es posible definir otros grupos según otros criterios (situación familiar, lugar específico de residencia, miembros de algún colectivo, etc.) en función de las necesidades detectadas en la fase de entrevistas o a propuesta del grupo motor. Según los grupos que en última instancia se realicen, se deciden los temas a tratar para introducirlos en la discusión del grupo.

Finalmente, en los grupos nominales se realiza un proceso participativo de consenso para identificar los problemas más importantes y ayudar a priorizar intervenciones⁸. Los grupos nominales se realizan por separado con profesionales de los sectores de salud, educación y servicios sociales, y de entidades del barrio, que pueden o no ser residentes del barrio. En la web de la ASPB están

disponibles las guías para la realización de entrevistas, grupos focales y grupos nominales, incluyendo ejemplos de preguntas⁴.

Análisis de los datos y resultados

En el análisis de los datos cualitativos se usa el método comparativo continuo⁹ para generar las categorías de análisis a partir del guion utilizado y los temas emergentes en las entrevistas y en los grupos focales. Se busca la información referente a cada categoría y se crean subcategorías para los diferentes aspectos relativos a las categorías. Se identifican ejemplos (citas textuales) y se describen los resultados prestando atención a las semejanzas, las diferencias y las contradicciones.

Una vez se dispone de los resultados cuantitativos y cualitativos, estos se comparan o relacionan para una interpretación conjunta y así dar lugar a unas conclusiones. El informe de diagnóstico refleja la integración de los datos en la exposición de los resultados.

Durante el proceso de recogida de información cualitativa también se genera información sobre los recursos del barrio que pueden ser útiles en las futuras intervenciones. Estos activos pueden estar relacionados con las personas, las entidades o los servicios y equipamientos del barrio.

A partir de las conclusiones del diagnóstico se confecciona la lista de necesidades. Esta lista, una vez revisada por el grupo motor, se presenta en una jornada de priorización abierta a la comunidad, para que todas las personas interesadas puedan votar las cuestiones que consideren más importantes¹⁰.

Conclusiones

El procedimiento de diagnóstico utilizado en el programa BSaB permite una mejor comprensión de la comunidad y de sus necesidades, incluyendo la disponibilidad de recursos y activos en salud para afrontarlas. Se fortalecen los lazos entre los diferentes agentes implicados en el territorio (vecinos, profesionales de servicios públicos, entidades. . .), representa una oportunidad para el desarrollo de liderazgo y empoderamiento de la comunidad, y facilita la orientación a la acción en las subsecuentes fases del programa.

Editor responsable del artículo

Andreu Segura.

Contribuciones de autoría

E. Colell y K. Pérez concibieron el trabajo. E. Colell redactó la primera versión del manuscrito. E. Sánchez-Ledesma, A.M. Novoa, F. Daban, A. Fernández, O. Juárez y K. Pérez contribuyeron de forma sustantiva en las siguientes versiones y aprobaron el documento final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Irani P, Bohn C, Halasan C, et al. Community health assessment: driving the need for current, easily accessible population health data. *J Public Health Manag Pract*. 2006;12:113–8.
2. Cain CL, Orionzi D, O'Brien M, et al. The power of community voices for enhancing community health needs assessments. *Health Promot Pract*. 2017;18:437–43.

3. Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, et al. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health.* 2013;**67**:389–91.
4. Artazcoz L, Calzada N, Colell E, et al. Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017. Disponible en: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/11/Barcelona_Salut_als_Barris.Com_desenvolupar_estrategia_salut_comunitaria_2017.pdf
5. Creswell J, Plano Clark V. *Designing and conducting mixed methods research.* Thousand Oaks, CA: Sage; 2007.
6. Agència de Salut Pública de Barcelona. Infobarris BCN. 2015. Disponible en: <http://www.aspb.cat/infobarris>
7. Krueger RA. *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada.* Madrid: Pirámide; 1991.
8. Olaz Capitán AJ. *La técnica de grupo nominal como herramienta de investigación cualitativa.* Tres Cantos: Bohodón; 2010.
9. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía. Métodos de investigación.* Barcelona: Paidós Ibérica; 1994.
10. Sánchez-Ledesma E, Pérez A, Vázquez N, et al. La priorización comunitaria en el programa Barcelona Salut als Barris. *Gac Sanit.* 2017. Jun 29. pii: S0213-9111(17)30131-0. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.04.005. [Epub ahead of print].