

## Revisión

## Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona

Carme Borrell<sup>a,b,c,d,\*</sup>, M. Isabel Pasarín<sup>a,b,c,d</sup>, Elia Díez<sup>a,b,c,d</sup>, Katherine Pérez<sup>a,b,c</sup>, Davide Malmusi<sup>b,c,e</sup>, Glòria Pérez<sup>a,b,c,d</sup>, Lucía Artazcoz<sup>a,b,c,d</sup> y el Grupo de la Agència de Salut Pública de Barcelona<sup>◇</sup>

<sup>a</sup> Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>c</sup> Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España

<sup>d</sup> Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>e</sup> Direcció de Serveis de Salut, Ajuntament de Barcelona, Barcelona, España



## RESUMEN

## Palabras clave:

Factores socioeconómicos  
Desigualdades en salud  
Planificación de ciudades

Existe abundante información e investigaciones sobre las desigualdades en salud en Barcelona, pero este tema no estuvo claramente priorizado en la agenda política. Con la llegada al gobierno de un partido de la nueva izquierda (Barcelona en Comú) en 2015 hubo un impulso importante de la agenda política para reducir las desigualdades, también las de salud. El objetivo de esta revisión es describir el avance realizado respecto a las desigualdades en salud en estos 4 años, sobre todo en los ámbitos donde ha participado la salud pública. Respecto a la evidencia y la comunicación sobre las desigualdades en salud, se presentan los avances en el Informe Anual de Salud de Barcelona y la creación del Observatorio de Salud, Desigualdades e Impactos de las Políticas Municipales. Las políticas que se presentan se refieren a diferentes estrategias municipales, el Plan de Salud, el impulso del programa *Barcelona Salud en los Barrios* y el Plan para el Abordaje de las Desigualdades en la Agència de Salut Pública de Barcelona. La conjunción de la voluntad política, la capacidad técnica y el impulso de la ciudadanía han facilitado un avance en la ciudad de Barcelona en las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud.

© 2019 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/>).

## Health inequalities as a political priority in Barcelona

## ABSTRACT

## Keywords:

Socio-economic factors  
Health inequalities  
City planning

There is a wealth of information and research on health inequalities in Barcelona, but this issue has not been clearly prioritised on the political agenda. The arrival in government of a new left-wing party (*Barcelona en Comú*) in 2015, gave an important boost to the political agenda to reduce inequalities and health inequalities. The aim of this review is to describe the progress made in relation to health inequalities in these four years and especially in the areas involving public health. With respect to evidence and communication on health inequalities, the progress made is presented in the Barcelona annual health report and the creation of the Observatory on Health, Inequalities and Impacts of Municipal Policies. The policies presented refer to different municipal strategies, the Health Plan, the promotion of the Barcelona Health in the Neighbourhoods programme and the Plan for Tackling Inequalities in the Barcelona Public Health Agency. The combination of political will, technical capacity and the drive of citizens have facilitated progress in the city of Barcelona in policies to reduce social inequalities in health.

© 2019 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

Tras las primeras elecciones democráticas de 1979, el Ayuntamiento de Barcelona estuvo gobernado por una coalición de partidos liderada por el Partido Socialista de Cataluña hasta 2011. La salud pública fue una prioridad, con tres aspectos innovadores: 1) el establecimiento de sistemas de información geográfica de la salud que se fueron centrando progresivamente en áreas pequeñas de la ciudad, 2) la implementación de la Encuesta de Salud por Entrevista desde 1983, y 3) la publicación del Informe Anual de Salud de Barcelona<sup>1</sup>. Estos avances sentaron las bases para implementar programas de intervención a lo largo de los años.

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [cborrell@aspb.cat](mailto:cborrell@aspb.cat) (C. Borrell).

◇ Otras personas del Grupo de la Agència de Salut Pública de Barcelona: Carles Ariza, Andrea Bastida, Xavier Bartoll, Marta Caballé, Núria Calzada, Gemma Castiello, Ferran Daban, Ana Fernández, Neus Ferrer, Raquel Gallardo, Irene García-Subirats, Kilian González, Mercè Gotsens, Olga Juárez, Fabian Kolonia, M. José López, Daniel Moreno, Ana Novoa, Marta Olabarria, Gemma Páez, Esperanza Peracho, Anna Pérez, Vanessa Puig-Barrachina, Pilar Ramos, Cristina Rey, Iolanda Robles, Llanos Roldán, María Salvador, Esther Sánchez, Francesca Sánchez, Nàtalia Segarra y Noèlia Vázquez.

Barcelona, como cualquier territorio urbano amplio, tiene una gran heterogeneidad social entre diferentes áreas, desde zonas con un alto nivel de bienestar hasta focos de pobreza. Estas desigualdades sociales están relacionadas con las desigualdades en salud. Desde los años 1980 se han realizado varios estudios que demuestran la existencia de desigualdades sociales en salud, utilizando principalmente estadísticas de mortalidad, pero también se han publicado estudios que han utilizado otras fuentes de información, como las encuestas de salud o los registros de enfermedades<sup>2-13</sup>. El avance de los sistemas de información sanitaria y de los métodos de análisis permitió que, a principios del siglo XXI, algunos proyectos de investigación (MEDEA e INEQ-CITIES)

entraran en el estudio en el análisis de la mortalidad en las secciones censales (de unos 1000 habitantes), y evidenciaron que el análisis de áreas pequeñas es útil para identificar de manera más precisa la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud<sup>14,15</sup>.

Durante esos años, la actual Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) (antes Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona) lideró varios programas para abordar las desigualdades en salud, como por ejemplo el programa de salud materno-infantil en el distrito de Ciutat Vella<sup>16</sup>, el programa de vigilancia y control de la tuberculosis entre las poblaciones más desfavorecidas<sup>17</sup>, los programas de prevención y atención integral al consumo de drogas<sup>18</sup>,

DISTRITO	BARRIO	Envej	Solas	RFD	Est Prim	Paro	Abstención	EV	RMC	RAPVP	TBC	Fec Adolesc	Bajo Peso
Ciutat Vella	El Raval	55,1	38,6	80,3	40,6	12,4	54,9	80,3	119,8	149,8	118,2	17,5	5,3
	El Barri Gòtic	56,4	33,6	103,6	23,5	9,8	50,1	81,3	115,7	118,7	42,3	3,8	3,9
	La Barceloneta	56,7	37,5	82,1	33,2	12,8	52,9	89,4	118,6	163,9	44,8	7,9	8,0
Eixample	Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera	56,7	39,4	91,2	25,4	11,4	49,5	82,4	104,3	126,3	31,9	16,8	8,0
	El Fort Pienc	53,7	30,2	99,0	19,3	8,7	36,0	84,3	97,2	72,7	13,1	2,6	6,2
	La Sagrada Família	58,3	33,5	97,5	20,8	8,7	38,0	84,3	94,2	82,1	15,4	4,7	6,3
	La Dreta de l'Eixample	55,8	31,1	165,7	12,7	7,1	35,0	82,9	109,0	81,2	13,0	1,0	4,8
	L'Antiga Esquerra de l'Eixample	58,4	33,2	125,1	14,3	8,4	36,8	83,8	99,2	89,1	11,0	2,5	6,5
Sants-Montjuïc	la Nova Esquerra de l'Eixample	52,8	33,0	108,6	17,3	8,6	36,7	84,6	92,2	85,3	12,8	3,5	6,2
	Sant Antoni	57,2	34,9	102,5	22,5	9,5	36,6	83,8	96,8	103,6	19,4	6,1	5,8
	El Poblenou	55,5	35,3	71,0	33,3	11,8	46,6	82,6	106,2	106,9	41,3	12,8	6,6
	La Marina del Prat Vermell	61,9	33,6	59,1	54,3	20,1	64,8	83,1	274,1	566,5	69,8	33,6	10,8
	La Marina del Port	53,6	30,0	70,9	37,8	12,1	44,5	84,0	96,3	110,8	25,1	10,2	5,8
	La Font de la Guatlla	51,5	30,2	77,8	26,4	12,4	41,7	82,3	110,8	96,4	11,7	2,8	7,3
	Hortafranca	51,7	33,2	77,2	28,3	9,4	41,2	82,6	102,5	92,0	29,9	11,6	6,5
	La Roca	53,1	28,8	71,4	29,3	10,0	39,3	83,3	97,6	110,2	23,7	8,1	6,6
	Sants-Badal	50,8	31,5	76,8	30,8	8,3	41,2	84,5	92,0	88,3	22,2	14,1	5,1
	Sants	54,5	33,9	82,6	25,5	9,3	37,1	83,7	101,1	89,7	24,1	8,5	6,5
Les Corts	Les Corts	48,8	30,9	124,8	16,6	8,9	33,8	85,3	89,8	71,4	15,0	1,6	5,5
	La Maternitat i Sant Ramon	48,2	29,0	118,7	20,2	9,1	35,4	85,8	83,0	75,0	15,2	5,9	6,5
	Pedralbes	51,9	23,9	243,9	10,1	4,3	35,7	86,5	80,8	78,6	6,8	2,3	5,2
Sarrià-Sant Gervasi	Valldigna, el Tibidabo i les Planes	50,3	13,5	177,8	15,9	4,4	36,8	80,1	134,7	125,5	4,6	2,4	5,9
	Sarrià	55,5	25,1	196,1	12,0	4,4	33,3	84,6	94,5	74,3	12,4	3,9	5,9
	Les Tres Torres	52	23,3	224,0	8,7	5,0	31,7	85,9	84,5	67,9	5,0	0,0	4,1
	Sant Gervasi-La Bonanova	53,8	26,3	189,6	11,0	5,4	36,4	84,7	94,4	65,8	7,3	0,0	4,9
	Sant Gervasi-Galvany	55,1	32,2	195,6	9,8	5,7	33,3	84,6	91,2	82,9	12,1	1,1	6,7
Gràcia	El Puxet i el Farró	50	30,2	142,2	10,5	7,8	34,0	85,3	87,5	86,4	8,8	2,3	5,3
	Valldigna i els Penitents	51,3	30,0	103,9	17,2	4,5	35,6	83,6	101,8	86,0	14,2	4,3	6,6
	El Coll	47	29,2	83,1	23,3	8,2	42,3	85,0	91,6	78,7	8,9	3,5	7,3
	La Salut	49,9	32,0	113,5	17,3	9,3	37,0	81,8	107,1	132,3	24,2	1,0	5,0
	La Vila de Gràcia	58,6	35,3	109,5	18,2	8,9	36,7	83,0	102,4	94,2	19,2	8,7	7,1
Horta-Guinardó	El Camp d'en Grassot i Gràcia Nova	52,1	33,3	101,0	17,5	8,7	32,9	84,8	94,6	77,4	20,3	3,6	6,6
	El Baix Guinardó	57,9	29,0	83,6	22,8	9,2	39,2	84,2	96,9	87,8	17,8	8,0	5,9
	Can Baró	51,7	33,4	74,2	28,5	9,8	41,1	83,6	99,0	102,5	8,9	2,9	5,3
	El Guinardó	53,9	33,0	86,4	23,6	10,7	39,5	84,1	95,0	98,9	15,7	7,7	5,9
	La Font d'en Fargues	47,8	22,6	108,6	21,1	12,9	35,8	82,8	113,7	97,4	12,6	1,3	8,6
	El Carmel	48,3	30,1	54,4	38,6	12,7	47,9	83,4	98,8	122,7	12,5	16,0	9,2
	La Teixonera	50	29,9	69,0	35,0	10,0	45,6	83,2	101,2	111,8	25,6	11,0	9,0
	Sant Genís dels Agudells	60,2	26,9	74,8	34,3	11,0	43,9	83,2	102,8	115,7	22,9	2,0	10,4
	Montbau	52	27,7	71,5	31,3	11,7	42,2	82,6	93,9	124,4	11,6	5,4	9,3
	La Vall d'Hebron	46,7	30,6	87,7	25,5	10,3	34,3	83,2	103,1	81,3	25,2	0,0	2,4
Nou Barris	La Clota	63,8	23,3	85,1	28,9	7,8	42,6	83,3	118,3	106,3	0,0	25,0	3,6
	Horta	53	28,6	83,1	31,0	12,7	38,8	82,6	110,0	94,0	25,1	6,1	6,9
	Vilapicina i la Torre Llobeta	54,8	31,1	71,1	29,4	12,1	38,6	83,5	101,9	91,0	15,7	7,3	6,7
	Porta	55,1	30,0	61,3	36,0	12,8	42,6	84,0	93,5	116,4	16,6	13,0	6,1
	El Turó de la Peira	72,4	33,9	51,6	39,7	12,8	48,7	84,8	90,3	91,4	26,0	22,4	7,5
	Can Peguera	61,9	29,4	53,1	44,8	12,0	54,1	78,1	119,1	261,4	0,0	20,2	7,4
	La Guineueta	52,2	28,7	54,5	33,5	15,3	38,1	83,2	101,8	120,7	21,1	4,4	7,6
	Canyelles	45	28,3	57,0	40,7	14,5	38,8	83,0	100,0	159,4	8,4	6,8	9,7
	Les Roquetes	47,3	33,5	80,4	44,7	13,6	51,5	81,4	115,2	138,8	18,9	37,4	8,7
	Vandor	54,5	31,8	55,6	42,1	14,2	49,1	82,5	104,9	125,6	29,8	17,7	8,8
Sant Andreu	La Prosperitat	50,7	32,0	56,3	40,8	13,4	42,4	84,0	85,1	99,0	18,2	11,8	7,2
	La Trinitat Nova	64,4	35,2	38,5	45,8	19,1	55,0	73,8	124,8	156,3	36,7	25,5	6,7
	Torre Baró	49,1	22,5	44,7	48,2	17,6	60,2	75,2	155,8	326,3	0,0	44,4	15,6
	Ciutat Meridiana	43,1	30,4	43,2	48,2	19,4	51,5	83,0	98,1	131,0	52,7	29,2	7,6
	Vallbona	62	10,0	41,7	47,4	18,4	52,8	83,0	139,9	134,0	15,0	66,0	7,8
	La Trinitat Vella	47	29,5	53,5	44,7	17,4	50,7	83,8	92,7	137,8	23,2	15,8	8,2
	Baró de Viver	52,7	38,9	61,9	47,0	11,4	56,4	78,2	122,8	232,3	33,0	35,4	9,2
	El Bon Pastor	50,6	26,8	71,8	39,1	12,6	46,9	82,1	115,5	114,5	16,7	16,9	8,2
	Sant Andreu	48,2	31,6	79,3	26,4	11,2	35,3	83,9	97,0	86,0	18,9	5,8	8,5
	La Sagrera	49,4	29,0	74,3	27,4	10,1	37,1	84,8	90,8	92,7	14,5	8,5	6,2
Sant Martí	El Congrés i els Indians	69,1	36,8	73,7	27,5	10,8	38,3	84,7	89,9	74,1	21,4	4,2	7,1
	Naves	51,8	30,9	75,4	25,8	10,4	39,3	85,4	87,7	87,7	20,2	5,8	5,2
	El Camp de l'Arpa del Clot	51,2	32,7	78,5	24,1	10,8	37,4	84,6	87,7	85,5	21,6	11,4	5,7
	El Clot	50,4	29,7	76,9	25,5	10,0	37,8	84,5	93,9	86,3	11,0	5,5	7,0
	El Parc i la Llacuna del Poblenou	50,5	30,8	93,7	22,3	9,0	37,8	83,4	102,9	90,8	8,5	1,1	6,1
	La Vila Olímpica del Poblenou	37,3	29,4	151,6	10,8	9,1	29,3	85,6	83,6	61,5	8,6	0,0	5,8
	El Poblenou	56,3	33,6	89,6	24,7	9,3	37,9	83,0	104,7	100,3	17,9	7,6	6,4
	Diagonal Mar i el Front Marítim del Poblenou	45,7	21,9	150,1	19,3	11,3	37,7	85,0	91,3	68,6	16,2	3,0	5,5
	El Besòs i el Maresme	63,1	31,0	53,0	44,6	14,4	49,3	82,4	104,6	121,9	51,1	23,0	5,9
	Provençals del Poblenou	53,5	29,2	76,1	28,4	10,7	39,8	83,6	96,4	111,3	19,2	7,3	6,6
Sant Martí de Provençals	53,8	30,1	66,2	33,1	12,8	38,7	83,4	98,9	120,3	20,7	9,4	7,5	
La Veneda i la Pau	51,6	27,0	56,1	37,8	12,9	42,2	83,3	101,2	101,7	16,5	8,1	7,0	

Figura 1. Matriz Urban Heart: indicadores de determinantes de la salud y de la salud en los 73 barrios de Barcelona, año 2014.

En color rojo, los barrios que están en el cuartil con peores indicadores. En color verde, los barrios que están en el cuartil con mejores indicadores. En color amarillo, el resto de los barrios.

Envej: índice de sobre envejecimiento, año 2014.

Solas: % personas de 75 años o más que viven solas, año 2014.

RFD: índice de renta familiar disponible, año 2013.

Est Prim: % personas de 15 años o más con estudios primarios o menos, año 2014.

Paro: % de paro registrado en personas de 16-64 años, año 2014.

Abstención: % abstención en elecciones municipales, año 2015.

EV: esperanza de vida al nacer, período 2009-2013.

RMC: razón de mortalidad comparativa, período 2009-2013.

RAPVP: razón de años de vida perdidos, período 2009-2013.

TBC: tasa tuberculosis, período 2010-2014.

Fec Adolesc: tasa fecundidad adolescente, período 2010-2014.

Bajo Peso: prevalencia de bajo peso al nacer, período 2010-2014.

la reforma de la atención primaria de salud que se inició en las zonas más desfavorecidas de la ciudad<sup>19</sup>.

A pesar de la abundante información e investigaciones existentes sobre las desigualdades en salud, y de la existencia de algunos programas, este tema no estuvo claramente priorizado en la agenda política. Con la llegada al gobierno de un partido de la nueva izquierda (Barcelona en Comú) en 2015 se produjo un importante impulso de la agenda política para reducir las desigualdades, también las de salud. El objetivo de esta revisión es describir el avance realizado respecto a las desigualdades en salud en estos 4 años, sobre todo en los ámbitos donde ha participado la salud pública. En primer lugar se describirán los avances respecto a la evidencia y la comunicación, y luego respecto a la acción.

## La evidencia y la comunicación

### Las desigualdades en el Informe de Salud

El Informe de Salud de Barcelona viene elaborándose ininterrumpidamente desde 1984 y muestra la situación de la salud y sus determinantes en la ciudad<sup>20</sup>. Para ello utiliza diversas fuentes de información, como las encuestas de salud, los registros de estadísticas vitales, los registros de enfermedades, etc. El informe ha ido incorporando de manera progresiva el desglose de la información según sexo y posición socioeconómica, y sirve para informar sobre los problemas y avances en diferentes aspectos de la salud de la población, y también como instrumento para planificar y evaluar las acciones que deben llevarse a cabo para mejorarla.

En el informe del año 2015, con el cambio de gobierno, se decidió dar un impulso a la evidencia sobre las desigualdades en salud. Para ello se utilizó la matriz *Urban HEART*, una herramienta adaptada según la propuesta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud que tiene por objetivo ayudar a la toma de decisiones sobre la implementación de políticas dirigidas a promover la equidad en salud urbana<sup>21</sup>. La matriz se configuró con seis indicadores de salud y seis de sus determinantes para los 73 barrios de la ciudad de Barcelona, donde se mostraban los resultados de cada indicador en color verde, amarillo o rojo para identificar los barrios con resultados más favorables (verde) o menos favorables (rojo), considerando como puntos de corte los percentiles 25 y 75 (fig. 1)<sup>21,22</sup>. La matriz permitió identificar los 18 barrios de Barcelona con mayores problemas y, por tanto, priorizarlos en el conjunto de políticas de salud del mandato (salud comunitaria,

salud mental, salud sexual, etc.) para llevar a cabo intervenciones con el fin de reducir las desigualdades en salud en la ciudad.

Las desigualdades en salud fueron la prioridad del informe en su presentación a los medios de comunicación. Los informes posteriores siempre han tenido un apartado sobre las desigualdades en salud, se han ido incorporando medidas más elaboradas y el último ha hecho evidente una tendencia a la disminución de las desigualdades en esperanza de vida entre los barrios con mayor y menor renta (de 4,5 años en 2011-2013 a 2,7 años en 2014-2016)<sup>23</sup>.

### El Observatorio de Salud, Desigualdades e Impactos de las Políticas Municipales

Al mes siguiente de presentarse la evidencia sobre desigualdades en salud en el informe, el gobierno presentó en comisión del pleno municipal una *Medida de Gobierno de Acción Conjunta para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud*<sup>24</sup>, que se detallará en la siguiente sección. Dentro del paquete de acciones, se preveía la creación del Observatorio de Salud, Desigualdades e Impactos de las Políticas Municipales. El observatorio se puso en marcha en 2016 y su objetivo general responde a la necesidad de dar a las organizaciones sociales y de salud, y a las personas tomadoras de decisiones políticas, la información y la evidencia necesarias para mejorar la salud poblacional y reducir las desigualdades en salud. Sus objetivos son:

- Vigilar la salud y sus determinantes teniendo en cuenta los ejes de desigualdad, y monitorizar los diferentes territorios de la ciudad a lo largo del tiempo mediante la recogida sistemática, el análisis, la interpretación y la publicación de indicadores clave.
- Evaluar el efecto en salud y en las desigualdades en salud de las políticas públicas municipales para reforzar aquellas con mayor capacidad para reducir las desigualdades y modificar las que pudieran mostrar no ser efectivas o incluso tener efectos adversos.
- Visualizar y difundir los resultados en un sitio web creado específicamente y accesible a la población.

Actualmente el observatorio está en fase de diseño web, pero aun así se han elaborado sus indicadores y se han realizado evaluaciones de un amplio espectro de políticas y programas municipales. La estructura del observatorio se muestra en la figura 2.

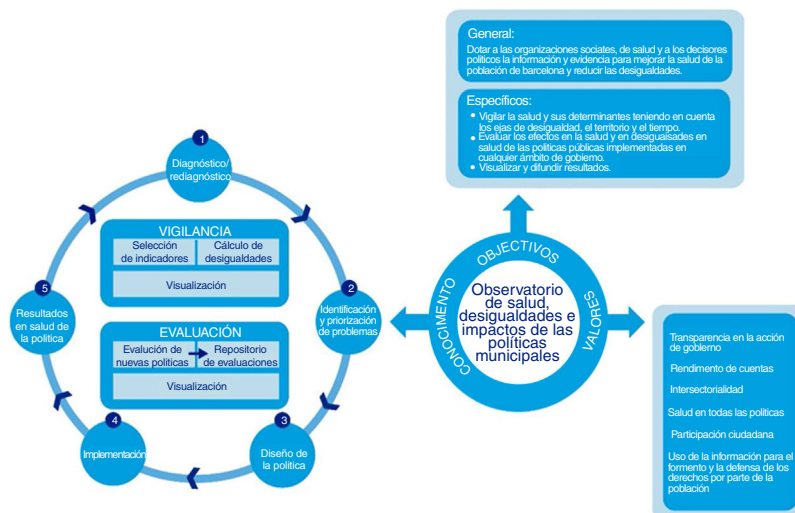


Figura 2. Estructura del Observatorio de Salud, Desigualdades e Impactos de las Políticas Municipales.

**Tabla 1**  
Recomendaciones de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, Programa de Actuación Municipal y Plan de Salud de Barcelona

Recomendaciones de la Comisión para Reducir Desigualdades	Programa de Actuación Municipal 2016-2019 – principales actuaciones	Plan de Salud de Barcelona 2016-2020 – actuaciones estratégicas de la ciudad de Barcelona
1. Consolidar el compromiso político para reducir las desigualdades en salud.	Objetivo: Reducir las desigualdades en salud. Actuación: Plan de acción conjunta para la reducción de desigualdades sociales en salud, que prevé el seguimiento anual de las desigualdades en salud	Reducir las desigualdades en salud, priorizando acciones en los barrios identificados con los peores indicadores socioeconómicos y de salud.
2. Adoptar políticas fiscales y de gasto social que reduzcan las desigualdades de renta y fomenten la inversión para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.	Hacer de Barcelona una ciudad con fiscalidad progresiva y libre de fraude fiscal. Rentas municipales infantil y complementaria. Tarifación social de los servicios municipales: poner en marcha un sistema de pago de los servicios públicos por niveles de renta.	
5. Proveer una educación de calidad desde la educación pre-primaria hasta la secundaria, reforzando el sistema de educación público, y considerando la atención al desarrollo físico, social, emocional, cognitivo y del lenguaje. Dedicar un especial esfuerzo por incluir aquellos/as niños y niñas en situación más desfavorecida.	Incrementar el apoyo a las actividades educativas complementarias y a las necesidades educativas especiales en el aula. Impulsar líneas de ayuda económica para reducir la desigualdad en el acceso a la educación. Hacer crecer la red de centros abiertos para niños/as y adolescentes en situación de vulnerabilidad.	
6. Ampliar la cobertura de escuelas infantiles para niños y niñas de 0 a 3 años, con medidas especiales para las familias de situación más desfavorecida.	Incrementar las guarderías de titularidad pública. Tarifación social de los servicios municipales (se ha aplicado en guarderías). Facilitar los espacios familiares, de ayuda mutua y grupos de crianza.	
7. Ofrecer condiciones de empleo y de trabajo adecuadas para que los hogares puedan tener condiciones económicas adecuadas y las madres y los padres tengan tiempo para el cuidado de hijos e hijas.	Plan contra el paro y por la calidad del trabajo juvenil. Mejorar los programas dirigidos a personas en situación de vulnerabilidad. Mejorar la empleabilidad. Orientación e intermediación laboral.	Avanzar en las actuaciones de salud laboral para mejorar la salud y el bienestar de las personas en relación con el trabajo, y contribuir a crear un entorno laboral que proteja la salud.
8. Fomentar la contratación fija con salarios dignos, evitando las desigualdades en los tipos de contrato y las retribuciones.	Plan contra el paro y por la calidad del trabajo juvenil. Salario básico de referencia. Contratación socioambientalmente responsable y transparente.	
9. Aumentar los recursos públicos para el cuidado de las personas dependientes, con lo que se fomenta que las mujeres accedan al mercado de trabajo.	Plan de justicia de género. Impulsar la corresponsabilidad de los cuidados. Apoyo a las familias que cuidan a personas enfermas.	
10. Impulsar estrategias para la protección de derechos laborales en sectores con alta proporción de trabajo informal, como por ejemplo el servicio doméstico y la hostelería.	Estrategia contra la feminización de la pobreza y de la precariedad. Contratación socioambientalmente responsable y transparente.	
12. Acelerar el cambio cultural de los servicios de protección social a las y los mayores y sus cuidadores/as hacia una vocación universal y preventiva, impulsando el desarrollo pleno de la Ley de Dependencia.	Plan integral de atención a domicilio: integrar en un modelo de gestión y de atención único los servicios de atención personal a la dependencia. Mejorar los servicios sociales básicos de atención integral.	Garantizar una atención integrada social y sanitaria.
15. Garantizar el acceso a una vivienda digna y adecuada a través de políticas de alquiler a precios asequibles, de detección de situaciones de abuso, y de promoción de vivienda de protección oficial con criterios que garanticen el acceso de la población con menos recursos.	Prevenir desahucios de personas vulnerables y garantizar el realojo digno. Impulsar la construcción de 4000 viviendas, en su mayoría en régimen de alquiler asequible. Incrementar la vivienda pública. Ayudas para mejorar la funcionalidad y la accesibilidad del interior de las viviendas (entre otras).	
16. Introducir en la planificación de los entornos la perspectiva de equidad en salud, utilizando los marcos de la evaluación de impacto en salud y de la planificación urbana saludable (que implican la participación ciudadana).	Estrategia contra la contaminación del aire. Zonas urbanas de atmósfera protegida. Ampliar el verde. Impulsar las supermanzanas. Mejorar el espacio público, la accesibilidad de los peatones y ampliar las zonas de pacificación del tráfico. Facilitar el uso de la bicicleta.	Reforzar las acciones para la mejora de la salud ambiental. Control y análisis de los diferentes elementos que la conforman y establecer mecanismos de comunicación y difusión a la población.
17. Desarrollar planes de renovación urbanística priorizando según privación, que tengan en cuenta las propuestas de la población para mejorar la calidad del entorno.	Plan de barrios: estrategia integral de cohesión, innovación social y plan de mejora integral en los barrios más desfavorecidos.	
18. Promover planes comunitarios de reducción de las desigualdades en la salud mediante la participación de la ciudadanía, los servicios sanitarios, los servicios sociales y otros posibles agentes con implicaciones para la salud.	Reforzar y extender el programa Salud en los barrios en los 18 barrios en peor situación. Impulsar la acción comunitaria en el territorio. Plan de salud comunitaria.	Incluir el abordaje comunitario por la mejora de la salud, reorientando el modelo de atención primaria que favorezca la dimensión comunitaria y contemplando las actuaciones de salud pública y con participación comunitaria.
22. Garantizar la plena universalización de la atención sanitaria para todos los residentes en España, con una cobertura del 100%.	Impulsar el asesoramiento jurídico para reducir la irregularidad. Empadronamiento y acceso a la tarjeta sanitaria a toda la población residente.	Garantizar una sanidad pública universal, equitativa y de calidad.
23. Incluir en todos los planes de salud y planes directores estatales, autonómicos y locales, objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, la calidad y la efectividad de los servicios sanitarios.	Plan de acción conjunta para la reducción de desigualdades sociales en salud.	La propia inclusión de actuaciones específicas en el Plan de Salud de Barcelona, más allá de las que emergían del Plan de Salud de Cataluña. Así mismo, las actuaciones estratégicas del Plan de Salud de Barcelona priorizan los temas específicos de salud sexual y reproductiva, salud mental y adicciones, y violencia.

Tabla 1 (continuación)

Recomendaciones de la Comisión para Reducir Desigualdades	Programa de Actuación Municipal 2016–2019 – principales actuaciones	Plan de Salud de Barcelona 2016–2020 – actuaciones estratégicas de la ciudad de Barcelona
24. Mejorar el acceso y reducir los costes para la población con menos recursos de prestaciones sanitarias preventivas y curativas ineludibles.	Reducir el número de personas que no pueden acceder a fármacos y prestaciones sanitarias necesarias.	
25. Establecer una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales y de desigualdad en salud.	Observatorio de Salud, Desigualdades e Impactos de las políticas municipales.	Avanzar en la mejora de los sistemas de información con herramientas tecnológicas de manera que permitan monitorizar la salud, priorizar y evaluar las intervenciones, y comunicar mejor y con transparencia los resultados.

## La acción

### Estrategias municipales

El Plan de Actuación Municipal (PAM)<sup>25</sup> es el instrumento del gobierno municipal que establece las líneas prioritarias, los objetivos y las actuaciones de la acción de gobierno de cada mandato. El PAM 2016–2019 fue definido como «la hoja de ruta para la construcción de una ciudad más equitativa e inclusiva, donde todas las personas puedan vivir dignamente y tengan voz». Tanto en el diagnóstico como en las acciones a desarrollar se incorporaron las desigualdades en los determinantes de la salud y en la salud como focos de intervención. La [tabla 1](#) muestra una selección de las 27 recomendaciones principales de la Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en España<sup>26</sup> y las actuaciones del PAM que podemos considerar que ponen en práctica esas recomendaciones.

El PAM propone planes específicos para reducir las desigualdades sociales en salud, como son el Plan de Acción Conjunta para la Reducción de Desigualdades Sociales en Salud, la extensión del programa *Barcelona Salud en los Barrios*, el Plan de Salud Comunitaria y el Observatorio de Salud, Desigualdades e Impactos de las Políticas Municipales (v. más adelante).

El PAM no es el único instrumento de planificación del gobierno, puesto que a lo largo de una legislatura se generan muchos otros planes y estrategias sectoriales (la Estrategia por la Ocupación 2016–2020 o el Plan por el Derecho a la Vivienda 2016–2025, por ejemplo) y transversales. De estos últimos, merece la pena destacar algunos por su relevancia en las desigualdades en salud:

- El Plan de Barrios, que supone una inversión adicional en 4 años de 113 millones de euros en obras y rehabilitación, y 37 millones en programas sociales en 16 barrios priorizados de acuerdo con criterios socioeconómicos y de distribución territorial.
- El Plan por la Justicia de Género 2016–2020<sup>27</sup>, con ejes como el cambio institucional (instrumentos para la transversalidad de género), la economía, los derechos y los barrios habitables; y la Estrategia contra la Feminización de la Pobreza y la Precariedad 2016–2024<sup>28</sup>, que profundiza en aspectos de intersección de desigualdades, como la necesidad de dignificar a los sectores más feminizados y con mayores tasas de empleo informal y a mujeres migradas.
- El Plan de Salud Mental 2016–2022<sup>29</sup>, impulsado desde el ámbito de salud con la participación de diversas áreas municipales, y que abarca desde la promoción del bienestar emocional a través de las políticas sociales, de ocupación o de vivienda, hasta intervenciones para mejorar la inserción educativa, laboral y cultural de personas afectadas, y el apoyo a sus familiares. En la mayoría de las nuevas intervenciones se ha priorizado la implantación en distritos y barrios más vulnerables.

Como ya se ha mencionado, en noviembre de 2015 se presentó una *Medida de Gobierno de Acción Conjunta para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud, 2015*<sup>24</sup>, que se detalla en la [tabla 2](#).

Además, teniendo en cuenta el compromiso de elaborar una estrategia intersectorial de acciones para reducir las desigualdades en salud, la dirección de salud del Ayuntamiento y la ASPB se incorporaron al equipo impulsor de la Estrategia de Inclusión y Reducción de las Desigualdades Sociales de Barcelona 2017–2027<sup>30</sup> ([tabla 2](#)).

Es importante destacar que, más allá de los planes, la prioridad de la reducción de las desigualdades se traduce también en los presupuestos, y destaca como dato ejemplificador el presupuesto del área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, que ha pasado de 315 millones de euros en el año 2015 a 438 en el año 2019.

### El Plan de Salud

El Plan de Salud de Cataluña, que depende de la Generalitat de Catalunya, se elabora también para Barcelona desde el Consorci Sanitari de Barcelona y con la colaboración de la ASPB. El Plan de Salud de Barcelona 2016–2020<sup>31</sup> se alineó con las líneas de reducción de las desigualdades sociales en salud del PAM, así como con los objetivos de la misma ASPB, concretando de forma adicional 10 actuaciones estratégicas de ciudad, varias de ellas con acciones orientadas a la reducción de las desigualdades en salud ([tabla 1](#)).

### El impulso del programa *Barcelona Salud en los Barrios*

El 5 de diciembre de 2016, el Ayuntamiento de Barcelona y la ASPB presentaron la Medida de Impulso de la Salud Comunitaria, que pretendía reforzar el programa *Barcelona Salud en los Barrios*<sup>32</sup>. La medida tiene cinco líneas estratégicas: una línea marco que contempla la creación de una mesa de salud comunitaria de la ciudad, que se reunió por primera vez en 2018; una línea de intervención territorial; una de intervención basada en el ciclo vital; una cuarta línea centrada en los colectivos en situación más desfavorecida; y finalmente, una línea transversal de información, comunicación e investigación.

*Barcelona Salud en los Barrios* es una estrategia de salud comunitaria desarrollada en los barrios más desfavorecidos de la ciudad para reducir las desigualdades en la salud entre ellos y el resto de la ciudad. Inicialmente como un proyecto de investigación de ámbito estatal y sin recursos adicionales, *Barcelona Salud en los Barrios* empezó su andadura en 2007 en dos barrios, Les Roquetes y Poble-Sec. Progresivamente se extendió a otras zonas, se incorporaron dos personas técnicas superiores y personal de enfermería de salud pública, y pasó a tener un presupuesto de 60.000 euros anuales. El programa recibió un importante impulso cuando el nuevo gobierno municipal, en 2015, considera la salud comunitaria como una de sus líneas prioritarias y presenta la Medida comentada en el párrafo anterior. El presupuesto dedicado al desarrollo de intervenciones pasa a ser de 600.000 euros, y el número de personas técnicas superiores es ya de ocho. En 2019, el presupuesto total, incluyendo personal, es de casi un millón y medio de euros. Además, ha pasado de estar implantado en 13 barrios en 2015 a estarlo en los 25 barrios más desfavorecidos de la ciudad, para poder llegar

**Tabla 2**  
Medida de gobierno para reducir las desigualdades sociales en salud de Barcelona y Estrategia de inclusión y reducción de las desigualdades sociales de Barcelona 2017-2027

Medida de gobierno para reducir las desigualdades sociales en salud de Barcelona	Estrategia de inclusión y reducción de las desigualdades sociales de Barcelona 2017-2027
<p><i>Acciones de gobierno:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estrategia intersectorial de reducción de las desigualdades en salud</li> <li>– Identificar y reforzar las políticas municipales que puedan reducir las desigualdades en salud</li> <li>– Iniciar nuevas actuaciones</li> <li>– Disminuir las desigualdades con reformas integrales (Plan de Barrios)</li> <li>– Crear un Observatorio de Salud, Desigualdades e Impactos de las políticas municipales</li> </ul> <p><i>Acciones del Comisionado de salud:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Presentar datos periódicos de desigualdades en salud</li> <li>– Reforzar y extender el programa <i>Barcelona Salud en los barrios</i></li> <li>– Reforzar la calidad y equidad en la atención sanitaria</li> <li>– Asegurar la cobertura sanitaria universal</li> <li>– Facilitar la cobertura de fármacos en población que no tiene capacidad de pago</li> <li>– Identificar grupos vulnerables a priorizar</li> <li>– Subvencionar a entidades que reduzcan desigualdades en salud</li> <li>– «Prescripción social» en enfermos crónicos</li> <li>– Incorporar la equidad en todas las actuaciones del Comisionado</li> </ul>	<p><i>Líneas estratégicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducir la desigualdad en la distribución de la renta y garantizar los derechos sociales, en especial el acceso a la vivienda, el empleo de calidad y las necesidades básicas</li> <li>– Incrementar la equidad educativa y las oportunidades formativas y culturales a lo largo de la vida</li> <li>– Fortalecer y articular los servicios y redes relacionales y comunitarias de apoyo facilitadoras del empoderamiento personal y colectivo</li> <li>– Eliminar la estigmatización y la segregación social</li> <li>– Disminuir las desigualdades sociales territoriales</li> </ul> <p><i>Objetivos, acciones e hitos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Objetivos: 42</li> <li>– Acciones: 892 (por desarrollar un 52% por parte de entidades y organizaciones sociales que participan en el <i>Acuerdo Ciudadano por una Barcelona Inclusiva</i>, un 46% por el Ayuntamiento y otras administraciones públicas, y un 3% por las redes de acción del acuerdo entre el Ayuntamiento y las entidades sociales)</li> <li>– Hitos: 12 de reducción de desigualdad en 10 años, dos de ellos son aumentar la esperanza de vida al nacer de la ciudad de Barcelona, reduciendo a la mitad la diferencia entre los barrios en función de la renta familiar disponible, y reducir en un 25% el sufrimiento psicológico, disminuyendo a la mitad las diferencias entre hombres y mujeres y entre distritos</li> </ul>

a todos los 18 barrios priorizados con el *Urban HEART*, así como a los barrios objeto de intervención del Plan de Barrios.

El programa está coliderado, desde el punto de vista político y técnico, por la ASPB, los Distritos Municipales y el Consorci Sanitari de Barcelona, responsable de los servicios sanitarios. La estrategia establece en cada barrio, o refuerza, si ya existe, un grupo motor comunitario e intersectorial, y se desarrolla en cinco fases: 1) establecimiento de alianzas políticas y creación de un grupo de salud en el barrio; 2) conocimiento de las necesidades y de los activos en salud; 3) priorización comunitaria, planificación y desarrollo de intervenciones; 4) evaluación de las intervenciones y de los procesos en cada barrio; y 5) seguimiento y rediagnóstico.

Entre las características de *Barcelona Salud en los Barrios* destacan la participación comunitaria y la intervención basada en las necesidades y en los activos para la salud de cada barrio, así como en la evidencia de la efectividad y la evaluación. Respecto a la participación comunitaria, *Barcelona Salud en los Barrios* refuerza el empoderamiento de las comunidades, el trabajo con voluntariado, la colaboración vecinal y el acceso a los recursos comunitarios, lo que permite mejorar la situación de algunos determinantes sociales de la salud, la salud y el bienestar, aumentar la equidad en salud y promover las conductas favorecedoras de la salud. Respecto a la evaluación, desde 2017 se presentan memorias con indicadores de proceso de todos los barrios<sup>33</sup>, lo que complementa las evaluaciones de resultados que se llevaron a cabo en cada barrio tras los primeros 4 años de trabajo. Algunas de las intervenciones han mostrado su efectividad en diferentes publicaciones científicas<sup>34–36</sup>, y una evaluación más global de la acción comunitaria en salud en Barcelona ha mostrado una mejora de los indicadores de salud en los barrios con mayor acción comunitaria<sup>37</sup>.

La *tabla 3* muestra algunos indicadores de la última memoria (2017), cuando el programa se desarrollaba en 23 barrios. En conjunto, *Barcelona Salud en los Barrios* ha servido de manera directa o indirecta a casi 400.000 personas de la ciudad.

#### Plan para el Abordaje de las Desigualdades en la ASPB

En 2017 se inició un plan interno en la ASPB que pretende mejorar el abordaje de las desigualdades desde la acción en todos los ámbitos de la organización, y sobre todo en los que existe menos

**Tabla 3**  
Indicadores de *Barcelona Salud en los Barrios* en 23 barrios en 2017

Actividades y personas participantes	Número
<i>Actividades</i>	
Mesas o grupos de trabajo	567
Agentes	350
Intervenciones	167
<i>Personas o familias participantes</i>	
Familias en talleres de habilidades familiares	127
Adolescentes y menores en actividades de ocio saludable	1411
Alumnos/as en programas de salud en la escuela	5965
Escolares en actividades de salud bucodental	1567
Personas adultas en programas de salud	1758
Personas mayores en actividades de actividad física,	890
talleres de memoria o escuelas de salud	
Total personas o familias participantes	11.718

tradición en este abordaje, como por ejemplo en los servicios de protección de la salud. Tiene como objetivos conocer cómo se abordan las desigualdades sociales desde los diversos servicios de la ASPB y proponer actuaciones que conforman un plan de mejoras para incorporar las desigualdades en salud de forma sistemática en sus actuaciones.

Para recoger la información se ha utilizado metodología participativa con un enfoque reflexivo de las actuaciones que se realizan en los diferentes servicios (*tabla 4*). La metodología participativa ha permitido conocer los déficits en el abordaje de las desigualdades sociales en salud y elaborar un plan de actuaciones para mejorar su inclusión en los objetivos de los servicios de la ASPB.

En relación con las acciones priorizadas cuya articulación e implantación dependían de las áreas directivas y organizativas de la ASPB, en 2019 se han empezado a llevar a cabo las siguientes actuaciones: el plan de formación interna en desigualdades y la creación del grupo transversal de la ASPB para avanzar en acciones respecto a la violencia machista desde una perspectiva de salud pública. En cuanto a las acciones priorizadas en los servicios, cada uno de ellos ha incluido dos acciones para realizarlas durante el año 2019, dentro de los objetivos anuales del servicio.

**Tabla 4**  
Metodologías y resultados obtenidos en el plan para el abordaje de las desigualdades en la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB)

Metodología	Participación/preguntas	Resultados: acciones de mejora
Entrevistas con guion	12 servicios y direcciones: – Descripción de los objetivos generales del Servicio/dirección – Población específica a quien se dirige la actividad – Se abordan los ejes de desigualdad – Descripción de la intrasectorialidad e intersectorialidad – ¿Qué mejorarías?	40 acciones agrupadas en las siguientes líneas de acción: – Incorporar los ejes de desigualdad en los trabajos de la ASPB – Aumentar la participación de la ciudadanía en la acción de la ASPB – Definir acciones para mejorar lo que se hace desde la ASPB
Jornada participativa conversaciones de café <i>World café</i>	63 personas y 10 personas relatoras: – ¿De qué forma se abordan los determinantes de las desigualdades en el Servicio donde trabajas? – ¿Qué se podría hacer para mejorar nuestra actuación en relación a este determinante?	– Desarrollar un plan de formación interna – Desarrollar un plan transversal de género – Desarrollar un plan transversal de comunicación – Revisar las líneas de trabajo actuales de la ASPB
Sesión priorización participativa (votación múltiple)	108 personas votaron las 40 acciones de mejora	31 acciones ordenadas según las votaciones obtenidas
Priorización utilizando matriz de Hanlon	12 servicios y direcciones	19 acciones priorizadas en los servicios y direcciones de las cuales se seleccionan dos para incorporarse en los objetivos de cada servicio o dirección

## A modo de reflexión

Hemos mostrado los avances realizados tanto en la evidencia y la comunicación sobre las desigualdades en salud en Barcelona como en los planes y las intervenciones implementadas, y también el progreso interno de la organización para incorporar las desigualdades en salud en toda la cartera de servicios de salud pública.

En los últimos 30 años, la acción por las desigualdades sociales en salud desde la institución de salud pública de Barcelona ha tenido dos etapas diferenciadas y con diferentes liderazgos. Una larga etapa de liderazgo técnico, en la que la investigación y las entidades financiadoras para la investigación, nacionales e internacionales, permitieron avanzar. Así, por ejemplo, se creó el Grupo de Desigualdades del CIBER de Epidemiología y Salud Pública, de ámbito estatal, liderado por la ASPB y financiado por el Instituto de Salud Carlos III. En esta etapa, la acción política tuvo un papel permisivo, dejando hacer, e incluso en algunos momentos fue intervencionista desde el control. En la siguiente etapa, la actual, ha habido un coliderazgo político-técnico, lo que ha repercutido en una importante ampliación de los recursos destinados a las desigualdades sociales en salud.

La acción política depende de varios factores, como la evidencia científica, la reivindicación ciudadana y el peso de otros poderes, como el de los *lobby*<sup>38</sup>. Es evidente que, para avanzar en la reducción de las desigualdades en salud, la voluntad política es imprescindible, tal como se ha mostrado en este artículo. Y esta voluntad viene condicionada también por la ciudadanía. En este sentido, es necesario señalar la importancia que ha tenido el movimiento de «indignados», que surgió a partir del 15 de mayo de 2011, para la nueva política<sup>39</sup>. Además, el liderazgo político debe ir en paralelo con la existencia de profesionales con formación técnica adecuada para llevar a cabo la acción política, ya que la desconexión entre la autoridad local de la ciudad y las personas trabajadoras podría hacer que no se consiguieran los objetivos de reducción de las desigualdades<sup>40</sup>.

Para conseguir mejorar la salud poblacional y disminuir las desigualdades en salud se requieren políticas y programas de largo alcance, con perdurabilidad en el tiempo, y en los que los cambios sean preferentemente una consecuencia de los procesos de evaluación, rigurosos, que sirvan para orientar las mejoras<sup>41</sup>. Para todo ello, las concomitantes acción política y capacidad técnica que hay actualmente en Barcelona pueden ser dos grandes aliadas. En el futuro será necesario evaluar los avances, tanto de proceso como de resultados.

## Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

## Contribuciones de autoría

Todas las personas autoras han participado en la elaboración del primer borrador. C. Borrell preparó un segundo borrador con todo el contenido, que ha sido mejorado por el resto de las personas autoras. Todas han aceptado la última versión del manuscrito. Todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre las personas autoras con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión e integridad.

## Financiación

Ninguna.

## Conflictos de intereses

Las personas firmantes de este artículo trabajan en la Agència de Salut Pública de Barcelona o en el Ayuntamiento de Barcelona, algunas de ellas en cargos de dirección, y por lo tanto han estado implicadas en la mayoría de las acciones que se describen en esta revisión.

## Bibliografía

- Borrell C, Villalbi JR, Díez E, et al. Municipal policies. The example of Barcelona. En: Mackenbach JP, Bakker M, editores. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge; 2002.
- Borrell C, Muntaner C, Benach J, et al. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med*. 2004;58:1869–87.
- Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med*. 2010;71:1610–9.
- Mehdipanah R, Rodríguez-Sanz M, Malmusi D, et al. The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: a quasi-experimental study in Barcelona. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68:811–7.
- Borrell C, Plasència A, Pañella H. Excés de mortallitat en una àrea urbana cèntrica: el cas de Ciutat Vella a Barcelona. *Gac Sanit*. 1991;5:243–53.
- Borrell C, Arias A. Socioeconomic factors and mortality in urban settings: The case of Barcelona Spain. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49:460–5.
- Pasarín MI, Borrell C, Brugal MT, et al. Weighing social and economic determinants related to inequalities in mortality. *J Urban Health*. 2004;81:349–62.
- Brugal MT, Borrell C, Díaz-Quijano E, et al. Deprivation and AIDS in a southern European city: different patterns across transmission group. *Eur J Public Health*. 2003;13:259–61.

9. Marí-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, García-Olalla P, et al. Individual and community-level effects in the socioeconomic inequalities of AIDS-related mortality in an urban area of southern Europe. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61:232–40.
10. Quijano EDDe, Brugal MT, Pasarín MI, et al. The influence of social inequalities, social unrest and extreme poverty on tuberculosis morbidity in the city of Barcelona. *Rev Esp Salud Pública.* 2001;75:517–27.
11. Nebot M, Díez E, Benaque A, et al. Maternity in adolescents in the districts and neighborhoods of Barcelona: its association with the socioeconomic level and the prevalence of low weight at birth The Working Group of Maternal-Child Health of the Municipal Institute of Health of Barcelona. *Aten Primaria.* 1997;19:449–54.
12. García-Subirats I, Pérez G, Rodríguez-Sanz M, et al. Neighbourhood inequalities in adverse pregnancy outcomes in an urban setting in Spain: a multilevel approach. *J Urban Health.* 2012;89:447–63.
13. Pérez G, Gotsens M, Cevallos-García C, et al. The impact of the economic recession on inequalities in induced abortion in the main cities of Spain. *Eur J Public Health.* 2019;29:279–81.
14. Marí-Dell'Olmo M, Gotsens M, Palència L, et al. Trends in socioeconomic inequalities in mortality in small areas of 33 Spanish cities. *BMC Public Health.* 2016;16:663.
15. Gotsens M, Marí-Dell'Olmo M, Pérez K, et al. Socioeconomic inequalities in injury mortality in small areas of 15 European cities. *Health Place.* 2013;24:165–72.
16. Díez E, Villalbí JR, Benaque A. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. *Gac Sanit.* 2005;9:224–31.
17. Díez E, Clavería J, Serra T, et al. Evaluation of a social health intervention among homeless tuberculosis patients. *Tuber Lung Dis.* 1996;77:420–4.
18. Manzanera R, Barcelona A. Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona. *Gac Sanit.* 2000;14:58–66.
19. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, et al. Evaluation of primary health care. *Aten Primaria.* 2003;31:382–5.
20. Borrell C, Bartoll X, García-altés A, et al. Veinticinco años de informes de salud en Barcelona: una apuesta por la transparencia y un instrumento para la acción. *Rev Esp Salud Pública.* 2011;85:449–58.
21. Novoa AM, Pérez G, Espelt A, et al. The experience of implementing Urban HEART Barcelona: a tool for action. *J Urban Health.* 2018;95:647–61.
22. Llimona P, Pérez G, Rodríguez-Sanz M, et al. Infobarris: una herramienta interactiva para monitorizar y divulgar información sobre la salud y sus determinantes en los barrios de Barcelona. *Gac Sanit.* 2017;31:427–31.
23. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2017. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2018.
24. Ajuntament de Barcelona. Mesura de Govern d'Acció Conjunta per la Reducció de les Desigualtats Socials en Salut. Barcelona; 2015. (Consultado el 2/4/2019.) Disponible en: <https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jsui/bitstream/11703/84169/1/mesugovacc.2015.pdf>
25. Ajuntament de Barcelona. Programa d'Actuació Municipal 2016–2019. Barcelona; 2016. (Consultado el 2/4/2019.) Disponible en: <https://decidim-barcelona-new.s3.amazonaws.com/decidim-barcelona/uploads/decidim/attachment/file/10/00.pdf>
26. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26:182–9.
27. Ajuntament de Barcelona. Pla de Justícia de Gènere 2016–2020. Barcelona; 2016. (Consultado el 2/4/2019.) Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/dones/sites/default/files/documentacio/p.4.2.pla.per.la.justicia.de.genere.pdf>
28. Ajuntament de Barcelona. Estratègia contra la Feminització de la Pobresa y la Precarietat 2016–2024. Barcelona; 2016. (Consultado el 2/4/2019.) Disponible en: <http://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2016/06/Estratègia-contra-la-feminització-de-la-pobresa-DEF.pdf>
29. Ajuntament de Barcelona. Pla de Salut Mental 2016–2020. Barcelona; 2016. (Consultado el 2/4/2019.) Disponible en: <http://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2016/07/01.PlaSalutMental.pdf>
30. Ajuntament de Barcelona. Estrategia de inclusión y de reducción de las desigualdades sociales de Barcelona 2017–2027. Barcelona; 2018. (Consultado el 2/4/2019.) Disponible en: <http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/2018/6/estrategia.inclusion.2017-2027.es.pdf>
31. Consorci Sanitari de Barcelona. Pla de salut 2016–2020, Consorci Sanitari de Barcelona i actuacions estratègiques a la ciutat de Barcelona. Barcelona; 2015. (Consultado el 2/4/2019.) Disponible en: <http://www.csb.cat/wp-content/uploads/2015/04/23-setembre-CSB-Pla-de-salut-de-Barcelona-2016.pdf>
32. Ajuntament de Barcelona. Mesura d'impuls de la salut comunitària. Barcelona; 2016. (Consultado 6/6/2019.) Disponible en: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/12/mesura-impuls-salut-comunitaria-2016.pdf>
33. Barcelona Salut als Barris. Memòria 2017. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017. (Consultado 6/6/2019.) Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/barcelona-salut-als-barris-memoria-2017/>.
34. Díez E, Daban F, Pasarín MI, et al. Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas. *Gac Sanit.* 2014;28:386–8.
35. Díez E, López MJ, Marí-Dell'Olmo M, et al. Effects of a counselling intervention to improve contraception in deprived neighbourhoods: a randomized controlled trial. *Eur J Public Health.* 2018;28:10–5.
36. Vázquez N, Molina MC, Ramos P, et al. Effectiveness of a parent-training program in Spain: reducing the Southern European evaluation gap. *Gac Sanit.* 2019;33:10–6.
37. Palència L, Rodríguez-Sanz M, López MJ, et al. Community action for health in socioeconomically deprived neighbourhoods in Barcelona: evaluating its effects on health and social class health inequalities. *Health Policy (New York).* 2018;122:1384–91.
38. Franco M, Díez J, Gullón P, et al. Towards a policy relevant neighborhoods and health agenda: engaging citizens, researchers, policy makers and public health professionals. *SESPAS Report 2018.* *Gac Sanit.* 2018;32 (Supl 1): 69–73.
39. Antentas JM. Spain: from the indignados rebellion to regime crisis (2011–2016). *Labor Hist.* 2017;58:106–31.
40. PLochg T, Schmidt M, Klazinga NS. Health governance by collaboration: a case study on an area-based programme to tackle health inequalities in the Dutch city of the Hague. *Eur J Public Health.* 2013;23:939–46.
41. Borrell C, Artazcoz L. Policies to reduce health inequalities. *Gac Sanit.* 2008;22:465–73.