

En l'estudi de les característiques ambientals i urbanístiques dels paisatges (tant rurals com urbans) sovint es deixa de banda un dels aspectes cabdals: la població que hi viu. Si acordem que moltes de les accions humanes tenen repercussions en el nostre paisatge i en les seves particularitats, també haurem de reconèixer que l'estat i les transformacions del paisatge afecten la qualitat de vida de les persones, la seva percepció de l'entorn on habiten i les seves oportunitats per gaudir dels béns comuns socials o, ans al contrari, de situar-se en una posició de marginalitat respecte d'aquests, amb les conseqüències familiars, personals i socials que això comporta.

En el Programa Salut als Barris, que es descriu en aquest capítol, s'han tingut en compte els condicionants físics i socials dels entorns de les persones (en uns territoris concrets) a fi d'analitzar-ne els efectes en la salut, així com les oportunitats que proporciona una estratègia de renovació integral d'un barri (el seu paisatge urbà) per a la millora de la salut de les persones. Aquest Programa aprofita l'oportunitat que li brinda la Llei de millora de barris, àrees urbanes i viles que requereixen una atenció especial (Generalitat de Catalunya, 2004) per identificar territoris, sectors i col·lectius amb especial vulnerabilitat pel que fa a la salut, analitzar-ne els condicionants i els mecanismes de desigualtat i proposar mesures concretes que, tant des del sistema sanitari com des de l'acció local i comunitària, ajudin a minimitzar els efectes de les desigualtats en la salut i afavoreixin la prevenció primària i secundària de trastorns físics i psíquics de la població.

Context d'intervenció

Per situar millor el context d'intervenció es fa necessària una breu introducció als paràmetres socioculturals de la nostra societat actual. En els darrers vint-i-cinc anys, Europa ha experimentat diferents moviments migratoris que tenen origen en altres continents. És un fenomen que respon, principalment, a

motivacions econòmiques i sovint està relacionat amb el procés previ de colonització que van mantenir alguns països europeus a Àfrica o Àsia en el decurs dels segles XIX i XX. A banda del repte que suposa el fenomen de la immigració en els àmbits laboral, social i educatiu, el sector sanitari ha hagut de tenir presents diferents substrats socioculturals que actuen com a condicionants de la salut per als col·lectius que s'integren a les nostres societats i ha vist modificats els estàndards tradicionals de relació entre metge i pacient.

El progrés econòmic, personal i familiar dels darrers vint anys a Catalunya ha generat moviments socials i demogràfics a l'interior de les mateixes ciutats, de forma que alguns barris han estat abandonats pels seus habitants originaris i, en gran mesura, els barris s'han anat deteriorant, amb les conseqüències que representa per al sector del comerç, els serveis, el preu dels habitatges i, en general, per a la qualitat de vida de les persones. La degradació d'aquests paisatges i la pèrdua de valor dels habitatges, resultat d'aquesta degradació, han afavorit la concentració de població immigrant en aquests barris, que coexisteix amb les persones grans autòctones que hi han viscut sempre però que han anat perdent la seva autonomia personal i també la xarxa social de referència que proporciona la família. És una tendència que pot degenerar en processos de guetització i d'exclusió social accentuada. En aquests barris la degradació d'alguns paisatges urbans és una de les mostres visuals més palpables; a l'interior dels seus carrers, darrere els murs dels habitatges s'amaguen situacions i vivències humanes en molts casos portades al límit. Seria, en certa manera, una dinàmica inversa als fenòmens d'elitització o *gentrification* (ennobliment) de certs barris en els quals es produeix una mobilitat social ascendent que, davant l'encariment dels preus immobiliaris, expulsa aquells segments d'habitants amb un menor poder adquisitiu. Una dada que serveix per il·lustrar part dels moviments socials i demogràfics apuntats és l'evolució de la immigració a Catalunya, que ha protagonitzat un increment exponencial en deu anys. Segons dades del padró

municipal recollides per l'Institut Nacional d'Estadística, s'ha passat d'uns 100.000 immigrants l'any 1996, a 800.000 el 2005 (Institut Nacional d'Estadística, 2007).

Actuacions integrals per a la cohesió social

Un plantejament global de les condicions de vida, tant físiques com comportamentals, que afecten el benestar, la qualitat de vida i, en darrer terme, la salut de les persones, és el que sustenta la intervenció del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. La Llei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris, àrees urbanes i viles que requereixen una atenció especial, impulsada per la Secretaria per a la Planificació Territorial del Departament de Política Territorial i Obres Públiques de la Generalitat de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2004), ha proporcionat un context afavoridor d'aquesta estratègia.

En aquesta Llei s'estructuren els criteris i els procediments per tal que els ajuntaments de Catalunya s'acullin a subvencions finalistes per a la millora integral dels seus barris i zones urbanes identificats com a prioritaris, d'acord amb un sistema d'indicadors socials, econòmics i urbanístics. L'estructura general dels projectes inclou els camps d'actuació següents:

La millora de l'espai públic i la dotació d'espais verds; la rehabilitació i equipament d'elements col·lectius dels edificis; la provisió d'equipaments per a ús col·lectiu; la incorporació de les tecnologies de la informació en els edificis; el foment de la sostenibilitat del desenvolupament urbà, especialment en allò que fa referència a l'eficiència energètica, l'estalvi en el consum d'aigua i el reciclatge dels residus; l'equitat de gènere en l'ús de l'espai urbà i dels equipaments; el desenvolupament de programes que comporten una millora social, urbanística i econòmica del barri; i l'accessibilitat i supressió de barreres arquitectòniques.



Imatge 1. Procés de millora integral del barri vell d'Olot.

En aquest marc d'actuació, la salut ocupa un espai central en l'àmbit del benestar personal i comunitari, de forma que les polítiques orientades a la millora de la qualitat de vida de les persones, i també a la cohesió social, inclouen aspectes de promoció i prevenció de la salut, i millora de l'activitat assistencial i de la capacitat de detecció de situacions de risc psicosocial que poden tenir efectes en la salut, especialment en els col·lectius més fràgils o en situació d'especial vulnerabilitat, aquells en els quals està provat que es produeixen desigualtats en la salut.

Les desigualtats en salut

El marc teòric i polític en què se situa la intervenció del Departament de Salut és aquell que permet analitzar i actuar sobre els determinants socials, econòmics i culturals que afecten la salut de les persones, tal com marca l'objectiu de l'Organització Mundial de la Salut en relació amb la reducció de les desigualtats en salut per al segle XXI:

“L’any 2020, les diferències sanitàries entre els grups socioeconòmics de cada país s’hauran de reduir almenys en una quarta part en tots els estats membres, mitjançant la millora substancial del nivell de salut dels grups més desfavorits.” (Palomo, 2001: p. 29).

Les desigualtats en salut tenen l’origen en una estructura social que genera diferències. L’objectiu dels sistemes sanitaris que mostren una sensibilitat respecte a aquest fenomen pot abastar diferents àmbits de treball, des de la identificació dels condicionants, la seva anàlisi científica i una acció proactiva respecte als sectors que les produeixen (sector laboral, educació, relacions productives), fins a la generació de mecanismes compensatoris de les esmentades desigualtats des del sistema mateix. Això tenint en compte els mecanismes desencadenants: manca de recursos econòmics, dèficits en la comprensió de les pautes preventives, desconeixement dels estàndards de salut o desconfiança respecte als professionals. Qualsevol estratègia consisteix, en primer lloc, a comprendre la seqüència que desencadena les diferències quant a l’epidemiologia i la forma d’abordar els problemes de salut. Així s’ha fet en estudis recents, que han fet èmfasi en l’anàlisi del fenomen abans que en la descripció de les intervencions i les estratègies d’aproximació (Borrell i Benach, 2003 i 2005).

Per definició, el fenomen de les desigualtats socials és complex, en tant que s’origina com efecte de múltiples factors socio-lògics, econòmics i estructurals de les societats. A nivell general, es pot definir aquest camp d’actuació en l’anàlisi de les diferències, en els indicadors de salut entre poblacions que provenen de nivells socioeconòmics i culturals diversos, així com en l’àrea de les intervencions orientades a minimitzar els efectes en la salut del fenomen sociològic al·ludit. En aquest sentit, el pes de l’anàlisi es centra més en els condicionants socials i ambientals i en els estils de vida de les persones que en el potencial genètic o bi-

ològic d'emmalaltir, malgrat que la interconnexió evident entre les variables biològiques, de personalitat, de xarxes socials i de context socioeconòmic i cultural és la que determina el comportament del fenomen, així com la seva traducció en la salut de les persones.

Model d'intervenció del Programa Salut als Barris

El Programa Salut als Barris és un programa d'acció, de promoció de dinàmiques de cooperació i treball en xarxa amb una base territorial. No és, per tant, un document conceptual i metodològic que es defineix des d'una òptica teòrica, encara que aporta elements teòrics i també metodològics. Es construeix i es desenvolupa des de l'experiència fins a la conceptualització. Vol ser pragmàtic, adaptat a les necessitats concretes de cada territori i basat en la pràctica i la cooperació entre els professionals d'atenció directa a les persones que configuren la població d'un espai reduït.

La conceptualització que s'ha desenvolupat fins al moment, després de dos anys d'evolució del Programa, és interdisciplinària i transversal. És un producte col·lectiu, idoni en el moment present i en el context actual, malgrat incloure elements que poden generalitzar-se. Pretén ser, per tant, la millor opció de desenvolupament d'una estratègia de lluita contra les desigualtats en salut actualment i en l'àmbit de Catalunya.

Els coneixements previs que sustenten els principals criteris d'intervenció del programa provenen de perspectives diferents: les metodologies clàssiques de la salut comunitària i l'atenció primària orientada a la comunitat; la comprensió del substrat personal i cultural que fonamenta els estils de vida i la cura del propi cos, que desenvolupa la psicologia de la salut; els aspectes antropològics i sociològics que se situen en el fons de comportaments col·lectius que poden afectar la salut, en els

quals aprofundeix la psicologia social i l'antropologia; l'anàlisi de les organitzacions i els equips, les seves dinàmiques i possibilitats d'interacció i cooperació mútues, que són estudiades per la psicologia de les organitzacions i la consultoria organitzacional; i finalment, els conceptes de planificació situacional, recolzats en l'anàlisi dels agents socials que intervenen en els processos de planificació, amb una base cooperativa, que facilita la construcció d'una anàlisi i unes propostes d'actuació en xarxa i des d'una relació de forces horitzontal i no jerarquitzada.

L'estructura i els objectius del Programa han estat definits, per tant, d'acord amb el coneixement de la realitat, així com de les possibilitats reals d'intervenció en el context actual. El Programa s'estructura entorn d'uns eixos d'intervenció comuns a tots els territoris d'aplicació: desenvolupament d'una estratègia de cooperació entre el sistema de salut i els ajuntaments, tant per a l'anàlisi de les necessitats com per a la prioritització i definició d'actuacions; èmfasi en uns col·lectius determinats o "grups d'acció preferent"; aportació d'uns recursos específics de forma intensiva, a escala territorial, i dotació d'un sistema continuat d'anàlisi i avaluació a fi de validar resultats.

Es tracta, com s'ha apuntat abans, d'un programa transversal que afecta totes les àrees d'actuació del Departament de Salut, en tant que l'abordatge de les situacions que produeixen desigualtats es dona en tots els àmbits de la salut: la salut pública, l'atenció sanitària i l'atenció sociosanitària. Aquest Programa s'emmarca en una orientació teòrica política que situa l'atenció primària en el centre del sistema i que afavoreix la diversificació de competències i funcions en el primer nivell del sistema, incloses algunes de salut pública, facilitant així els mecanismes per a una acció en xarxa amb els altres dispositius i més propera a l'usuari.

Proximitat en la planificació i en l'acció

La “visió” dels problemes de salut de les comunitats objecte d'intervenció ha de realitzar-se des del punt d'observació més proper a la persona, és a dir, l'atenció primària de salut i l'atenció primària de serveis socials. La visió propera permet identificar situacions de risc, dinàmiques en el procés d'emmalaltir, valoració de contextos socials, identificació clara de col·lectius de risc i dels problemes de salut a partir de l'atenció individualitzada. Ofereix, així, una perspectiva tridimensional, dinàmica i més analítica, encara que no es disposi, a dia d'avui, d'instruments de mesura estandarditzats que facilitin aquesta concreció en l'anàlisi des de l'atenció primària de salut. Aquesta anàlisi propera dels problemes de salut, els estils i les condicions de vida que els generen o sustenten permet, alhora, identificar accions a desenvolupar coherents amb aquests problemes, amb una seqüència lògica de la planificació operativa: anàlisi, definició d'objectius a assolir, estratègies i metodologies, recursos necessaris i sistema d'avaluació.

El fet que l'objecte de la intervenció sigui reduït per a un col·lectiu i/o territori facilita la seqüència de la planificació operativa, permetent alhora tres aspectes col·laterals però no per això menys importants: la cooperació i coordinació entre equips professionals; una major autonomia en la presa de decisions i un paper més actiu dels professionals en l'atenció a la població de la seva zona i, finalment, una major implicació en les intervencions i més oportunitats per fer una avaluació.

Els col·lectius d'acció preferent

Els col·lectius s'han identificat tenint en compte la seva fragilitat en condicions socioculturals desfavorides, així com un major risc inherent a les característiques de maduració i manteniment de l'autonomia personal. S'ha pres en consideració des de

la visió ecosistèmica que inspira el programa a les condicions generals dels col·lectius en risc, és a dir, el nivell baix d'ingressos i la poca capacitat d'organització domèstica, l'atur laboral de llarga durada, el baix nivell educatiu, la superpoblació (densitat i sobreocupació dels habitatges), els elevats nivells de violència i delinqüència, la fragmentació social (absència d'estructura comunitària i de suport), les pràctiques de risc (drogodependències, accidents de trànsit i domèstics), els desastres naturals, o els riscos ambientals.

Seguint amb la lògica de la prioritització, els col·lectius identificats per a una intervenció preferent han estat els infants i adolescents, les famílies amb especial fragilitat (famílies monoparentals amb infants a càrrec, mares adolescents, famílies nombroses amb baixos ingressos, famílies amb persones grans i/o discapacitades al seu càrrec, famílies amb un o més membres amb malaltia mental i/o drogodependències, famílies amb un o més membres en conflicte amb la justícia), les minories ètniques i la població immigrada, les persones grans (amb diferents nivells d'autonomia personal), els adults amb dificultat o risc social (aturats de llarga durada, malalts crònics en situació de pobresa i, en general, persones amb manca de recursos econòmics suficients i/o absència de xarxa social de suport).

Els objectius del Programa són participar, en tant que Departament de Salut, en l'estratègia de millora dels barris i de les àrees de Catalunya que requereixen una atenció especial; introduir la dimensió de salut en els projectes d'actuació intensiva; afavorir els contextos de cooperació institucional i tècnica entre el sistema de salut i els ajuntaments i altres ens locals en l'anàlisi dels condicionants de salut, en la definició d'actuacions i en l'execució d'aquestes, i identificar les millores necessàries per abordar les desigualtats en salut, tant en l'atenció assistencial com en els serveis de salut pública, afavorint la transversalitat de l'acció en la lluita contra les desigualtats en salut en l'àmbit del Departament.

Resultats inicials

En els 25 primers estudis de necessitats realitzats a barris de Catalunya, amb una metodologia qualitativa que es fonamenta en les tècniques de consens en grups nominals, es van destacar unes conclusions comunes a totes les poblacions estudiades que es detallen a la taula 1.

Col·lectiu	Condicions de vida	Processos de risc
Infants	<ul style="list-style-type: none">• Habitatges en mal estat• Amuntegament• Baix nivell de renda• Pobresa	<ul style="list-style-type: none">• Baix nivell d'atenció als infants: control, seguiment educatiu, atenció familiar• Baix rendiment escolar• Absentisme. Fracàs escolar• Mals hàbits alimentaris i son
Adolescents i joves	<ul style="list-style-type: none">• Desarrelament social• Desestructuració familiar• Insuficiència de serveis de suport i atenció• Habitatges en mal estat• Amuntegament• Baix nivell de renda• Pobresa• Desarrelament social• Desestructuració familiar• Insuficiència de serveis de suport i atenció• Baix nivell d'escolarització• Comportaments delictius	<ul style="list-style-type: none">• Conductes de risc• Conductes sexuals de risc• Tabac, alcohol, drogues• Dèficit d'hàbits saludables i higiene• Conductes violentes
Adults (immigrants)	<ul style="list-style-type: none">• Habitatges en mal estat• Amuntegament• Baix nivell de renda• Pobresa• Desarrelament social• Desestructuració familiar	<ul style="list-style-type: none">• Dol migratori• Manca d'hàbits saludables• Alimentació, higiene, tabaquisme• Manca de cultura preventiva• Conductes sexuals de risc• Violència familiar. Masclisme• Manca de suport familiar• Exclusió social. Delinqüència• Baix nivell educatiu• Càrregues familiars (especialment les dones)
Gent gran	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiència de serveis de suport i atenció• Barreres arquitectòniques i culturals	<ul style="list-style-type: none">• Alimentació deficitària. Sedentarisme• Tabaquisme, alcoholisme• Automedicació. Poc control• Solitud, aïllament social. Dependència extrema d'altres• Sobrecàrrega familiar (especialment les dones)

Taula 1. Resultats inicials de l'estudi de les necessitats sanitàries dels barris de Catalunya.

Estratègies d'intervenció

Abordar les desigualtats en salut significa actuar a tres nivells. En primer lloc, realitzar una anàlisi continuada i detallada dels mecanismes que aboquen a la desigualtat, tant en el sistema sanitari com en altres de vinculats. En segon lloc, rectificar les orientacions en la planificació sanitària, la dotació de recursos, els criteris d'assignació, de forma que els mecanismes que produeixen desigualtats dins el funcionament ordinari del sistema sanitari quedin minimitzats o anul·lats. Finalment, dissenyar i executar accions específiques orientades a establir ponts i escurçar les distàncies que generen desigualtats. Això implica la incorporació d'accions de discriminació positiva vers alguns col·lectius, accions específiques de promoció de la salut i millora de l'accés a les prestacions del sistema, tant les preventives, de promoció i protecció com les assistencials.

Respecte al primer punt, cal recordar que el capítol s'emmarca dins la perspectiva d'una administració pública, no d'una universitat o d'un centre d'estudis. L'objectiu, per tant, és actuar per tal de reduir les desigualtats en salut, per mitjà de polítiques concretes, accions específiques i metodologies provades que s'han mostrat eficaces. S'ha comptat amb l'ajuda de les tècniques de recerca qualitativa de la Càtedra de Recerca Qualitativa de la Fundació Doctor Robert vinculada a la Universitat Autònoma de Barcelona, on són coneixedors de l'àmbit de la sociologia i la psicologia social, aplicada a l'àmbit de la salut, i s'ha aprofitat l'experiència per crear sinergies entre els professionals de l'atenció primària de salut, els centres de salut mental i drogodependències i els serveis socials i de salut municipals. La comprensió de les poblacions afectades, de les seves dinàmiques i el context particular requereixen una mirada pluridisciplinària i multisistèmica per ser exhaustiva.

En el moment de tancar aquest document el Departament de Salut està finalitzant la diagnosi d'uns trenta barris, amb els seus equips locals corresponents, i incentivant la proposició

d'estratègies d'intervenció per part d'aquests de forma que, com en tot el Programa, l'energia creativa sorgeixi de baix a dalt i no al contrari. És cert que no existeix encara gaire evidència científica en l'àmbit de les intervencions per reduir les desigualtats en salut, però això també es podria aplicar a algunes accions en prevenció i promoció de la salut i no per això es deixen de realitzar. Des del Departament de Salut es vol facilitar que els equips tècnics indaguin sobre les metodologies provades que s'han vist eficaçes i s'adaptin a la seva realitat particular, que estructurin propostes innovadores i dissenyin sistemes d'avaluació de resultats que permetin compartir amb altres equips mètodes i tècniques i construir, així, bones pràctiques que es vagin consolidant i millorant progressivament. S'actuarà a tres nivells: oferint suport tècnic per al disseny de les intervencions orientades a la reducció de les desigualtats en salut; oferint recursos específics (relacionats amb les estratègies prioritàries del Pla de Salut general del Departament) per aplicar als camps que s'inclouen en el Programa (reducció del tabaquisme, prevenció de les drogodependències i malalties de transmissió sexual, salut maternoinfantil, entre d'altres); i oferint formació en metodologies de salut comunitària en xarxa i en avaluació de l'eficàcia de les intervencions, sempre des del model de cooperació interadministrativa i interdisciplinària.

Per orientar les intervencions, el Departament té en compte l'experiència d'altres països i el consens sobre les estratègies més efectives (Catford, 2002; Mackenbach i Stronks, 2002; Oldenberg, McGuffog i Turrell, 2000). En primer lloc, es tenen en compte les polítiques macroeconòmiques en diferents àmbits: la reducció de les diferències en els ingressos de les persones, per mitjà de polítiques fiscals específiques i ajuts econòmics a persones pobres o amb altres dificultats per accedir a una feina que generi suficiència econòmica. La reducció de l'atur i la inversió en béns físics, com en habitatge, així com en més serveis sanitaris, de transport i d'educació per a tots els estaments socials. En segon lloc, les millores en les condicions de vida de la població principalment a través de la millora dels llocs de treball i de

l'habitatge, de manera que les persones puguin disposar de llocs de treball i habitatges agradables, saludables i adaptats a les seves necessitats al llarg del seu cycle vital. En tercer lloc, és fonamental l'acció més propera dirigida a col·lectius específics en risc, a patologies concretes, identificant l'impacte dels condicionants que els afecten i les seves repercussions en la salut. La pretensió de les accions és, en definitiva, minimitzar aquestes repercussions i compensar situacions per tendir una mena de "pont" que les elevi als estàndards mitjans de salut i d'accés als serveis. Aquestes accions "compensatòries" fins i tot poden actuar preventivament, és a dir, abans que es manifesti el problema de salut, ja que, coneixent el resultat de diferents condicionants creuats, es pot intuir la probabilitat que el problema es produeixi. Les accions, és factible desenvolupar-les en els diferents nivells del sistema sanitari: des de l'atenció primària de salut, en un treball en xarxa amb altres dispositius de salut; des dels serveis especialitzats i de segon nivell; i des del nivell central del sistema, facilitant prestacions per a col·lectius que presenten més fluctuacions en determinades patologies i dificultats d'accés per raons econòmiques (a tractaments de salut bucodental, tabaquisme i altres), adaptant les estratègies de promoció de la salut i prevenció de col·lectius que, per dèficits d'instrucció i/o culturals, no són permeables als missatges majoritaris.

En definitiva, el plantejament del Departament de Salut vol traduir en acció els tractaments transversals i intensius de la intervenció en col·lectius i territoris amb especial dificultat social, acostant els paràmetres de la salut comunitària i el treball en xarxa a les circumstàncies actuals de la població a Catalunya. Ens trobem, com hem dit al començament, en un moment de transformació social en què, si no s'intervé en una direcció concreta, es pot conduir a la segregació d'alguns col·lectius, tant socialment com culturalment, amb la fractura consegüent en les oportunitats de gaudir de salut i qualitat de vida i beneficiar-se del sistema sanitari. Per altra banda, també ens podem trobar en el pol oposat, és a dir, la sobresaturació del sistema causada per col·lectius

concrets, amb el desequilibri que això significa i, sobretot, la inadequada assignació de recursos.



Imatge 2. Les condicions de vida de la població milloren considerablement amb uns habitatges en bon estat.

El Departament de Salut ha volgut aprofitar la renovació integral de diferents barris de Catalunya per conèixer amb més detall la realitat social del país i, d'aquesta manera, poder vetllar per la salut de tota la població. En els propers dos anys s'espera aconseguir algunes fites: dibuixar amb més exactitud i justícia els processos de degradació urbana i marginació social i les seves conseqüències en la salut i en la qualitat de vida de les persones, així com identificar els punts forts i febles del sistema i també del de serveis socials en l'abordatge de les desigualtats. Això hauria de permetre traduir en un mapa concret els "punts vermells" de la nostra població, en tant que són més vulnerables i requereixen una acció intensiva, i assajar metodologies de prevenció, promoció, detecció i assistència adaptades a poblacions en risc social i amb una base de treball en xarxa. Són reptes que acompanyen tot el procés de modernització del sistema sanitari, d'adequació

dels seus recursos humans a les necessitats de la ciutadania, i de millora contínua de les metodologies complexes de tractament de problemàtiques també cada cop més complexes.

Referències bibliogràfiques

BORRELL, Carme; BENACH, Joan (coord.) (2003). *Les desigualtats de salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.

-- (coord.) (2005). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.

CATFORD, John (2002). "Reducing health inequalities. Time for optimism", *Health Promotion International*, núm. 17, p. 1-4.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2004). "Lei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris, àrees urbanes i viles que requereixen una atenció especial", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 4151, p. 11094.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2007). *Anuario 2006*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

MACKENBACH, Johan; STRONKS, Karien (2002). "A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands", *British Medical Journal*, núm. 325, p. 1029-1032.

PALOMO, Luis (2001). "Política salud 21 para Europa: 21 objetivos para el siglo XXI", *Gaceta Médica de Bilbao*, vol. 98, núm. 2 p. 29-32.

OLDENBERG, Brian; MCGUFFOG, Ingrid; TURRELL, Gavin (2000). "Socioeconomic determinants of health in Australia. Policy responses and intervention options", *Medical Journal of Australia*, núm. 172, p. 489-492.