

Plan interdepartamental de salud pública | PINSAP |

Barcelona, 14 de febrero de 2014

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
INTRODUCCIÓN	6
1. JUSTIFICACIÓN	8
1.1. Los determinantes de la salud	8
1.2. Antecedentes	10
1.3. Las desigualdades sociales y su repercusión sobre la salud.....	12
1.4. La situación de la salud en Cataluña	13
2. MODELO Y OBJETIVOS	20
2.1. Mandato legal	21
2.2. Finalidad	21
2.3. Objetivos generales y específicos	22
2.4. Aspectos operativos	23
2.4.1. Métodos	24
2.4.2. La participación de las administraciones locales y de la sociedad civil.....	27
2.5. Financiación.....	28
3. VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD	29
3.1. Consideraciones para la elaboración de los indicadores.....	29
3.1.1. Reconocimiento y valoración de las iniciativas actuales	29
3.1.2. Requisitos de información para la evaluación del PINSAP	29
3.1.3. Indicadores seleccionados.....	31
3.1.4. Valores basales de los indicadores seleccionados disponibles	34
3.2. Elaboración de una propuesta de regulación del impacto en la salud	36
3.3. El eje global de intervención	39
3.3.1. La perspectiva de salud y de equidad en las políticas públicas.....	39
3.3.2. La información y la investigación.....	40
3.3.2.1. Optimizar el uso de los datos disponibles y garantizar la aplicación y la transparencia.....	40
3.3.2.2. Vigilar los efectos de la crisis sobre las desigualdades y la salud	40
3.3.2.3. Impulsar la investigación	41
3.3.3. El compromiso intersectorial y entre las administraciones.....	41
3.3.4. La participación de la sociedad civil	42

4. LAS ACTUACIONES DEL PINSAP 2014-2015 EN EL HORIZONTE 2020	43
4.1. Movilidad y salud	44
4.2. Alimentación y salud	50
4.3. Entorno y salud.....	54
4.4. Empleo y salud	64
4.5. Urbanismo, vivienda y salud	67
4.6. Educación y salud	71
4.7. Cultura, ocio, actividad física y salud	75
4.8. Sistema sanitario y salud.....	87
4.9. Políticas sociales y salud.....	95
5. PROGRAMA TRANSVERSAL DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA	99
5.1. Justificación y propósitos	99
5.2. Objetivos	100
5.3. Población diana a la cual se dirige	100
5.4. Modalidades de participación.....	100
5.5. Contenidos. Naturaleza y alcance de las intervenciones.....	101
5.6. Dispositivos habilitados para organizar, acoger y desarrollar las actividades	102
5.7. Criterios y requisitos para la selección de los dispositivos territoriales candidatos.....	103
5.8. Criterios y requisitos para la selección de los participantes individuales	104
5.9. Dificultades y limitaciones.....	104
5.10. Elementos para el desarrollo operativo.....	105
PROPUESTA DE ÁREAS DE ACTUACIÓN 2014-2015 EN EL HORIZONTE 2020	107
AGENDA	112
ANEXO	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116

"La mayoría de las políticas públicas pueden influir, positivamente o negativamente, en la salud y en su distribución equitativa en la sociedad, y muchos de los objetivos de nuestras sociedades serían inalcanzables sin una población sana y con un buen nivel educativo".

Jyrki Katainen, primer ministro de Finlandia

"La prevención de las enfermedades requiere intervenciones de amplio alcance social que rebasan las posibilidades de los departamentos gubernamentales de salud o sanidad. Las profesiones sanitarias pueden recomendar estilos de vida saludables [...], pero no pueden rediseñar los entornos sociales con el fin de facilitar efectivamente la adopción de los comportamientos saludables".

Margaret Chan, directora general de la OMS

Preámbulo de *Health in All Policies: Seizing Opportunities, Implementing Policies. 2013*

"La salud en todas las políticas [...] toma como punto de partida que la salud juega un rol crucial en la vida económica de una sociedad. La salud se ha convertido en una fuerza impulsora económica y social fundamental (...). Una población sana y cualificada es crítica para la participación laboral, la productividad y una economía saneada".

Ilona Kickbusch i Kevin Buckett (ed.), *Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010*

Comisión Interdepartamental de Salud

Presidente: Antoni Mateu i Serra (secretario de Salud Pública, Departamento de Salud)

Secretario: Andreu Segura i Benedicto (Departamento de Salud)

Vocales:

<input type="checkbox"/>	Assumpta	Farran i Poca	Departamento de Territorio y Sostenibilidad
<input type="checkbox"/>	Xavier	Farriols i Solà	Departamento de Justicia
<input type="checkbox"/>	Carmela	Fortuny i Camarena	Departamento de Bienestar Social y Familia
<input type="checkbox"/>	Joan Josep	Isern i Aranda	Departamento de Interior
<input type="checkbox"/>	Jordi	Miró i Meix	Departamento de Empresa y Ocupación
<input type="checkbox"/>	Miquel	Molins i Elizalde	Departamento de Agricultura, Ganadería, Pesca, Alimentación y Medio Natural
<input type="checkbox"/>	M. Josefa	Moya i González	Departamento de Cultura
<input type="checkbox"/>	Ivan	Planas i Miret	Departamento de Economía y Conocimiento
<input type="checkbox"/>	Meritxell	Ruiz i Isern	Departamento de Enseñanza
<input type="checkbox"/>	Jordi	Souto i Andrés	Departamento de Gobernación y Relaciones Institucionales
<input type="checkbox"/>	Joan	Vidal de Ciurana	Departamento de la Presidencia
<input type="checkbox"/>	Carmen	Cabezas Peña	Departamento de Salud
<input type="checkbox"/>	Iria	Caamiña i Cabo	Departamento de Salud
<input type="checkbox"/>	Alexandre	Guarga Rojas	Servicio Catalán de la Salud
<input type="checkbox"/>	Ricard	Tresserras i Gaju	Departamento de Salud
<input type="checkbox"/>	Antoni	Trilla i García	Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud

Grupo de Trabajo del Departamento de Salud

Genoveva Barba; Esther Bigas; Carmen Cabezas; Iria Caamiña; Joan Colom; Josep Fusté; Tona Lizana; Vicenç Martínez; Esteve Saltó; Andreu Segura; Josep M. Suelves y Ricard Tresserras con el apoyo de Isabel Mena. Han participado también de forma relevante en la redacción Mireia Jané y Angelina González.

Asesores técnicos interdepartamentales

Xavier Mateu, Xavier Guinart (Territorio y Sostenibilidad); Alexandre Figueras, Oriol Marcé (Presidencia); Francesc Vives (Cultura); Lluís Grande, Marc Vinyas, Carme Iniesta (Bienestar Social y Familia); Francesc Xavier Vila (Agricultura, Ganadería, Pesca, Alimentación y Medio Natural); Paula Montero (Justicia); Jaume de Montserrat, Angelina Puig (Empresa y Ocupación); Rafael Olmos, Anna Pintó (Servicio Catalán de Tráfico), Susanna Marín (Gobernación), Mireia Farré, Anna Mompert (Idescat), Cristina Rovira (Economía y Conocimiento); Departamento Enseñanza.

INTRODUCCIÓN

El Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP) pretende que todos los sectores del Gobierno, de las administraciones públicas catalanas y de la sociedad capitalicen directamente sus influencias respectivas sobre la salud y el bienestar asociado a la salud de la población de Cataluña, con el fin de contribuir conjuntamente a elaborar políticas públicas saludables y a desarrollar determinadas iniciativas de promoción y de protección de la salud, particularmente dirigidas a los grupos más vulnerables de la sociedad. Con la misma vigencia que el Plan de salud de Cataluña, el PINSAP inicia un proceso gradual de fomento de la intersectorialidad en el diseño y en la práctica de iniciativas sobre los determinantes colectivos de la salud.

6

Este documento es el documento de bases del PINSAP. Incluye una primera parte que ilustra la influencia de los determinantes sobre la salud de las personas y las poblaciones y resume los antecedentes y los planteamientos sobre los que se basa el modelo de intervención que se propone, modelo que, junto con los propósitos y objetivos, constituye el segundo apartado del documento.

La evaluación del impacto de las intervenciones sobre la salud tiene en este Plan un doble papel: por una parte, el papel más directo de contrastar si los objetivos previstos son efectivamente alcanzados –de manera que el Plan se convierta en un instrumento útil para rendir cuentas y para introducir, si es necesario, las modificaciones pertinentes– y, por otra parte, el de acentuar la contribución de los diversos sectores de la Administración y de la sociedad al bienestar que las políticas públicas procuran, por lo cual hay un propósito preliminar de detectar y reconocer las iniciativas del Gobierno que sean más relevantes para la salud.

Siguiendo el ejemplo de [California](#),¹ se plantean dos ejes estratégicos fundamentales. Un eje se centra en las actuaciones concretas que tienen que ver con la promoción de una Cataluña más saludable (incrementar los años en buena salud de la población) y el otro eje se dirige a incorporar la perspectiva de salud en el diseño y la evaluación de las políticas públicas. El documento recoge aportaciones y consideraciones sobre cada una de las áreas de actuación identificadas por el Grupo de Trabajo del Departamento de Salud a partir de una adaptación del modelo de determinantes de Dahlgren y Whitehead referidos a las condiciones de vida y trabajo y que tienen que ver con el entorno, el urbanismo y la vivienda, la movilidad, la educación, la ocupación, el sistema sanitario y la alimentación. Dada la importancia que tiene el ocio, sobre todo en algunas edades, se ha añadido al modelo un apartado en el que se trata y en el que se han incluido los aspectos relacionados con la cultura. Finalmente, se incluyen propuestas del ámbito de las políticas sociales. En cada apartado se reflejan posibles líneas prioritarias de intervención con el fin de mejorar estas condiciones, promover la equidad y disminuir las desigualdades sociales que las afectan, y de esta manera reducir las desigualdades en salud que son injustas y evitables. En este capítulo también hay una selección necesariamente incompleta de buenas prácticas en marcha que pueden servir para promover nuevas actuaciones.

Se incluye un apartado que recoge las propuestas de nuevas actuaciones en el horizonte 2020 y que se empezarán a llevar a cabo en el 2014-2015, así como un programa transversal de promoción de la salud comunitaria a desarrollar intersectorialmente.

A pesar de denominarse Plan interdepartamental de salud pública, en cuanto que reúne los esfuerzos de todos los departamentos del Gobierno, el PINSAP también implica a la Administración local y a todos los sectores de la sociedad, que han sido consultados en la fase final de la redacción de este documento. Y se ha previsto que todos ellos puedan participar de forma continua en la redefinición y adaptación del Plan, de manera que se convierta en un producto dinámico y vivo, que se adapte a las necesidades y la evolución de la realidad.

1. JUSTIFICACIÓN

1.1. Los determinantes de la salud

Aunque es bien sabido que la salud de las personas depende de la influencia de muchos factores, buena parte de ellos son ajenos al sistema sanitario, cuando se habla de los problemas de salud de la población se acostumbra a poner más el acento sobre los aspectos más relacionados con la atención sanitaria.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que, por ejemplo, el sedentarismo se asocia a un notable incremento de las tasas de mortalidad y, en cambio, desplazarse, en bicicleta o en transporte público, en lugar de hacerlo con el vehículo propio, beneficia la salud porque supone un aumento de la actividad física y se reduce la contaminación ambiental.²

De la misma manera, el consumo habitual de vegetales, frutas y hortalizas contribuye a disminuir el riesgo de morir a causa de una cardiopatía isquémica³ y también de algunos cánceres como el de colon y recto. En el caso de que, además, sean alimentos de proximidad, conviene remarcar que hay una influencia positiva sobre la economía local y sobre la conservación ambiental.

Si bien la actividad física y la alimentación son objeto de actuaciones específicas del sistema sanitario, a través de los servicios colectivos de salud pública y también de los servicios asistenciales, particularmente de la atención primaria, mediante consejos y recomendaciones, la efectividad de estas recomendaciones es muy limitada si las condiciones de vida, del urbanismo, del trabajo, del transporte, etc., no facilitan que los ciudadanos adopten conductas saludables. Proyectos intersectoriales e interdepartamentales como el Plan de actividad física, deporte y salud (PAFES) integran el consejo y asesoramiento desde los centros de atención primaria con la identificación y planificación de rutas saludables y el uso de los recursos y equipamientos comunitarios.⁴

Otro ejemplo es el de las lesiones no intencionadas, especialmente las derivadas de colisiones de tráfico, que continúan siendo una de las principales causas de mortalidad prematura y también de morbilidad. Por cada defunción por tráfico en Cataluña se producen unos doce ingresos hospitalarios por lesiones, que a menudo ocasionan una discapacidad permanente. En esta situación, si bien el sistema sanitario contribuye con la atención a las víctimas, la prevención de las colisiones tiene un papel más relevante. Las políticas de seguridad vial impulsadas de forma intersectorial en Cataluña en el período 2000-2010 produjeron una reducción de la mortalidad del 57%, con cerca de 2.900 muertes menos, 25.444 ingresos hospitalarios menos, y unos 18.000 millones de euros de ahorro en gastos para la sociedad.⁵

Otros factores más difícilmente modificables desde las administraciones sanitarias, es decir, unilateralmente, son, por ejemplo, las condiciones de la vivienda, que también tienen una clara influencia sobre la salud de las personas. En primer lugar, la garantía de acceso a una vivienda, que hay que salvaguardar especialmente en condiciones de crisis económica, y, en segundo lugar, naturalmente, que ésta tenga unas características básicas de habitabilidad, como un suministro de agua adecuado y que disponga de un inodoro y una ducha o bañera. El hecho de que estos elementos no sean apropiados o de que no haya, así como la sobreocupación,

humedad o climatización inadecuada, incrementan el riesgo de que las personas sufran lesiones y enfermedades.⁶

De una manera análoga se sitúa la influencia del trabajo. Por una parte, el desempleo, con un impacto negativo sobre la salud, que se traduce en una incidencia más elevada de trastornos mentales, de situaciones de abuso de alcohol y otras drogas, y de enfermedades cardiovasculares. En la Unión Europea, se han descrito los efectos de la crisis económica y el desempleo sobre la salud mental.⁷ Y los mismos autores que los describen también afirman que una inversión de 10 dólares por persona/año en políticas de empleo supone la reversión de una buena parte de estos efectos.⁸

9

Con respecto a la influencia de sectores como la industria o el comercio, la implantación de normas para reducir la presencia de plomo en los juguetes comercializados en la Unión Europea (UE) se estima que mejorará el rendimiento intelectual y reducirá la incidencia del trastorno por déficit de atención, con un ahorro de más 30.000 millones de euros en el conjunto de la UE.⁹ El aire ambiental es el medio donde van a parar las emisiones contaminantes y, por lo tanto, es necesario que las políticas de mejora de la calidad del aire sean amplias y transversales.

Más recientemente, se ha puesto de relieve la posible influencia sobre la salud humana de otros factores vinculados al desarrollo tecnológico y a las nuevas maneras de vivir, como son las radiaciones electromagnéticas, el ruido ambiental o la contaminación lumínica.

La pobreza y la exclusión social afectan negativamente a la calidad de vida de las personas e incrementan el riesgo de sufrir diferentes enfermedades cardiovasculares, osteoarticulares, diabetes, enfermedades respiratorias y trastornos mentales, entre otras.¹⁰

Uno de los factores con mejor capacidad predictiva de la supervivencia y la salud es el nivel educativo alcanzado, que se asocia persistentemente con la reducción de la morbimortalidad por diversas causas y a una disminución de la prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud como el sedentarismo, el tabaquismo y el abuso de alcohol y otras drogas. De aquí la importancia que tiene para mejorar la salud evitar el fracaso educativo o limitarlo.¹¹

En cambio, los niños y adolescentes con un mejor perfil de salud y comportamientos saludables (como la actividad física) muestran menos absentismo y un mejor rendimiento académico.¹²

Finalmente, la participación y la asistencia a acontecimientos culturales se asocian a una mejora de la salud percibida, a un patrón más favorable de riesgo cardiovascular (alimentación saludable y niveles superiores de actividad física), y a unos niveles superiores de bienestar mental.^{13,14}

Todos estos ejemplos hacen patente la importancia de la influencia de otros sectores sociales diferentes de la sanidad en la protección y la promoción de la salud de la población. Esta influencia ya se conocía de antes, aunque no ha sido hasta hace poco tiempo que se ha empezado a considerar que es bastante importante su contribución explícita al conjunto de las políticas públicas.

1.2. Antecedentes

El conocimiento de la influencia de los determinantes ambientales y culturales sobre la salud de las personas ya consta en los textos hipocráticos de hace veinticinco siglos. De hecho, la misma viabilidad de las primeras ciudades del período neolítico dependía de intervenciones de saneamiento, como el abastecimiento de agua, la evacuación de residuos, el almacenamiento y conservación de alimentos o la inhumación de cadáveres.

10

No obstante, la formalización de las actividades de protección de la salud como intervenciones de naturaleza política corresponde al movimiento higienista y sobre todo al desarrollo social posterior a la Revolución Industrial.

En 1976, la Segunda Ponencia del X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, sobre la función social de la medicina, además de proporcionar una definición todavía vigente de salud, contribuyó a reivindicar el papel de los ciudadanos y las comunidades en la producción de la salud, e influyó decisivamente en la formulación del ámbito sanitario del Congreso de Cultura Catalana, según el cual la salud es un asunto colectivo: "la salud, cosa de todos".

Al mismo tiempo tenía lugar la Conferencia Internacional de Alma-Ata que promovía una perspectiva social de la salud y reconocía la importancia de la intersectorialidad para alcanzar el objetivo que proclamó de salud para todos.¹⁵

Pero fue casi diez años más tarde, en Ottawa,¹⁶ cuando en la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud se habló explícitamente de políticas públicas saludables, y se identificaron las cinco áreas estratégicas prioritarias siguientes:

1. Construir políticas públicas saludables
2. Crear entornos que las apoyen
3. Desarrollar las capacidades y habilidades de las personas
4. Fortalecer las acciones comunitarias y
5. Reorientar los servicios sanitarios

Estas propuestas coincidieron con el desarrollo de la iniciativa de la nueva salud pública y el movimiento de las ciudades saludables. Aunque estas acciones están muy relacionadas entre sí, la clave es el establecimiento de políticas públicas saludables. En la posterior Conferencia de Adelaide en 1988 se desarrolló esta agenda, se incluyeron otros aspectos como la transparencia y la rendición de cuentas sobre la evolución de la salud, el desarrollo de alianzas y el compromiso en una salud pública global, y también se señalaron las áreas de intervención y los retos futuros. En el año 1991, en la Tercera Conferencia en Sundsvall se insistió en la construcción de entornos favorables para la salud y en la importancia del apoderamiento comunitario. También la de Yakarta en 1997 acentuó la conveniencia de una aproximación

multisectorial y la necesidad de colaboración entre las administraciones públicas y la sociedad civil. La Sexta Conferencia que tuvo lugar en Bangkok en el 2005 fue el antecedente directo de la Comisión de Desigualdades Sociales de la OMS, que en el 2008 publicó su informe final, al que se hará referencia a continuación.

Antes, sin embargo, hay que constatar que, coincidiendo con la presidencia de Finlandia en la Unión Europea, se fomentó el desarrollo de un programa global de gobierno mediante la coordinación, primero, y, después, la integración, si fuera el caso, de las políticas públicas con impacto sobre la salud. Esta iniciativa se conoce como la de la "Salud en todas las políticas".¹⁷

Salud en todas las políticas es, pues, un planteamiento político global basado en la convicción de que para mejorar la salud de la población hay que coordinar y armonizar las iniciativas de muchos y diversos ámbitos de actuación además del sanitario. Es un enfoque sistemático que tiene en cuenta las consecuencias sobre la salud y también sobre los sistemas sanitarios de las decisiones de otros sectores de la política, de la Administración y de la sociedad. Este enfoque tiene el propósito de prevenir los eventuales efectos perjudiciales y también de promover sinergias beneficiosas, tanto para la mejora de la salud de la población, como para la equidad -disminución de las desigualdades que son injustas y prevenibles- y la misma sostenibilidad de los sistemas sanitarios.¹⁸

Esta estrategia pretende que la mejora de la salud de la población y la reducción de las iniquidades sean objetivos compartidos transversalmente por todos los sectores que tienen responsabilidades en las políticas públicas. Y también plantea que es factible dar una respuesta conjunta a los problemas y a los retos en los que la salud y las desigualdades son elementos relevantes.

La estrategia introduce como elemento instrumental y evaluativo la valoración del impacto en términos de salud de las intervenciones, medidas y actuaciones derivadas de las políticas sectoriales que tienen influencia sobre la salud. Y se lleva a cabo tanto desde la perspectiva más tradicional de contrastar los efectos de las intervenciones realizadas como desde una más proactiva y preventiva, teniendo en cuenta las eventuales consecuencias de las propuestas de intervención que configuran las políticas específicas, con un planteamiento análogo al de la valoración del impacto ambiental, con el fin de garantizar la viabilidad del entorno a medio y a largo plazo, aplicando el principio de precaución.¹⁹

El propósito es que este planteamiento facilite un abordaje más adecuado para mejorar la viabilidad de los sistemas sanitarios y del conjunto de servicios para el bienestar social de la población actual y de las nuevas generaciones. Precisamente, en el mes de junio de 2013 ha tenido lugar la Octava Conferencia Global de Promoción de la Salud en Helsinki, donde se ha presentado una segunda edición del informe²⁰ que se publicó por primera vez en el año 2006 y que ha merecido una aguda glosa de Ilona Kickbusch, antigua directora del Programa de Salud Global de la OMS en el momento en que se desarrollaron las bases del enfoque actual de la promoción de la salud.²¹

1.3. Las desigualdades sociales y su repercusión sobre la salud

Es un elemento conceptual esencial para el proyecto del PINSAP la aportación de la perspectiva de reducción de las desigualdades sociales propuesta por la Comisión de Desigualdades Sociales en Salud de la OMS.²²

12

Las desigualdades, en la forma en que está organizada la sociedad, hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y disfrutar de buena salud estén distribuidas injustamente dentro de una misma sociedad y entre diferentes sociedades. Estas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza de la ocupación y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio urbanizado y la calidad del medio natural donde vive la población. Según el carácter de estos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta varían para cada grupo, y provocan que sean más o menos vulnerables a la enfermedad. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en la utilización del sistema de salud, lo cual da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia después de una enfermedad.

El análisis empírico demuestra que las desigualdades sociales en el factor de la salud en razón de la clase social, el género, la etnia, el territorio o país de origen tienen impacto en la salud de la población. Por lo tanto, tienen que ser una prioridad de las políticas de salud pública. Al mismo tiempo deben ser un eje de las actuaciones interdepartamentales, y sobre todo de las intersectoriales, que pueden mejorar la situación a partir de las acciones sobre los determinantes. Con respecto a esta perspectiva, la Región Europea de la OMS acaba de editar una revisión, coordinada por sir Michael Marmot y elaborada por el Institute of Health Equity,²³ con la participación como asesores de notorias personalidades como Amartya Sen y Guillem López Casasnovas y de otros prestigiosos profesionales catalanes como Carme Borrell, Èlia Díez y Joan Benach, entre otros, que insiste en la recomendación de:

- a) Desarrollar políticas que velen por una justa distribución del poder, la riqueza y los recursos: salud y equidad en todas las políticas, financiación justa y gasto público para la equidad, poder político y participación y buena gobernanza.
- b) Mejorar las condiciones de vida y de trabajo en todas las etapas del ciclo vital (infancia, ocupación, envejecimiento) y, en general, en la creación de entornos favorables para la salud.
- c) Promover las actividades de investigación, información, vigilancia, docencia en materia de desigualdades sociales en el ámbito de la salud.
- d) Reorientar los servicios de los sistemas sanitarios a fin de que se conviertan en más efectivos y seguros, más eficientes y más equitativos.

La Agencia de Salud Pública de Barcelona, en el marco de los proyectos Medea y Ineq-Cities, ha elaborado un documento útil como guía del planeamiento ante las desigualdades relacionadas con la salud en el ámbito urbano y las medidas efectivas para reducirlas, que incluye como

anexo un conjunto de 36 recomendaciones a las autoridades locales para mitigar el impacto de la crisis actual sobre la salud.²⁴ Estas recomendaciones se inspiran en el informe del Observatorio de Salud Pública de Liverpool.²⁵ Se trata de una perspectiva particularmente oportuna para satisfacer la moción del Pleno del Parlamento de Cataluña del día 14 de marzo de 2013 que por unanimidad instaba al Gobierno a presentar "el Plan con las acciones acordadas por la Agencia de Salud Pública -pactadas con las asociaciones de entes locales- y el Servicio Catalán de la Salud con explicitación de las medidas destinadas a minimizar las desigualdades en salud derivadas de las desigualdades sociales crecientes". De aquí surge la conveniencia de incluir un programa transversal de promoción y protección de la salud comunitaria dirigido específicamente a las personas en situación de vulnerabilidad, sobre todo de larga duración y, en general, dirigido a las personas en situación de riesgo elevado de exclusión social, particularmente los niños.

1.4. La situación de la salud en Cataluña¹

Según los datos del *Informe de salut 2012*,²⁶ Cataluña presenta unos buenos indicadores de salud para el conjunto de la población y ocupa una posición intermedia alta en relación con los países del entorno europeo.

El objetivo principal del Plan de salud, y subsecuentemente del PINSAP, es incrementar la esperanza de vida en buena salud. La esperanza de vida en buena salud es un indicador compuesto que incluye la duración de la vida y la calidad con la que es vivida. Así pues, incluye la esperanza de vida calculada a partir de la mortalidad y la percepción de salud calculada a partir de la Encuesta de salud. El objetivo se ha formulado en términos de proporción de vida vivida con buena salud y, aunque es un objetivo muy difícil de alcanzar porque la esperanza de vida se va incrementando, es importante tenerlo en cuenta porque marca el camino que se quiere seguir, hacia una priorización de los elementos más cualitativos de la vida.²⁷

Tabla 1. Porcentaje de la esperanza de vida vivida con buena salud en Cataluña en diferentes años y objetivo para el año 2020.

	1994	2000	2011	Objetivo 2020
Hombres	80,0%	79,7%	82,3%	86,4%
Mujeres	70,8%	72,9%	74,1%	77,8%
Total	75,0%	76,1%	78,0%	81,9%

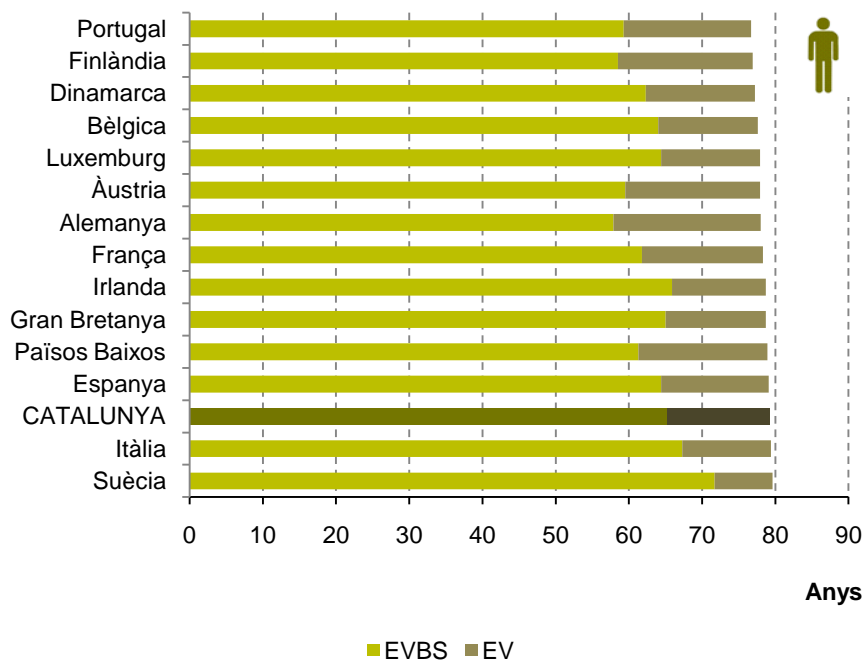
Fuente: [Marcant fites](#).

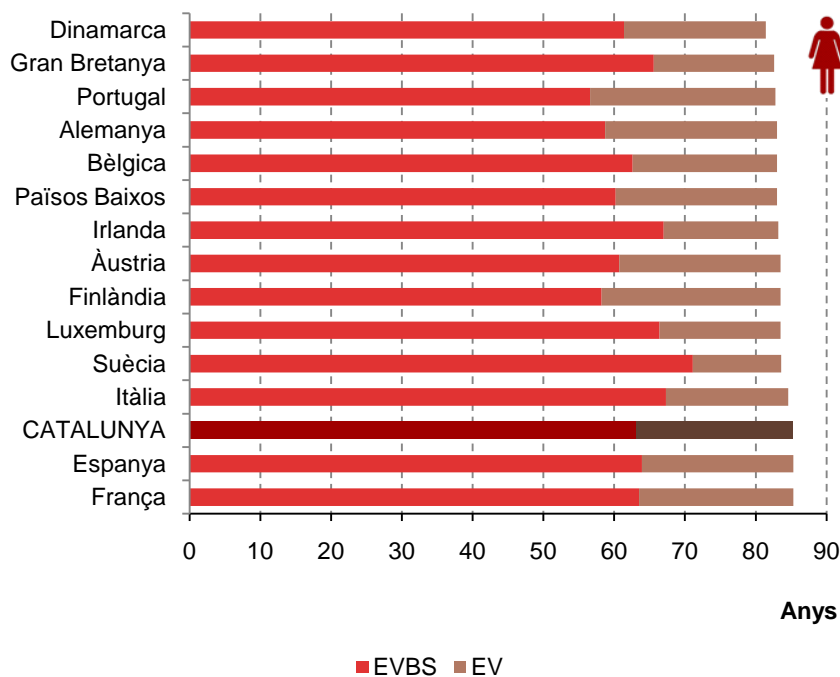
¹ Este apartado es un resumen de algunos aspectos del [Informe de Salut 2012](#) y del documento [El sistema de salut de Catalunya en procés de canvi. Balanç del Pla de salut 2011-2015 a meitat de període](#) del Departamento de Salud.

En Catalunya, en el año 2011, la esperanza de vida (EV) al nacer sigue la tendencia de aumento moderado. Cabe señalar que las mujeres viven casi seis años más que los hombres. En cambio, la esperanza de vida en buena salud (EVBS) al nacer es casi tres años más elevada en los hombres.

En los países de la UE-159 se dan valores similares en la esperanza de vida (EV), disparidades en los de la esperanza de vida en buena salud (EVBS) y se mantienen las diferencias por sexo. Catalunya se sitúa en una posición intermedia. Los valores de la EV son relativamente mejores que los de la EVBS, lo cual conlleva que los hombres ocupen la séptima posición con respecto al valor del cociente entre la EVBS y la EV, y las mujeres la décima posición (figura 1).

Figura 1. Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida en buena salud (EVBS) por sexo y países de la UE-14 (2009) y en Catalunya (2010-2011)





La carga más elevada de morbimortalidad se debe a la frecuencia y al impacto de las enfermedades crónicas: en torno al 80% de la mortalidad la ocasionan patologías crónicas, el 37,2% de la población general sufre algún problema de salud crónico y se sabe que la atención a la cronicidad consume más del 50% de los recursos del sistema según el presupuesto del Departamento de Salud.

Otra dimensión del estado de salud es el bienestar psicológico, que se focaliza en aspectos positivos de la salud mental (afectivo-emocionales, cognitivo-evaluativos y psicológicos). La población catalana muestra un nivel satisfactorio de bienestar psicológico en comparación con la población general escocesa -en Escocia se desarrolló el instrumento original para valorarlo-, ya que en un intervalo de 14 a 70 puntos posibles presenta una mediana de 59, mientras que en la población escocesa la mediana es de 51.

Las enfermedades infecciosas son un problema prioritario de salud pública, porque hay que evitar que a partir de casos de enfermedad se produzcan casos secundarios. Por ejemplo, aunque la tasa de incidencia de la tuberculosis en Cataluña es la más baja de los últimos 23 años (16,2 por 100.000), continúa siendo superior a la de la mayoría de los países de la UE (Francia, 7,9 por 100.000; Finlandia, 6,1 por 100.000; Austria, 8,2; Alemania, 5,3; Dinamarca, 6,5, y Reino Unido, 13,7 por 100.000).

En el año 2012 se han notificado 716 casos de VIH en el Registro de enfermedades de declaración obligatoria individualizada, cifra que representa una tasa global de 9,9 casos por 100.000 habitantes. Según los criterios actuales, se considera diagnóstico tardío de la infección por el VIH el caso en el que la cifra de los linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico es inferior a $350 \times 10^6/l$. Además se ha considerado el diagnóstico tardío con enfermedad

avanzada cuando el recuento de los linfocitos CD4 es inferior a $200 \times 10^6/l$. Del total de diagnósticos de VIH declarados en el año 2012 con la información sobre el recuento de los linfocitos CD4 (631), el 45% de los casos cumplían criterios de diagnóstico tardío. El número de casos de diagnóstico tardío es superior en las personas de más de 49 años (64%) y en los hombres heterosexuales (56%). Aunque el porcentaje de los diagnósticos tardíos sea bastante elevado, en Cataluña se observa un descenso significativo: pasa del 60% en el 2001 al 45% en el 2012. El diagnóstico tardío de la infección por el VIH tiene un impacto negativo tanto para la persona que es diagnosticada de forma tardía (y que, por lo tanto, tendrá un peor pronóstico) como para la salud pública, ya que sin un diagnóstico de VIH no se pueden tomar las medidas de prevención y tratamiento necesarias para reducir el riesgo de infección. Actualmente, el diagnóstico precoz es una prioridad de los programas de prevención.²⁸

El consumo de drogas es un fenómeno transversal que implica colectivos heterogéneos (jóvenes, personas en tratamiento, personas usuarias en activo, familiares, profesionales, etc.), diferentes problemáticas y, por lo tanto, múltiples profesionales en función del ámbito de trabajo (preventivo, asistencial, reducción de daños). Las tendencias de consumo han ido variando a lo largo de los años en consonancia con los cambios sociales, así como también lo han hecho los recursos para responder a las problemáticas derivadas. Desde el inicio del 2000 hasta hoy en día, por lo que respecta a las tendencias de consumo, se constata que en términos de salud pública, el tabaco y el alcohol continúan causando la morbimortalidad más elevada, y que la cocaína supera a la heroína en el consumo y la demanda asistencial.

En general, si bien el análisis de la situación de la salud muestra un territorio bastante homogéneo, se observan diferencias relacionadas con condiciones sociodemográficas y económicas que colocan a determinados colectivos en situación de vulnerabilidad. Clásicamente, se acepta que el género, la clase social, el nivel de estudios y el territorio son los ejes principales de desigualdad en la salud y que la vulnerabilidad de las personas crece a medida que se sitúan sobre un número más elevado de ejes de desigualdad.

Entre el año 2006 y el período 2010-2012, el contexto familiar de la población infantil ha cambiado. El cambio ha sido positivo porque el nivel de estudios de la población ha mejorado y se sabe que esto tiene un efecto favorable en la salud de los niños, y especialmente relevante es el del nivel de estudios de la madre. Pero también ha tenido un lado negativo, porque el porcentaje de niños que como mínimo tienen en su hogar un miembro en paro ha pasado del 9,7% al 20,7%, circunstancia que puede actuar como factor de riesgo para la salud.

El análisis de los indicadores se ha llevado a cabo por sexo, y se ha observado un patrón bien diferenciado entre hombres y mujeres. Con respecto a los indicadores de salud, excepto en el sedentarismo, las mujeres muestran comportamientos más saludables (menos prevalencia de tabaquismo, de consumo de riesgo de alcohol, etc.), pero tienen una peor percepción del estado de salud, sufren en proporción más elevada enfermedades crónicas, tienen más probabilidad que los hombres de sufrir trastornos mentales, hacen más uso de los servicios sanitarios y consumen más medicamentos.

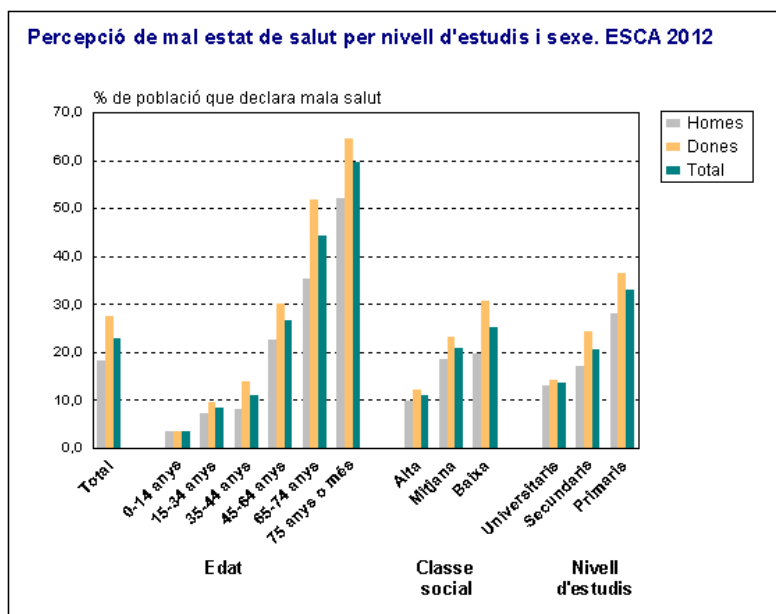
Según la clase social y el nivel de estudios, se observa una gradación en el sentido que, en general, la población que pertenece a las clases más desfavorecidas (grupos IVb y V) y la que tiene un bajo nivel de estudios presenta una peor percepción del estado de salud y tiene comportamientos no saludables en proporciones más elevadas.

La población en situación de desempleo tiene en conjunto peores indicadores de salud que la población que tiene trabajo, con porcentajes significativamente más elevados de mala salud percibida y de depresión y/o ansiedad. No hay diferencias significativas en cuanto al sedentarismo y al consumo de riesgo de bebidas alcohólicas entre la población ocupada y la que está en paro, mientras que el consumo de tabaco es más frecuente entre la población desempleada. En cuanto a la utilización de servicios sanitarios, no se observan diferencias significativas entre ambas poblaciones en la frecuencia en el consumo de medicamentos, ni en las visitas a un profesional sanitario ni en la utilización de urgencias y la hospitalización.

La salud percibida

Las encuestas de salud realizadas periódicamente permiten a los ciudadanos expresarse sobre diferentes aspectos de su salud. Una cuestión común en la mayoría de las encuestas consiste en preguntar "¿cómo diría usted que es su salud en general?" con las respuestas "Excelente, Muy buena, Buena, Regular o Mala". Y para facilitar el análisis, las cinco categorías de respuesta se agrupan en dos: "Buena salud (Excelente, Muy buena y Buena)" y "Mala salud (Regular o mala)".

Aunque se trata de una medición basada en criterios subjetivos, permite recoger dimensiones difíciles de apreciar a través de otros indicadores o parámetros. Diversos estudios sitúan el estado de salud percibido como un gran predictor de la mortalidad^{29,30} y la enfermedad, y de la



utilización de servicios de salud o sociales.³¹

En el año 2012, ocho de cada diez catalanes declaran tener un buen estado de salud (82,8%). Según su valoración, los hombres declaran tener un mejor estado de salud que las mujeres, con porcentajes del 87,2% y del 78,4%, respectivamente. El estado de salud percibido empeora con la edad y a partir de los 45 años la diferencia entre los sexos crece en detrimento de las mujeres.

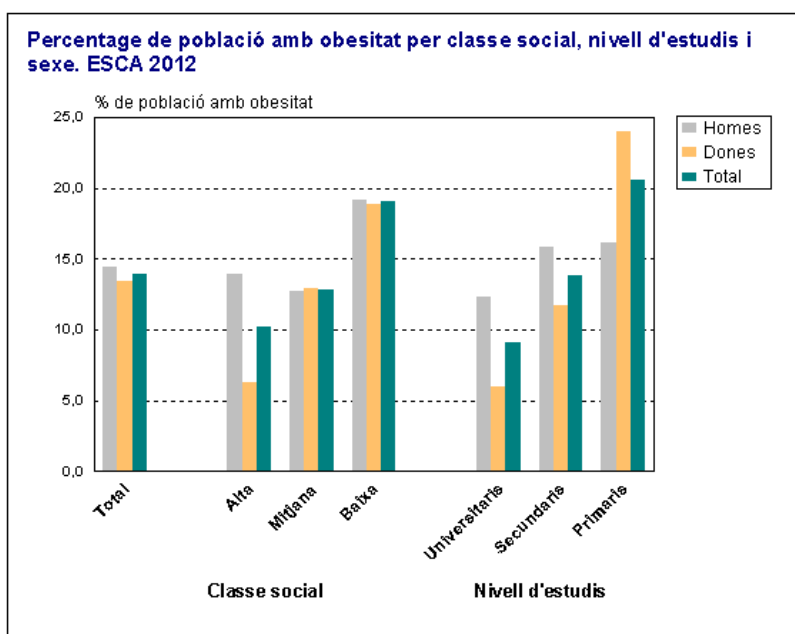
Mientras que sólo el 15,0% de las personas con estudios universitarios consideran que tienen mala salud, el porcentaje sube hasta el 18,7% en las personas con estudios secundarios y hasta el 36,3% entre las personas con estudios primarios o sin estudios. Se observa un comportamiento similar en el caso de la clase social.

Prevalencia de exceso de peso declarado

El porcentaje de población con exceso de peso es otro indicador condicionado por el entorno social. En el año 2012 casi la mitad de la población de Cataluña de 18 a 74 años tiene exceso de peso (49,2%), el 57,8% de los hombres y el 40,4% de las mujeres, según los datos del peso y la talla declarados.

En Cataluña, en los hombres la prevalencia del sobrepeso es próxima a la media de España y la de la obesidad es inferior a la media. En las mujeres, tanto el sobrepeso como la obesidad se sitúan por debajo de la media de España.

El exceso de peso incluye el sobrepeso y la obesidad. El 35,4% de la población catalana de 18 a 74 años presenta sobrepeso y el 13,9%, obesidad. El sobrepeso es más frecuente en los hombres (42,6%) que en las mujeres (27,9%). La distancia se reduce en la obesidad, con valores del 15,2% y del 12,5%, respectivamente.



Se observa una clara relación entre el exceso de peso y la clase social o nivel de estudios. Esta relación es más relevante en el caso de la obesidad. Así, mientras que el 7,7% de la población con estudios universitarios tiene obesidad, el porcentaje crece hasta el 20,7% entre la población con estudios primarios. Entre las mujeres el diferencial es superior: las mujeres con un nivel de estudios primarios o sin estudios tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir obesidad respecto a las mujeres con estudios universitarios.

El 34,4% de la población de 6-12 años tiene exceso de peso. En la población de 2 a 17 años, Cataluña presenta tanto en los chicos como en las chicas porcentajes de sobrepeso inferiores a la media de las comunidades autónomas. La prevalencia de la obesidad en los chicos es inferior a la media de España y en las chicas es similar.

2. MODELO Y OBJETIVOS

El bienestar de la población es uno de los propósitos que justifican la existencia de los gobiernos y las administraciones, y el bienestar de la población depende en buena parte de la salud de esta misma población. De aquí que, al reconocer estas influencias, la finalidad del PINSAP sea fomentarlas y contribuir a incrementar las que son positivas y a limitar las negativas. Las iniciativas para llevarlo a cabo deberán ser conjuntas y coordinadas a fin de que aporten más beneficios que si fueran unilaterales y esporádicas.

20

Así pues, en primera instancia, el PINSAP es una manera de hacer patentes las influencias que todos los sectores de la sociedad y la Administración ejercen sobre la salud de las personas y las poblaciones y, en consecuencia, de reconocer su papel respectivo como agentes de promoción y de protección de la salud. Es justo y conveniente que dicho papel sea capitalizado por el sector social o por el departamento correspondiente del Gobierno, dado que se convierte en un incentivo para construir una sociedad más saludable. Pero también debe convertirse en una práctica efectiva de coordinación que fomente las sinergias y prevenga las interferencias y los solapamientos entre las distintas iniciativas gubernamentales que afectan a la salud de los ciudadanos.

Se estima que el 80% de los determinantes de la salud se encuentran fuera del sistema sanitario. Actuar sobre dichos determinantes desde la perspectiva gubernamental no es una tarea sencilla. Requiere una cuidadosa planificación y acciones articuladas. No es solamente una labor técnica, sino que implica determinados cambios en la cultura y los valores de aquéllos que tienen la responsabilidad de llevarlo a cabo.

La Administración pública dispone de una estructura organizativa potente y capaz de desarrollar sus funciones o servicios con un nivel de calidad a menudo notable, pero es menos ágil cuando debe resolver problemas complejos o cuando la acción pertinente supera los ámbitos de responsabilidad de cada departamento. De aquí que las iniciativas intersectoriales requieren crear nuevos espacios de trabajo, tener un punto de vista inclusivo en el diseño de las acciones y, finalmente, mancomunar o compartir recursos, conocimientos, responsabilidades y acciones.

La acción sobre los determinantes de la salud deberá tener lugar desde las diversas perspectivas y responsabilidades de cada uno de los sectores sociales y de la Administración implicados, porque los temas abordados traspasan el ámbito de competencias de un departamento. Es preciso que los proyectos impliquen la acción global del Gobierno y, aunque la ejecución de estas acciones comporte intervenciones descentralizadas, es básico el papel de la coordinación en el diseño, la formulación y la implementación de las políticas.

Si se acepta una concepción de la salud entendida como un modo de vivir autónomo, solidario y gozoso, asimismo es necesaria la actitud proactiva de las personas, que son responsables y protagonistas de su salud. Esta actitud y mentalidad de las personas deberá cultivarse desde la familia, la escuela y el entorno comunitario, además de asegurar la continuidad a lo largo de

toda la vida. Una concepción positiva de la salud se asocia a una perspectiva de creación de salud,³² que prioriza la actuación sobre los activos de salud, sobre aquello que genera salud o es favorable para la calidad de vida antes que la prevención y atención de los factores que pueden disminuirla y crear desigualdades. Este enfoque es clave para promover la autonomía personal y la autonomía de las personas en relación con las comunidades en el control y la mejora de su salud.

2.1. Mandato legal

La Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública establece que el Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP), coordinado con el Plan de salud de Cataluña, sea la herramienta básica para desarrollar las acciones de salud pública en Cataluña, de manera que sus propuestas son vinculantes para el Gobierno.

Aunque la elaboración del PINSAP corresponde a los departamentos del Gobierno cuyas actividades influyen en la salud de los ciudadanos, bajo la dirección del Departamento de Salud, en su diseño participan las administraciones locales, los agentes sociales y económicos, las sociedades científicas, las corporaciones profesionales, las instituciones y la sociedad civil en general.

El PINSAP puede ser un instrumento para instar a los entes locales a concienciarse de la necesidad de una acción global de Gobierno, con la complicitad de la sociedad civil y del sector económico para la protección y la promoción de la salud de los ciudadanos. El PINSAP deberá facilitar que todos los departamentos de la Generalitat trasladen dicha influencia de sus actuaciones al ámbito de la salud de la población, en el ejercicio de su actividad, a los servicios municipales homólogos, a la vez que deberá estimular que éstos tengan en cuenta el valor del factor salud y pongan el acento en la capitalización de dicho valor.

2.2. Finalidad

El propósito del PINSAP es movilizar y responsabilizar a los distintos ámbitos de Gobierno para mejorar los niveles de salud a través de la actuación sobre sus principales determinantes, tanto estructurales como de estilos de vida.

La iniciativa se convierte en el momento actual particularmente en oportuna, porque la situación de crisis económica enfatiza aún más la necesidad de optimizar la eficiencia en la utilización de los recursos y hace inexcusable que se tengan en consideración los factores que condicionan más la efectividad y la equidad de las intervenciones sanitarias. Tal como recoge la moción aprobada por el Parlamento en su sesión plenaria de 14 de marzo de 2013, el PINSAP deberá incluir explícitamente las medidas destinadas a minimizar las desigualdades en salud derivadas de las crecientes desigualdades sociales. De lo contrario y de acuerdo con lo establecido en la Ley 18/2009, el PINSAP “debe desarrollar iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, de acuerdo con los planes de políticas para las

mujeres aprobados por el Gobierno” y, en general, tiene que adoptar una perspectiva de género.

2.3. Objetivos generales y específicos

- Mejorar la salud de la población de Cataluña y disminuir las desigualdades en salud a partir de la acción interdepartamental e intersectorial.
- Incorporar efectivamente la salud como uno de los ejes de la política gubernamental (la salud en todas las políticas).
- Implicar a todos los departamentos del Gobierno para que puedan capitalizar su influencia positiva sobre la salud.
- Mejorar la coordinación y promover sinergias que comporten un incremento de la efectividad, la eficiencia y la equidad de las políticas intersectoriales sobre la salud y el bienestar.
- Contribuir a la simplificación y la agilidad de las administraciones públicas en las políticas que afectan a la salud de la población.
- Reconocer e inventariar las acciones sectoriales e intersectoriales que influyen la salud de la población de forma relevante.
- Monitorizar los efectos sobre la salud de las políticas sectoriales e intersectoriales con el desarrollo de los indicadores más adecuados.
- Desarrollar un proceso continuado a partir de una primera propuesta de actuaciones y políticas intersectoriales.

2.4. Aspectos operativos

El PINSAP es concebido como un proceso en el cual la salud y el bienestar asociado a la salud se convierten en un objetivo básico de las políticas públicas, de manera que cada uno de los departamentos del Gobierno capitaliza las influencias que las medidas e intervenciones propuestas ejercen sobre la salud de las personas y de la población, y asume la responsabilidad que le corresponde, de una manera coordinada, con el fin de contribuir así a la acción transversal del Gobierno y a la construcción de políticas intersectoriales.

23

Las actividades del PINSAP se desarrollan en dos dimensiones:

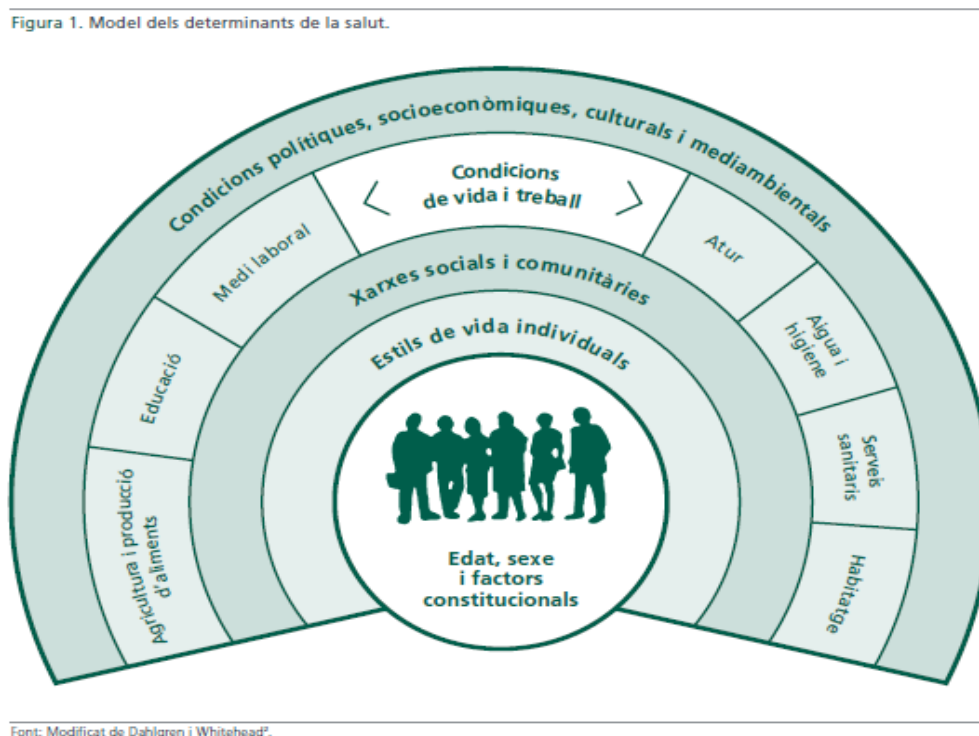
Por un parte, **aquéllas que promueve cada uno de los departamentos en el ejercicio de su propia responsabilidad y sus competencias** y que pueden ser objeto de mejora como consecuencia de la inclusión en el PINSAP al fomentar las características intersectoriales. La Comisión Interdepartamental ha analizado las actividades y los servicios de cada departamento que tienen un impacto relevante sobre la salud de la población, tanto con respecto a la promoción como a la protección de la salud, y tanto si se trata de actividades singulares como de actividades conjuntas con otros departamentos. Asimismo, la Comisión destaca algunas de estas iniciativas como ejemplos de buenas prácticas que merecen una particular acreditación o reconocimiento como intervenciones saludables.

Por otra parte, **aquéllas que son una nueva propuesta de actuación en el marco del PINSAP** en cada uno de los ámbitos tratados. Es más, se plantea iniciar un programa transversal de promoción y protección de la salud con una orientación coyuntural ante la crisis económica y social y los problemas que conlleva para la salud de la población, básicamente dirigido a los sectores expuestos a un elevado riesgo de pobreza y de exclusión social. Dicho programa, cuyos propósitos se desarrollan en el apartado 5 del presente documento y que contiene un borrador inicial del diseño, es un programa cuya aplicación podría servir como ensayo para el desarrollo de la dimensión territorial de las políticas públicas de promoción de la salud y el bienestar en Cataluña.

2.4.1. Mètodos

Los determinantes de la salud de la población pueden conceptualizarse como una serie de estratos que se superponen como un arco iris (figura 1) en torno a unas características individuales tales como la edad, el sexo y algunos factores constitucionales que no son modificables.

Figura 1. Modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (1991) modificado por la ASPB



A su alrededor, situadas en capas concéntricas, se encuentran una serie de influencias que pueden ser modificadas por la acción política. En primer lugar, están los denominados *estilos de vida individuales*, entre los que se incluye el consumo de tabaco o de alcohol y la actividad física. En segundo lugar, las personas interaccionan entre ellas y con su comunidad integradas en redes sociales y comunitarias; la pertenencia a dichas redes condiciona sus estilos de vida y su salud. En el tercer estrato se encuentran las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación, el acceso a bienes y servicios fundamentales, como la educación o los servicios sanitarios. Finalmente, como mediadores de la salud, las influencias económicas, culturales y medioambientales actúan sobre todas las otras capas.

En todos los países del mundo se observan desigualdades sociales en la salud de la ciudadanía, que principalmente derivan de las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. De acuerdo con la Declaración universal de los derechos humanos, toda

persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y a los servicios sociales necesarios. Las condiciones de vida y de trabajo incluyen la vivienda; la composición del hogar y familiar; las características del medio ambiente en general y los entornos específicos urbano, laboral, escolar o de ocio; la existencia de trabajo y las condiciones laborales; la facilidad de desarrollar conductas saludables, etc.

La clase social, el nivel de renta y la capacidad adquisitiva, el nivel educativo, entre otros, son determinantes estructurales de la salud, sobre la que influyen directamente o indirectamente a través de las condiciones de vida y los comportamientos de las personas.

A pesar de su utilidad como modelo de referencia, como este fue diseñado hace décadas y desde una perspectiva conceptual, el grupo de trabajo lo ha adaptado a la situación actual de nuestro entorno. Así, los apartados “Paro” y “Condiciones de vida y trabajo” se han reunido bajo el epígrafe “Empleo”. El apartado “Agua e higiene” se ha englobado en uno más amplio, “Entorno”, que recoge también la calidad del aire y otros aspectos relacionados. Se han añadido dos apartados más que revisten una especial relevancia en la sociedad actual: “Movilidad”, que incluye tanto la movilidad activa de las personas como el transporte y la seguridad vial, y “Cultura, ocio y actividad física”. El estrato “Condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y medioambientales”, en cambio, se ha englobado en el ámbito “Políticas sociales”, en especial aquéllas que tienen que ver con la actuación sobre las desigualdades.

Muchos de los problemas de salud más relevantes vienen influidos por estos determinantes que conforman las condiciones de vida de las personas. Una influencia que, en circunstancias socioeconómicas como las actuales, incrementa las desigualdades en salud. A pesar del creciente interés por afrontar adecuadamente los determinantes sociales de la salud, como hace patente una revisión sistemática de la evidencia generada en países desarrollados entre 2000 y 2007 sobre los efectos en la salud en población adulta de las intervenciones sobre el saneamiento y el agua, la agricultura y la alimentación, el acceso a los servicios sociales y sanitarios, las condiciones de trabajo, vivienda y vida, la educación y el transporte, hay que avanzar en la investigación porque los resultados obtenidos hasta ahora no son concluyentes, independientemente de las mejoras observadas por grupos sociales desfavorecidos con respecto a las intervenciones en condiciones de vivienda y empleo.³³ Otra revisión acerca de los efectos sobre la salud infantil pone de manifiesto que existe una extensa literatura científica que da apoyo a la importancia de los determinantes de la salud y las desigualdades y su influencia diferenciada a lo largo del curso de la vida, pero que falta investigación de calidad sobre los efectos de las intervenciones para reducir las desigualdades.³⁴

Dicha falta de investigación de calidad sobre los efectos de las intervenciones no puede frenar la actuación sobre los determinantes de la salud; pero obliga a ser cuidadosos en la elección de las actuaciones a llevar a cabo y a desarrollar una estrategia de evaluación rigurosa, al mismo tiempo que hay que fomentar la sinergia con grupos de investigación que ayuden a avanzar en la génesis de evidencia.

El desarrollo del PINSAP se beneficiaría notablemente de una investigación aplicada que mejorara los conocimientos actuales sobre los efectos de las intervenciones intersectoriales sobre la salud, investigación que tendrían que llevar a cabo los investigadores de los centros de investigación del país y a los cuales podría contribuir el PINSAP con la información reunida en los procesos de evaluación previstos.

Mientras tanto, e inicialmente, la Comisión ha seleccionado entre las distintas actuaciones departamentales aquéllas que ha estimado que tienen mayor incidencia sobre las condiciones de vida y que contribuyen potencialmente a la disminución de las desigualdades en salud de carácter colectivo injustas y evitables. Dichas actuaciones han sido analizadas desde la perspectiva de cada uno de los departamentos del Gobierno y desde la perspectiva del Departamento de Salud mediante sesiones de trabajo bilaterales.

En la elección de las intervenciones seleccionadas se han tenido en cuenta los criterios elaborados por la Universidad Johns Hopkins³⁵ tratando de respetar los principios siguientes:

- Priorizar las intervenciones sobre las causas de las causas (*upstream*) que tienen efecto en los resultados en salud (*downstream*).
- Buscar y enfatizar los costes y los beneficios para todo el mundo, en todo el gradiente social.
- Escuchar a la sociedad y dar voz a sus intereses, incorporando la visión de mujeres y hombres y sus asociaciones.
- Apoderar a las personas y la sociedad, creando las condiciones para que tengan el control sobre sus vidas y su salud. Prestar especial atención a las mujeres y a las personas mayores.
- Empezar por proyectos concretos e ir ampliándolos.
- Extender experiencias o buenas prácticas de éxito con resultados probados.
- Incorporar la perspectiva de género y otros ejes de desigualdad en el análisis de salud.
- Evaluar los resultados con indicadores sensibles al género, la edad y el nivel socioeconómico y el origen étnico, que permiten estudiar las diferencias causantes de desigualdades.
- Colaborar con los medios de comunicación y las empresas de publicidad para cambiar el discurso, incluyendo los estereotipos de hombres y mujeres y difundir la información relativa a las diferencias tanto de condiciones de vida como de estado de salud entre hombres y mujeres.
- Impulsar la colaboración y el partenariado.
- Trabajar conjuntamente por un objetivo común.
- Adaptarse a un contexto globalizado y en cambio permanente. Innovar y adaptarse a los retos de futuro. Usar las tecnologías de la información y comunicación.

2.4.2. La participación de las administraciones locales y de la sociedad civil

A partir de las aportaciones de las administraciones locales, se sugiere diseñar una propuesta de articulación operativa, que puede basarse en los aspectos siguientes:

27

- La creación de un grupo de trabajo para desarrollar e implementar el PINSAP, con la participación de las entidades municipalistas y las diputaciones, así como otras instituciones de la sociedad civil, particularmente la Mesa del Tercer Sector y las entidades de voluntariado, con el asesoramiento de las sociedades científicas y de las corporaciones profesionales. En el anexo 1 hay una relación de las instituciones que han atendido la convocatoria de la Comisión y las que han enviado aportaciones específicas.
- La inclusión en los convenios bilaterales entre Salud Pública y los ayuntamientos y diputaciones de las intervenciones en el marco del PINSAP.
- Los planes locales de salud pueden ser el instrumento de compromiso político de los gobiernos locales para desarrollar la acción comunitaria en el marco del Plan de salud y el PINSAP. Las actuaciones e intervenciones en salud comunitaria recogidas en los planes locales de salud necesariamente deberán contar con la participación y la corresponsabilización de todos los actores clave en el territorio —administraciones, profesionales sanitarios, agentes económicos, tercer sector y ciudadanía— en el marco del trabajo en activos comunitarios (mapa de recursos).

En resumidas cuentas, el presente Plan plantea una serie de acciones y recomendaciones para promover la salud y reducir las desigualdades en salud que afectan a la población de Cataluña dirigidas a mejorar las condiciones materiales de vida, susceptibles de intervención intersectorial y coordinada del Gobierno en su conjunto, a la manera de las propuestas para la lucha contra la pobreza y para la inclusión social en Cataluña que, en este caso, coordina el Departamento de Bienestar Social y Familia, con la participación del Gobierno en su conjunto y de la Administración local y la sociedad civil.

En este sentido, se han escogido algunas de las actuaciones de cada departamento que tienen un impacto en la salud (ya formen parte de planes interdepartamentales o sean acciones propias del departamento implicado) y que ganan valor, dado que potencian la dimensión intersectorial y se convierten en actividades del PINSAP durante el 2014-2015 (en el horizonte de 2020). De otras iniciativas, servicios y programas que puedan ir incorporándose al PINSAP se recogerán en un plan operativo de actuación anual.

2.5. Financiación

El PINSAP cuenta con una financiación específica para las nuevas actuaciones que se pongan en marcha, y asimismo recoge la dedicación presupuestaria específica del Gobierno en relación con las actuaciones que tienen un impacto en la salud.

28

Aunque no comporta un coste adicional en los presupuestos públicos, las mejoras de eficiencia y de eficacia ligadas a desarrollarlo deberán permitir llevarlo a cabo y mejorar los resultados en salud de las personas, sobre todo de los colectivos más vulnerables. En concreto, los 123,8 millones de euros de dedicación presupuestaria a salud pública se dedicarán de manera prioritaria a las intervenciones que se engloban dentro del PINSAP.

3. VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD

3.1. Consideraciones para la elaboración de los indicadores

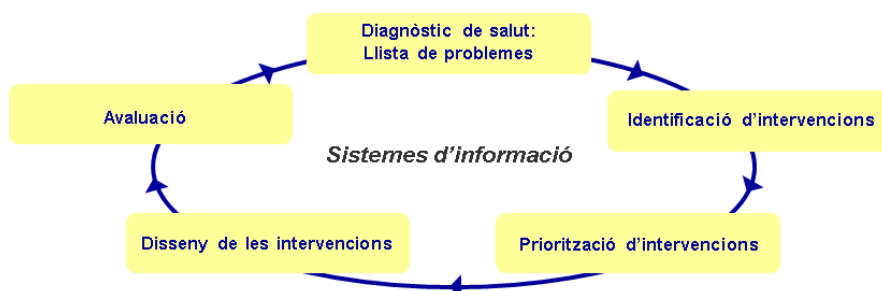
La evaluación del impacto de las intervenciones sobre la salud desempeña un doble papel en el PINSAP. Por un lado, el más directo, es el de contrastar si los objetivos previstos son efectivamente logrados y, por otro, el de acentuar la contribución de los distintos sectores de la Administración y de la sociedad al bienestar que procuran las políticas públicas. La evaluación deberá ser un instrumento útil para rendir cuentas y contribuir a mejorar el proceso de planificación, de modo que puedan introducirse, si es preciso, las enmiendas pertinentes. Para lograr dicho propósito, hay que disponer de información que permita conocer cuál es el punto de partida, cuáles son las políticas más relevantes para la salud que se están llevando a cabo y cuáles son los resultados obtenidos.

3.1.1. Reconocimiento y valoración de las iniciativas actuales

Desde el PINSAP se detectan sistemáticamente y se valoran los acuerdos de Gobierno, planes, programas, proyectos e intervenciones que ejerzan una influencia relevante sobre la salud y el bienestar de la población y, particularmente, aquéllos dedicados explícitamente a algún aspecto de la salud. Se trata de potenciar estas intervenciones y sus eventuales sinergias, así como prevenir superposiciones e interferencias potenciales. Una de las actividades del PINSAP es la determinación de los indicadores adecuados para valorar los aspectos más relevantes de las actuaciones.

3.1.2. Requisitos de información para la evaluación del PINSAP

Los indicadores, como producto tangible de los sistemas de información, son imprescindibles en todo el proceso de planificación. La evaluación deberá estar presente en todas las fases del ciclo de planificación y, para evaluar, se requiere información.



La complejidad del fenómeno salud/enfermedad dificulta la organización de toda la información necesaria para planificar las intervenciones y evaluarlas. Los sistemas de información deberán permitir relacionar el estado de salud de la población con la utilización de recursos y sus costes, a fin de poder evaluar la consecución de los objetivos de las políticas de salud en términos de eficacia, eficiencia y seguridad.

Los sistemas de información disponibles deberán ayudar a tomar decisiones basadas en datos objetivos que afectan a la salud de las personas en un contexto de escasez de recursos, con mejores garantías de equidad y eficiencia.

Concretar los requisitos de información necesarios para planificar y evaluar las intervenciones y el mismo PINSAP, es una labor ineludible que requiere el esfuerzo conjunto de todos los actores del Plan. Vista la cantidad y la heterogeneidad de datos disponibles, es necesario identificar, analizar y seleccionar la información que mejor se ajuste a las necesidades actuales y futuras del Plan. El proceso de identificación y priorización de las políticas más rentables contribuirá a determinar los indicadores más adecuados en cada caso.

La selección del conjunto de indicadores que permitan medir y valorar la evolución de la asociación entre las actividades intersectoriales implementadas y la mejora de la salud y la calidad de vida se estructura en tres grandes niveles:

- Indicadores de salud: mejora de la salud y la calidad de vida (incluidos los estilos de vida).
- Indicadores de los determinantes (sociales y medioambientales).
- Indicadores de las intervenciones propuestas: grado de consecución y alcance.

A partir del análisis de la información disponible, se seleccionan los indicadores que mejor ayuden a evaluar hasta qué punto se están logrando los objetivos del PINSAP.

Para seleccionar los indicadores, se han tenido en cuenta un conjunto de criterios. A fin de que el PINSAP los considere válidos, los indicadores deberán aportar información objetivable y cuantificable procedente de fuentes sistemáticas o periódicas estables. Algunos de los criterios de calidad o atributos exigibles para aplicarlos son: validez, fiabilidad, especificidad, sensibilidad, disponibilidad, relevancia y eficiencia.

El proceso de establecimiento de los indicadores deberá fijar cuáles son las unidades de registro más adecuadas en cada caso. Con respecto a la población, conviene disponer de información de pequeñas áreas que permitan conocer el comportamiento de los indicadores con un nivel de desagregación suficiente, como por ejemplo el área básica de salud (ABS) o la sección censal. Para lograr los objetivos generales del PINSAP, es imprescindible poder evaluar las desigualdades sociales en salud, lo que justifica la necesidad de acceder a una desagregación suficiente.

En este sentido, habrá que hacer un esfuerzo importante con todos los departamentos implicados por delimitar unas áreas mínimas comunes. La colaboración que se ha establecido con el Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat) es imprescindible.

También hay que establecer los mecanismos de recogida, almacenaje, análisis y difusión de la información. Se deberán valorar los riesgos de no prever la complejidad de gestionar información tan heterogénea. Asimismo se han de definir las métricas de los indicadores que permitan medir la variabilidad.

31

Inicialmente, conviene que el conjunto propuesto tenga un número de indicadores reducido y razonablemente fácil de gestionar a partir de fuentes de información ya existentes, actualizadas y accesibles.

Consideraciones operativas

- Los indicadores escogidos deberán aportar información cuantificada procedente de fuentes estables y disponibles, con los criterios de calidad habituales exigibles para seleccionarlos: validez, fiabilidad, especificidad, disponibilidad, relevancia y factibilidad.
- Conviene tener muy en cuenta la posibilidad de desagregación de la información (por territorio, sexo, grupo de edad, clase social u otros), con el fin de detectar y abordar adecuadamente las potenciales desigualdades y variabilidades.
- El diseño de cada indicador ha de incluir una serie de dimensiones básicas: definición, fórmula de cálculo, desagregaciones, fuente de información, periodicidad, responsables de la elaboración, etc.

3.1.3. Indicadores seleccionados

De acuerdo con los criterios expuestos previamente, y principalmente a partir de los sistemas de información del Departamento de Salud y del Idescat, se incluyen los siguientes indicadores de seguimiento y evaluación del Plan.

Es preciso, siempre que sea factible, la desagregación por edad, sexo, clase social, nivel de estudios y territorio (previsión de cálculo por comarca, ámbito regional y municipios grandes).



A. Indicadores básicos de salud y estilos de vida

1. Esperanza de vida
2. Esperanza de vida en buena salud
3. Percepción de mala salud
4. Tasa de mortalidad estandarizada (global o específica)
5. Mortalidad evitable por causas susceptibles de intervención por las políticas sanitarias intersectoriales (global y por sida/infección por el VIH, tumor maligno de pulmón, hepatopatía alcohólica, colisiones por tráfico, suicidios, homicidios)
6. Prevalencia de consumo de tabaco
7. Prevalencia de consumo de alcohol
8. Prevalencia de sobrepeso y obesidad
9. Prevalencia de sedentarismo
10. Índice de bienestar psicológico

B. Indicadores básicos de determinantes sociales

1. Tasas de empleo y paro
2. Nivel de estudios terminados
3. Renta anual media por hogar, persona y unidad de consumo
4. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social
5. Personas con reconocimiento legal de discapacidad
6. Hogares según bienes de equipo de que disponen
7. Satisfacción con las condiciones de trabajo
8. Existencia de distintas situaciones en el puesto de trabajo
9. Existencia de discriminaciones en el centro de trabajo (tasas bajas)
10. Contaminación del aire:
 - Dióxido de nitrógeno (NO₂): porcentaje de estaciones que cumplen el valor límite anual (VL) de NO₂ en la ZQA1 y ZQA2.
 - Partículas en suspensión de menos de 10 micras (PM10): porcentaje de estaciones que cumplen el valor límite anual (VL) de PM10 en la ZQA1 y ZQA2.
 - Ozono (O₃): porcentaje de estaciones con superación del valor objetivo para la salud humana (VOPS).

C. Indicadores de impacto de las intervenciones formuladas

- Cada intervención incluida en el PINSAP tendrá al menos un indicador que permitirá evaluar su grado de implantación y, en la medida de lo posible, su eficacia e impacto. Dada la multifactorialidad de la salud, los cambios observados en los indicadores de resultado (como, por ejemplo, la esperanza de vida o la mortalidad infantil) son difícilmente atribuibles a una sola intervención, y por lo tanto no permiten una atribución clara del impacto en la salud de las políticas implementadas.



- Por este motivo, a medida que se concretan las intervenciones del PINSAP, se definen indicadores de proceso, que facilitan el seguimiento del cumplimiento de las políticas y actuaciones definidas a corto y medio plazo. Estos indicadores son de dos tipos:
 - Indicadores del grado de implementación y cumplimiento de las políticas y actuaciones.
 - Indicadores de resultados intermedios en salud, que se deberían poder vincular a los primeros indicadores y que permitirían evaluar el impacto específico.

3.1.4. Valores basales de los indicadores seleccionados disponibles

Valores basales de los indicadores del PINSAP propuestos		Valor de referencia	Año	Fuente de información	
<i>Indicador</i>					
A. Indicadores básicos de salud y estilos de vida					
1	Esperanza de vida (en años)	Hombres	79,5	2011	RMC
		Mujeres	85,3	2011	
		Total	82,5	2011	
2	Esperanza de vida en buena salud (en años)	Hombres	65,2	2011	RMC + ESCAc
		Mujeres	63,1	2011	
		Total	64,2	2011	
3	Percepción de mala salud (% de la población)	Hombres	12,8	2012	ESCAc
		Mujeres	21,6	2012	
		Total	17,2	2012	
4	Tasa de mortalidad estandarizada (muertes por 1.000 h.)	Hombres	7,6	2011	RMC
		Mujeres	4,2	2011	
		Total	5,6	2011	
5	Mortalidad evitable por intervenciones intersectoriales (tasa por 100.000 h.)	Hombres	94,2	2011	RMC
		Mujeres	43,4	2011	
		Total	68,5	2011	
6	Prevalencia de consumo de tabaco (proporción de fumadores diarios + ocasionales)	Hombres	34,2	2012	ESCAc
		Mujeres	22,9	2012	
		Total	28,5	2012	
7	Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol	Hombres	6,0	2012	ESCAc
		Mujeres	1,7	2012	
		Total	3,9	2012	
8	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta	Hombres	57,7	2012	ESCAc
		Mujeres	40,1	2012	
		Total	49,0	2012	
9	Prevalencia de sedentarismo en población adulta	Hombres	16,4	2012	ESCAc
		Mujeres	19,2	2012	
		Total	17,8	2012	
10	Índice de bienestar psicológico	Hombres	59,0	2011	ESCAc
		Mujeres	57,8	2011	
		Total	58,4	2011	

B. Indicadores básicos de determinantes sociales

1.1	Tasa de empleo total (por 100)	Hombres	52,6	2012	Idescat + EPA
		Mujeres	43,9	2012	
		Total	48,1	2012	
1.2	Tasa de paro total (por 100)	Hombres	23,2	2012	Idescat + EPA
		Mujeres	22,1	2012	
		Total	22,6	2012	
2	Proporción de población de > 15 años sin estudios o con estudios primarios	Hombres		2012	ESCAc
		Mujeres		2012	
		Total	25,7	2012	
3.1	Renta anual neta media por hogar (€)	Total	26.418,0	2011	Idescat (INE)
3.2	Renta anual neta media por persona (€)	Total	10.101,0	2011	Idescat (INE)
4	Tasa de riesgo de pobreza	Hombres	18,0	2011	Idescat (INE)
		Mujeres	20,3	2011	
		Total	19,1	2011	
5	Número de personas con reconocimiento legal de discapacidad	Hombres	239.726	2012	Idescat (DASF)
		Mujeres	250.408	2012	
		Total	490.134	2012	
5.1	Viviendas principales en calefacción (por 100)	Total	91,7	2011	Idescat
6.2	Vivienda familiar en buen estado de conservación (por 100)	Total	91,1	2011	Idescat
7	Satisfacción global con el trabajo (valoración de 0 a 10)	Hombres	7,45	2010	Idescat (DEO)
		Mujeres	7,53	2010	
		Total	7,49	2010	
8	Existencia de distintas situaciones en el puesto de trabajo	Total	nd	nd	En proceso
9	Contaminación del aire: puntos de medición que han sobrepasado el valor límite diario de PM10 (número / número total de puntos)	Total	9 /138	2012	XVPCA (DTS)

3.2. Elaboración de una propuesta de regulación del impacto en la salud

Tanto la Ley de salud pública como el Plan de salud recogen la necesidad de evaluar el impacto en la salud de las intervenciones y actividades públicas más relevantes con respecto a su potencial influencia en la salud de la población afectada. Es importante que la evaluación sea aplicable tanto a las políticas vigentes como a las nuevas iniciativas, y tanto a las políticas no sanitarias (empleo, urbanismo, vivienda, movilidad, etc.) como a las sanitarias.

36

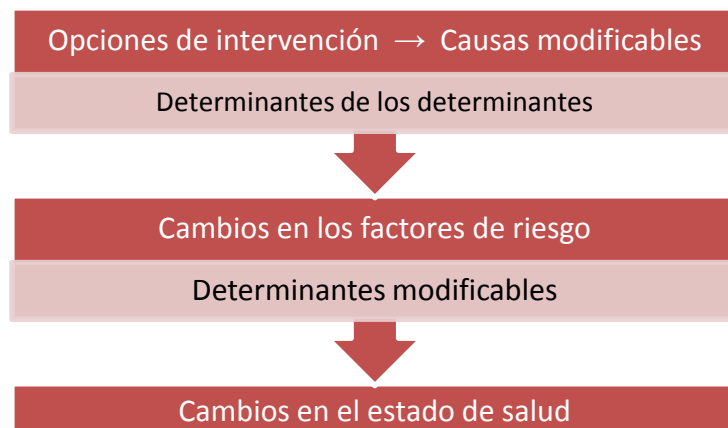
Una de las herramientas clave para desarrollar la salud en todas las políticas es la evaluación del impacto en la salud (EIS). La EIS es “una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de los cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y en la distribución de tales efectos”.³⁶ Es decir, “la estimación de los efectos que una actuación específica tendrá sobre la salud de la población”.³⁷ La EIS ayuda a incorporar la salud y sus determinantes en el proceso de hacer políticas.³⁸

La EIS tiene por objetivos fundamentales:

1. Evaluar los impactos potenciales en la salud, tanto los positivos como los negativos, de las políticas, programas y proyectos.
2. Mejorar la calidad del proceso de toma de decisiones públicas a través de las recomendaciones para reforzar los impactos positivos previstos, y minimizar los negativos.

La EIS es una herramienta que ayuda a hacer efectiva la salud en todas las políticas, ya que vehicula la introducción de la salud y la equidad en salud en el diseño y la implementación de políticas sectoriales.³⁹ También ayuda a incorporar una visión de la salud más integral, sus determinantes sociales, el aspecto de la equidad en salud, el trabajo intersectorial y la participación y, a la vez, aporta transparencia a la toma de decisiones.⁴⁰ Existe un centro de recursos en el ámbito del Estado español.⁴¹

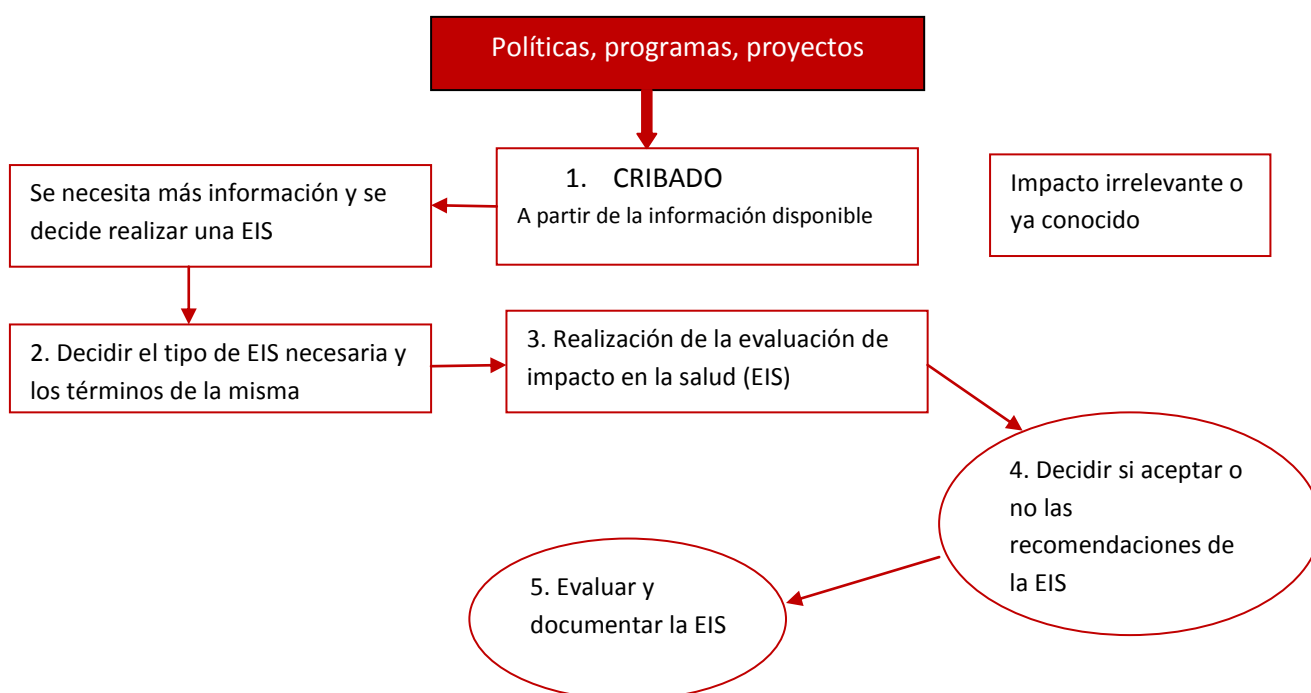
Marco conceptual



Marco conceptual para la EIS en: Bacigalupe et al. Gac Sanit. 2009. Adaptat de: Joffe M, Mindell J. A framework for the evidence base to support health impact assessment. J Epidemiol Comm Health. 2002 Feb;56(2):132-8.⁴²

La EIS, según su extensión y profundidad, puede ser rápida (se realiza una valoración de escenarios “de despacho” para valorar los posible resultados de los impactos en salud de la política) o completa (valoración en profundidad, con el objetivo de tener una buena estimación del grado de los impactos). Aunque la EIS se plantea como una actividad prospectiva (análisis de un futuro impacto potencial en caso de que la propuesta se lleve a cabo), hay autores que consideran posibles la realización de EIS concurrentes (mientras se implementa una propuesta) o una EIS retrospectiva (una vez implementada la propuesta).

Etapas de la EIS



Modelo simplificado: etapas de la EIS

1. **Cribado:** es la etapa más importante. Comporta la selección de políticas, proyectos o programas, sobre los que se deberá realizar la EIS teniendo en cuenta razones prácticas, políticas y legales no tan relacionadas con el impacto potencial en salud. El objetivo de esta etapa es identificar los proyectos que pueden beneficiarse de una EIS y los proyectos en que es necesario más información sobre la manera en que afectarán a la población. La etapa de cribado permite establecer prioridades cuando se trata de seleccionar las políticas más adecuadas para una EIS en función de criterios preestablecidos. De este modo, según el alcance que tenga el cribado, pueden diferenciarse dos tipos: el cribado en profundidad, que se aplica de manera individualizada y analiza los impactos con más detalle, y el cribado sistemático, que consiste en cribar todas las intervenciones de un sector determinado en un mismo proceso.⁴³
2. **Diseño y planificación:** es la etapa en que se establecen las condiciones técnicas (términos de referencia) de la EIS. Los aspectos que hay que especificar son: objetivos de la EIS, tipos, criterios a tener en cuenta, impactos a analizar en más profundidad, grupos de consulta, recursos disponibles y calendario.
3. **Realización de la EIS (evaluación):** es la etapa en que se desarrolla la metodología de la EIS y consta de las fases siguientes:
 - Análisis de la propuesta.
 - Realización de los perfiles de salud o de los determinantes de la salud de la comunidad potencialmente afectada.
 - Consulta a los agentes sociales afectados, entrevista a grupos de interés e informadores clave.
 - Recopilación y análisis de la evidencia, informes y estudios previos.
 - Identificación de los determinantes de la salud afectados por la propuesta estudiada y estimación de su impacto.
 - Priorización de los impactos.
 - Recomendación y justificación de las opciones de cambio de la propuesta.
 - Informe final en el grupo director.
4. **Opciones alternativas:** es un momento clave del proceso en que se decide si se aceptan o no las recomendaciones de la EIS.
5. **Evaluación de la EIS:** consiste en evaluar la medida en que las predicciones de la EIS eran precisas. Permite mejorar la metodología para futuras EIS. Dicha evaluación de la EIS contiene los dos aspectos siguientes:
 - Evaluación del proceso: rigor metodológico y documento de la evaluación.
 - Evaluación de los resultados en salud: comprobar si la toma de decisión ha servido para conseguir un impacto positivo en la salud de la población, y estimar el beneficio de la puesta en marcha de alguna de las recomendaciones de la EIS.

Incorporación de la EIS en el PINSAP

En el marco del PINSAP, se propone trabajar en el desarrollo de un instrumento de cribado que permita identificar fácilmente las propuestas sobre las cuales sería importante realizar una EIS en profundidad, en la misma línea de trabajo que se lleva a cabo en el País Vasco.⁴⁴

39

Por otra parte, se realizará formación y sensibilización sobre la EIS y esta herramienta de cribado. La formación tendría como objetivo dar herramientas a técnicos de distintos sectores sobre el cribado de la EIS, así como sensibilizar sobre los elementos definitorios de la EIS: la toma de decisiones basada en la evidencia, la salud en todas las políticas, los determinantes de la salud y la equidad en salud, el trabajo intersectorial y la participación para la mejora de la salud de la población.

3.3. El eje global de intervención

Incorporar la visión de la salud en el diseño y la evaluación de las políticas públicas es uno de los propósitos principales del PINSAP, de manera que pueda convertirse en un incentivo para mantener y ampliar las iniciativas de los diversos organismos gubernamentales que influyen positivamente la salud de la población, las cuales se materializan como propuestas específicas de actuaciones del PINSAP en los apartados 4 y 5 del presente documento.

Esta dimensión más global de promover genéricamente las actuaciones intersectoriales e interdepartamentales abarca cuatro ámbitos: el diseño de políticas públicas saludables y equitativas; la información e investigación; el compromiso entre las administraciones responsables, y el compromiso con la comunidad.

3.3.1. La perspectiva de salud y de equidad en las políticas públicas

A fin de que la orientación y el diseño de las políticas públicas incorporen la perspectiva de la salud —que incluye la de la equidad, dado que trata de evitar las desigualdades en salud injustas y evitables—, conviene destacar el efecto de las políticas públicas sobre la salud de la población; reconocer la contribución de otros sectores, además del sanitario, en la salud; fomentar las intervenciones de las políticas públicas que ejercen una influencia positiva en la salud y proteger la salud de la población de las consecuencias potencialmente negativas de las aplicaciones de las políticas públicas.

De aquí que deba valorarse las iniciativas de todos los departamentos del Gobierno —acuerdos de Gobierno, normas, proyectos, programas, etc.— que ejercen una influencia potencial más relevante sobre la salud de la población; promover activamente aquéllas

iniciativas susceptibles de mejorar el impacto desde una perspectiva intersectorial y elaborar una normativa para valorar el impacto en salud.

3.3.2. La información y la investigación

Como apoyo para llevar a cabo las actuaciones específicas de la mejor manera posible, conviene optimizar la generación y gestión de la información necesaria de una forma coordinada y, vista la situación de crisis económica y social, controlar los efectos que provoca sobre la salud, particularmente desde la perspectiva de la protección en las personas y los grupos más vulnerables. Finalmente, también conviene promover líneas de investigación aplicada que aprovechen los datos generados a propósito de las actuaciones y que mejoren el conocimiento sobre el impacto de estas intervenciones sobre la salud, para modificar, si procede, los proyectos en curso.

3.3.2.1. Optimizar el uso de los datos disponibles y garantizar la aplicación y la transparencia

Hay que seleccionar los datos relativos a los determinantes colectivos de la salud que actualmente generan todos los departamentos del Gobierno; homogeneizarlos de forma que puedan ser utilizados por parte de todos los implicados en el PINSAP y analizarlos para garantizar la utilidad práctica (para el diseño de las intervenciones y la evaluación de los resultados) en el desarrollo del PINSAP.

Esto comporta disponer del inventario de datos (con la colaboración del Idescat) de todos los departamentos del Gobierno y de las instituciones implicadas; elaborar los indicadores para la normativa sobre la valoración del impacto en salud (VIS) y los indicadores específicos para la evaluación de los efectos de las intervenciones sobre la salud, así como la publicación periódica de los datos.

3.3.2.2. Vigilar los efectos de la crisis sobre las desigualdades y la salud

Aunque algunos indicadores macroeconómicos muestran signos de recuperación, vista la gravedad y la profundidad de la crisis económica actual, está sobradamente justificada la creación de un dispositivo específico de refuerzo de la vigilancia epidemiológica que permita detectar con la máxima precocidad posible los efectos que ejerce esta crisis sobre la salud y, particularmente, identificar los determinantes sociales y colectivos de la salud afectados, de manera que se puedan neutralizar o, como mínimo, paliar lo antes posible.

Para detectar precozmente los efectos negativos sobre la salud, hay que diseñar los indicadores más pertinentes (cambios en los determinantes colectivos más relevantes; efectos

negativos más precoces); elaborar una línea de base de indicadores a los que haya que hacer el seguimiento; la recogida y el análisis de los datos y la publicación de informes periódicos y, si procede, inmediatos sobre los efectos negativos y propuestas de actuación. La Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña y el Observatorio de los Sistemas de Salud desempeñan un papel de liderazgo en este proyecto.

3.3.2.3. Impulsar la investigación

Vistas las dificultades y el escaso conocimiento sobre la influencia de los determinantes sociales y colectivos sobre la salud de la población, conviene mejorarlos. El PINSAP debe ser una oportunidad de generar datos e información de utilidad, tanto a partir de las experiencias concretas de cada una de las intervenciones, como del estudio de la estrategia interdepartamental e intersectorial global. Asimismo, la investigación comportaría un retorno operativo de los conocimientos para desarrollar políticas públicas que contribuyan a la promoción y a la protección de la salud colectiva.

Así pues, es preciso colaborar con los centros de investigación del país, garantizar el mantenimiento de las líneas actuales de investigación sobre determinantes colectivos y elaborar un inventario de los proyectos en marcha, así como fomentar nuevas líneas de investigación en este mismo ámbito y promover la cooperación en investigación en el ámbito internacional.

3.3.3. El compromiso intersectorial y entre las administraciones

El PINSAP plantea mejorar la eficacia, eficiencia y equidad de las intervenciones de las administraciones que afectan a la salud de la población; reducir las superposiciones y las interferencias entre las intervenciones de los diversos sectores de la Administración pública (autonómica y local) en Cataluña que afectan a la salud de la población y promover la coordinación intersectorial en el territorio mediante las administraciones locales.

Por ello, propone desarrollar la dimensión territorial (y local) de las intervenciones seleccionadas en el PINSAP; el diseño y la aplicación gradual del programa transversal de promoción y de protección de la salud comunitaria en el territorio, y la corresponsabilidad de las administraciones implicadas.

Por otra parte, la mayor parte de las intervenciones y el PINSAP en sí mismo implican el compromiso y el esfuerzo colectivo de todos los sectores de la sociedad, especialmente el sector productivo, y los agentes sociales.

3.3.4. La participación de la sociedad civil

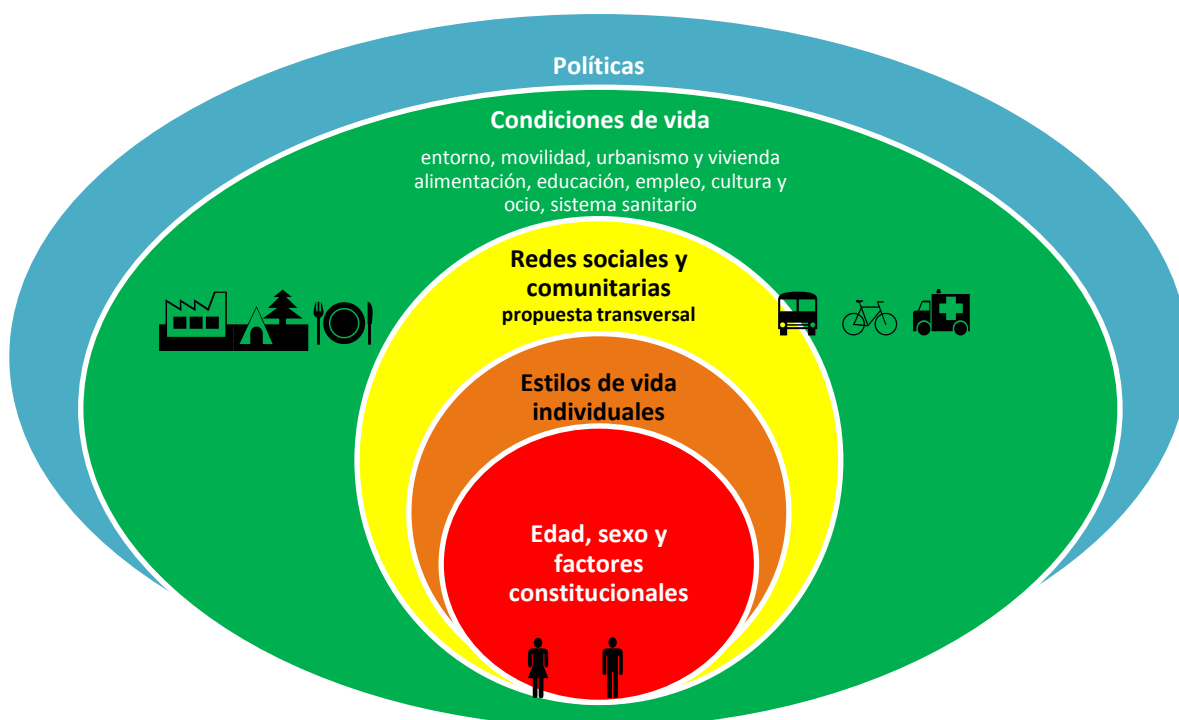
Sin la implicación de la sociedad civil no es posible el desarrollo de la “salud en todas las políticas”, de manera que conviene incrementar el apoderamiento social en el ámbito de las políticas públicas saludables y establecer una responsabilización proporcional en cuanto a la utilización de los servicios sanitarios públicos, así como la construcción conjunta de una sociedad más responsable y participativa con respecto a los determinantes colectivos de la salud y el bienestar asociado a la salud.

Todo ello requiere facilitar adecuadamente la información sobre el PINSAP y recoger sus eventuales aportaciones; diseñar conjuntamente la fase operativa del programa transversal (con las entidades del tercer sector y la Administración local); potenciar los planes de desarrollo comunitario y los planes de salud locales, y crear una plataforma compartida para el seguimiento del PINSAP.

4. LAS ACTUACIONES DEL PINSAP 2014-2015 EN EL HORIZONTE 2020

Las actuaciones priorizadas tienen en cuenta el modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead,⁴⁵ adaptado con las aportaciones referidas a las desigualdades sociales que influyen en la salud,⁴⁶ los efectos de la crisis en los ámbitos locales^{47, 48} y los criterios del Instituto de Salud Urbana de la Universidad Johns Hopkins. Como se ha explicado anteriormente, el grupo de trabajo ha adaptado el modelo a la situación actual de nuestro entorno.

43



Se ha tenido en cuenta el modelo de experiencias internacionales, como la de [California](#)⁴⁹ o la de [King's Fund](#).⁵⁰ La elección de las intervenciones propuestas ha considerado su factibilidad, dado que se trata de medidas que los departamentos del Gobierno responsables habían iniciado; la pertenencia con vistas a la protección y la promoción de la salud y el valor añadido que incorpora la selección como actividades del PINSAP en el horizonte 2020, porque amplía su alcance e intersectorialidad.

Se han planteado un conjunto de treinta ámbitos concretos de actuación interdepartamental e intersectorial para el horizonte 2020, agrupados en dos ejes y catorce ámbitos:

- Eje 1. Incrementar los años en buena salud de la población de Cataluña (promover una Cataluña más saludable)
- Eje 2 (global). Incorporar la salud en el diseño y la evaluación de las políticas públicas

Por otra parte, se plantean cinco retos —uno centrado especialmente en la salud mental— y que incluye algunas actuaciones universales y otras específicas en colectivos prioritarios o en situación de especial vulnerabilidad. Los retos son los siguientes:

- Disminuir la epidemia de exceso de **peso**, tanto en población infantil como adulta.
- Controlar las **infecciones**, con un énfasis especial en las de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana.
- Promover la **salud mental** y mitigar los efectos de la crisis sobre la salud.
- Reducir el impacto de las **adicciones**, sobre todo en personas jóvenes.
- Aglutinar y promover el esfuerzo del **país** para mejorar el entorno, las condiciones de vida y trabajo y el trabajo intersectorial y en red sobre los determinantes estructurales y sociales de la salud.

4.1. Movilidad y salud

Las políticas de movilidad y seguridad vial tienen un gran impacto sobre la sociedad, ya que contribuyen a hacer posible el desplazamiento de bienes y personas, y son una fuente destacada de crecimiento económico.

Durante la segunda mitad del siglo xx, los países desarrollados vivieron un crecimiento muy destacado del uso de los vehículos privados con motor de combustión interna (automóviles y motocicletas). A pesar de los efectos positivos que indudablemente tuvo el crecimiento del parque de vehículos y el uso intensivo en términos de movilidad, el desarrollo industrial y la inversión pública, un modelo de movilidad con una gran dependencia del vehículo privado a motor es insostenible desde el punto de vista energético y ambiental, y puede tener un impacto global negativo que desemboca en la reducción de la actividad física y el incremento de los niveles de contaminantes atmosféricos y del riesgo de lesiones.

Desplazarse habitualmente caminando, en bicicleta o en transporte público, en vez de hacerlo en un vehículo privado a motor, reduce las emisiones de contaminantes con un efecto perjudicial sobre la salud y aumenta los niveles de actividad física. Un nivel bajo de actividad física incrementa el riesgo de mortalidad por todas las causas en un 20-30%.⁵¹

Las lesiones no intencionadas, especialmente las derivadas de colisiones de tráfico, continúan siendo una de las principales causas de muerte prematura. Por cada defunción por tráfico en Cataluña, se producen unos 12 ingresos hospitalarios por lesiones, que frecuentemente provocan una discapacidad permanente. Las políticas de seguridad vial impulsadas en Cataluña en el período 2000-2010 redujeron la mortalidad en el 57%, y evitaron la muerte de cerca de 2.900 personas, 25.444 ingresos hospitalarios y unos 18.000 millones de euros de gasto para la sociedad.⁵²

La incidencia en la calidad del aire de las emisiones del ámbito del transporte terrestre y la movilidad se localizan en las zonas más próximas a la fuente de emisión que, por otra parte, es donde con carácter general vive la mayor parte de la población. Por dicho motivo, el tráfico urbano tiene una incidencia muy significativa en el aire que se respira, a la vista del diseño y la arquitectura de las ciudades de la Región Metropolitana de Barcelona, donde las vías se encuentran muy próximas a las viviendas, con las que generalmente forman bloques compactos de varios pisos de altura.

Este hecho también se refleja en los datos de la Red de Vigilancia y Previsión de la Contaminación Atmosférica, que presentan mayores valores en los puntos de medición urbanos clasificados como de tráfico intenso.

Un estudio del Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (CREAL) de 2013 muestra que las políticas de transporte para reducir los viajes en coche pueden producir importantes beneficios para la salud en términos de reducción de la morbilidad, en particular para aquellas personas que utilizan un sistema de transporte activo. El estudio plantea ocho escenarios de transporte diferentes y estima los resultados de morbilidad relacionados con la sustitución de los viajes en coche en el Área Metropolitana de Barcelona (3.231.458 habitantes). Así, la reducción del 40% en los viajes de larga duración (unos 6 kilómetros) en coche, y la sustitución por viajes en transporte público y en bicicleta, se traduce en una reducción anual de 127 casos de diabetes, 45 de enfermedades cardiovasculares, 30 de demencia, 16 heridos leves, 0,14 de lesiones graves, 11 de cáncer de mama y 3 de cáncer de colon, que asciende a una reducción total de 302 años de vida (ajustados por discapacidad) por año en los viajeros. Además, la reducción de la exposición a PM2.5 en la población general se traduce en una reducción anual de 7 casos de peso bajo al nacer, 6 de parto prematuro, 1 de enfermedad cardiovascular y 1 de infección de las vías respiratorias bajas.⁵³

Un estudio anterior del mismo grupo investigador había mostrado que el impacto del Bicing, el servicio de bicicletas públicas de Barcelona, equivale a salvar cada año 12 vidas y reduce la emisión de más de 9.000 toneladas de CO₂. El trabajo muestra que los beneficios para la salud de la actividad física que se realiza al montar en bicicleta dentro de la ciudad son mucho mayores que los riesgos por la contaminación del aire y las colisiones de tráfico. Se trata del primer estudio que cuantifica el impacto en la salud de la implantación del citado tipo de servicio, extendido en todo el mundo. En el caso del Bicing, en el año 2009 el 11% de la población de Barcelona se había abonado al servicio. El 68% de los viajes se realizaron para ir al trabajo o a la escuela, y el 37% de los usuarios combinó el Bicing con otro medio de transporte. La distancia media por día realizada en Bicing fue de 3,29 kilómetros, con una duración de unos 14,1 minutos.⁵⁴

La reducción del uso de los vehículos privados a motor en los desplazamientos cortos tendría efectos muy positivos en Cataluña en términos de la mejora de la fluidez del tráfico, la seguridad vial y la calidad del aire, que se traducirían también en un impacto favorable sobre la salud. Por ejemplo, se ha estimado que si una parte de los desplazamientos en automóvil con origen y destino en la ciudad de Barcelona fueran sustituidos por viajes en bicicleta o en transporte público, los efectos sobre la salud del incremento en la actividad física y la

reducción en la contaminación atmosférica permitirían evitar entre 58 y 117 defunciones anuales en la región de Barcelona.⁵⁵ También se ha estimado que, si todas las personas residentes en Cataluña que no siguen la recomendación de realizar el equivalente a 30 minutos diarios de actividad física y efectúan desplazamientos en automóvil de una duración inferior a 5 minutos realizaran al menos uno de estos viajes diarios a pie, el impacto sobre su salud se traduciría en la reducción de 188 defunciones anuales y un beneficio económico de casi 210 millones de euros anuales.⁵⁶

Las políticas de transporte y de salud pública tienen numerosos objetivos coincidentes, como los que ha seleccionado la Organización Mundial de la Salud,⁵⁷ resumidos en:

- **Desarrollo económico sostenible:** los sistemas de transporte sostenible contribuyen al desarrollo y, al mismo tiempo, minimizan los impactos negativos potenciales.
- **Seguridad:** los sistemas de transporte sostenibles mejoran la seguridad.
- **Accesibilidad:** los sistemas de transporte tienen que asegurar que todos pueden acceder a ellos (sin barreras).
- **Sostenibilidad ambiental:** los sistemas de transporte promueven opciones de transporte sostenibles ambientalmente.
- **Comunidades y formas de vivir sostenibles:** los sistemas de transporte sostenibles promueven formas de movilidad que facilitan la mejora de la calidad de vida.

La Organización de las Naciones Unidas ha proclamado el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020, con el objetivo de avanzar en el ámbito mundial por la reducción del número de defunciones por tráfico para el año 2020. Igualmente, la Unión Europea se ha planteado para este período una reducción del 50% de las defunciones por tráfico.

La Organización de las Naciones Unidas ha proclamado el período 2011-2020 Decenio de Acción para la Seguridad Vial, con el objetivo de avanzar a escala mundial en la reducción del número de defunciones por tráfico. Igualmente, la Unión Europea se ha planteado para el citado período una reducción del 50% de las defunciones por tráfico.

El Servicio Catalán de Tráfico ha elaborado el Plan estratégico de seguridad vial en Cataluña para el año 2020, en que el objetivo es también una reducción del 50% de víctimas mortales con respecto a las víctimas del año 2010, con el horizonte puesto en la "visión cero", es decir, cero víctimas mortales y heridos graves con secuelas de por vida en el año 2050. El Plan estratégico de seguridad vial 2014-2020 tiene como objetivos estratégicos:

- Proteger a los usuarios de la movilidad y controlar eficazmente las conductas de riesgo.
- Impulsar un espacio continuo de seguridad vial (zonas urbanas y zonas interurbanas).
- Involucrar y coordinar entidades públicas y privadas en la mejora de la movilidad segura.
- Disponer de las estructuras, instrumentos y mecanismos de gestión de seguridad vial que permitan la consecución de resultados.
- Facilitar el aprendizaje de la movilidad segura a lo largo del ciclo vital.

- Promover la búsqueda, desarrollo e investigación aplicados a la seguridad vial.

Como se verá en el apartado sobre el entorno, el Plan de mejora de la calidad del aire en el horizonte 2015 que impulsa el Departamento de Territorio y Sostenibilidad tiene el objetivo de restablecer los niveles de calidad del aire de los denominados contaminantes de ciudad (dióxido de nitrógeno y partículas en suspensión PM10) en 40 municipios de la Región Metropolitana de Barcelona donde se superan los valores límite que determina la legislación europea.

Los datos del inventario de emisiones para esta zona constatan que el sector con una contribución más importante con respecto a emisiones es el del transporte terrestre. Dicha contribución todavía es mayor en las zonas urbanas. Por ello, el Plan de mejora de la calidad del aire en el horizonte 2015 establece medidas para disminuir el impacto de este ámbito, orientadas a reducir el número de vehículos que circulan, así como a incentivar el uso de vehículos que generan menos contaminantes de ciudad. Dichas acciones se tienen que implementar prioritariamente en las zonas urbanas.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

- Refuerzo de las políticas de seguridad vial, con atención especial a la seguridad de peatones y ciclistas en los entornos urbanos.
- Promoción del transporte activo (desplazamientos a pie, en transporte público y en bicicleta) mediante carriles bici, servicios de bicicletas comunitarios, aparcamiento de bicicletas, aceras amplias, semáforos adaptados a personas con discapacidad, eliminación de barreras arquitectónicas.
- Potenciar, incentivar e impulsar el transporte público, urbano e interurbano. Para conseguirlo, hay que trabajar impulsando las siguientes medidas:
 - Tránsito modal hacia el transporte público por carretera por medio de la mejora de la oferta y la intermodalidad en el marco del Plan de transporte de viajeros de Cataluña (PTVC) y del Plan director de infraestructuras de la Región Metropolitana de Barcelona (PDI).
 - Tránsito modal hacia el transporte público ferroviario por medio de la mejora de la oferta y la intermodalidad en el marco del Plan director de infraestructuras de la Región Metropolitana de Barcelona (PDI) y del Plan de transporte de viajeros de Cataluña (PTVC).
 - Tránsito modal hacia el transporte público por medio de la creación y promoción de aparcamientos disuasorios, con el objetivo de alcanzar un tránsito modal hacia servicios de transporte público de gran capacidad, especialmente los ferroviarios, facilitando el aparcamiento en una estación próxima al punto de origen del desplazamiento.
 - Tránsito modal hacia el transporte público mediante la oferta de títulos sociales, con el objetivo de garantizar la accesibilidad al transporte público en toda la

población con títulos sociales que atraigan a usuarios hacia a este tipo de transporte y eviten el uso ineficiente del vehículo privado.

- Favorecer el intercambio modal, la diversificación energética y el uso racional del vehículo privado.
- Fomentar la ambientalización del parque de vehículos.
- Continuar regulando la seguridad vial, así como la gestión dinámica de la velocidad para reducir la congestión.
- Diseño del espacio público que facilite circular y proteja al peatón y al ciclista (red de carril bici), así como el impulso de la bicicleta en la movilidad cotidiana en el marco del Plan director de movilidad de la Región Metropolitana de Barcelona (pdM), en que se definen un conjunto de aspectos relacionados con la planificación de la movilidad con bicicleta que es necesario que sean considerados en los planes de movilidad urbana (PMU).
- Fomentar la elaboración de los planes de movilidad urbana (PMU).
- Generar un modelo de transporte adaptado y asistido que facilite el acceso a los servicios de atención diurna a las personas con dependencia y discapacidad, con el fin de favorecer el mantenimiento de las personas en su entorno socioafectivo y comunitario, y potenciar el mantenimiento de las redes naturales de relación (familia, amistades, etc.).

Área de actuación interdepartamental e intersectorial del PINSAP

- Promover la movilidad activa (caminando: aceras, caminos escolares; montando en bicicleta: carriles bici, servicios comunitarios de bicicleta, vías verdes, etc.) tanto en la actividad cotidiana como en el ocio. Integrar los conceptos de salud y seguridad en el diseño y los planes de movilidad.

Buena práctica

Plan estratégico de seguridad vial en Cataluña

Las lesiones no intencionadas, especialmente las derivadas de colisiones de tráfico, continúan siendo una de las principales causas de mortalidad prematura. Por cada defunción por tráfico en Cataluña, se producen unos 12 ingresos hospitalarios por lesiones, que frecuentemente ocasionan una discapacidad permanente. Las políticas de seguridad vial impulsadas en Cataluña en el periodo 2000-2010 consiguieron una reducción de la mortalidad del 57% y un ahorro de cerca de 2.900 muertes, 25.444 ingresos hospitalarios y unos 18.000 millones de euros de gastos para la sociedad.

El Servicio Catalán de Tráfico ha elaborado el **Plan estratégico de seguridad vial en Cataluña para el año 2020**, en que se plantea una reducción del 50% de víctimas mortales con respecto a las víctimas del año 2010, con el horizonte puesto en la "visión cero", es decir, cero víctimas mortales y heridos graves con secuelas de por vida en el año 2050. El Plan estratégico de seguridad vial 2014-2020 tiene como objetivos estratégicos:

- Proteger a los usuarios de la movilidad y control eficaz de las conductas de riesgo.
- Impulsar un espacio continuo de seguridad vial (zonas urbanas y zonas interurbanas).
- Involucrar y coordinar entidades públicas y privadas en la mejora de la movilidad segura.
- Disponer de las estructuras, instrumentos y mecanismos de gestión de seguridad vial que permitan la consecución de resultados.
- Facilitar el aprendizaje de la movilidad segura a lo largo del ciclo vital.
- Promover la búsqueda, desarrollo y la investigación aplicadas a la seguridad vial.

4.2. Alimentación y salud

Aunque una parte importante de la población mundial experimenta dificultades para acceder a los alimentos más básicos (se estima que la desnutrición es la responsable del 35% de las muertes de menores de 5 años a escala mundial), el sobrepeso y la obesidad representan un problema muy importante en la mayoría de los países de rentas altas. En Cataluña, el exceso de peso de la población afecta a 1 de cada 2 adultos y a 4 de cada 10 niños, especialmente en los grupos sociales más desfavorecidos, y este hecho se relaciona con la accesibilidad a alimentos procesados muy energéticos y con el sedentarismo. Sin embargo, la crisis económica parece incrementar, también en los países más ricos, la proporción de personas que no tienen acceso a una alimentación suficiente entre los grupos más desfavorecidos.

Otro problema que hay que considerar es la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, en los que tienen influencia, entre otros factores, la imagen y la moda, especialmente en algunos grupos de edad y sexo, como las chicas adolescentes.

En Cataluña, la industria agroalimentaria tiene un papel muy importante en el complejo industrial, al cual contribuye en más de un 20% y con unas ventas anuales netas superiores a los 18.000 millones de euros. Es un sector que da empleo a más de 75.000 personas (Plan de seguridad alimentaria 2012-2016).⁵⁸

Una parte fundamental de las políticas del Gobierno de la Generalitat de Cataluña en materia de alimentación –recogidas en el Plan de seguridad alimentaria de Cataluña 2012-2016– están enfocadas a garantizar la seguridad de los alimentos que se producen y se consumen en Cataluña; pero para poder introducir mejoras en la alimentación de la población catalana (una alimentación variada y equilibrada, rica en frutas y verduras, aceite de oliva y frutos secos, y baja en azúcares refinados), es indispensable una acción coordinada de las políticas de salud pública, agricultura, ganadería y pesca. El seguimiento de una alimentación saludable tiene un efecto muy positivo sobre la salud; se ha observado, por ejemplo, que el incremento del consumo diario en una ración de fruta y/o verdura (80 gr) reduce un 4% la mortalidad por cardiopatía isquémica.⁵⁹

Cataluña, como todo el Mediterráneo, se caracteriza por una oferta alimenticia amplia y variada, sobre todo la relacionada con la dieta mediterránea. Además, se dispone de una cadena de distribución que incluye establecimientos minoristas que ponen al alcance de la población una oferta alimenticia de proximidad. El conjunto de los mercados, supermercados y comercios de proximidad de Cataluña hacen accesible a la población de todo el territorio el consumo de alimentos seguros y saludables.

También en Cataluña existe una excelente tradición culinaria que se plasma en la calidad de su cocina familiar, que se ha transmitido hasta ahora de generación en generación, y también en el nivel de los establecimientos de restauración.

Partiendo de la base de que no hay alimentos malos por sí mismos, sino que se trata de seguir una alimentación saludable, es muy importante que acceder a los alimentos saludables sea más fácil que a los alimentos que se tendrían que consumir sólo ocasionalmente.

La globalización del comercio produce un aumento de la diversidad de la oferta de alimentos puestos a disposición del consumidor final, pero también comporta la introducción de nuevos peligros que deben controlarse. La ingesta de alimentos contaminados por agentes biológicos o fisicoquímicos repercute de forma directa en la salud de la población. Las consecuencias de dichos riesgos pueden afectar a grandes poblaciones o también alejadas del lugar donde han sido producidos los alimentos, y sus efectos observarse a corto, a medio o a largo plazo. Los riesgos químicos se relacionan con exposiciones crónicas y efectos a largo plazo, en los que resulta difícil establecer correlaciones directas entre enfermedades y su causa. Los riesgos biológicos se asocian normalmente a consecuencias próximas y a corto plazo, y dan lugar a las llamadas toxiinfecciones alimentarias (TIA) que acostumbran a presentarse en forma de brotes epidémicos, de los cuales más del 80% se asocian a ámbitos concretos de las fases finales de la cadena alimentaria. De acuerdo con los datos del [Butlletí Epidemiològic de Catalunya](#) del año 2009, los principales agentes causales de toxiinfecciones alimentarias son *Salmonella* (30,8% de los brotes), *Norovirus* (17,6%), *Clostridium perfringens* (5,8%) y *Staphylococcus aureus* (5,8%). Con respecto a los alimentos vehiculadores, el pescado y el marisco (17,6%) fueron los más frecuentes, seguidos de la mayonesa y otros ovoproductos (16,6%), las carnes y los embutidos (7,3%), y la pasta (7,3%).

De los 1.415 patógenos humanos conocidos en el mundo, el 61% son zoonóticos y, por lo tanto, tienen relación directa con las actividades de la salud pública veterinaria.⁶⁰ La OMS⁶¹ define las zoonosis como "aquellas enfermedades e infecciones que se transmiten, de forma natural, entre los animales vertebrados y el hombre." Esta definición es muy amplia porque incluye infecciones que el hombre adquiere de los animales, enfermedades producidas por agentes no infecciosos como las toxinas o los tóxicos e infecciones que los animales adquieren del hombre. La disminución de la incidencia de las zoonosis y de los agentes zoonóticos para prevenir infecciones requiere seguir un planteamiento pluridisciplinar.

Para prevenir la aparición de problemas de salud asociados con los riesgos alimentarios es necesario asegurar el cumplimiento de condiciones correctas por parte de todos los agentes relacionados con la cadena alimentaria y al mismo tiempo evaluar la existencia final de riesgos en los alimentos que se encuentran en el mercado. Actualmente, la organización de los controles oficiales de los alimentos que se entregan al mercado tiene en cuenta los requerimientos surgidos de la globalización del mercado de los alimentos, de forma que se toma en consideración que se comercializan en Cataluña alimentos de multitud de procedencias que llegan a los puntos de venta en muy poco tiempo y, en muchos casos, con una vida útil muy breve para su comercialización, así como la producción de alimentos que se destinan a países o lugares situados a muchos kilómetros de distancia. El Departamento de Salud lleva a cabo programas de vigilancia y control sanitarios de los establecimientos alimentarios en fases posteriores a la producción primaria –incluidos los establecimientos de exportación– y de los alimentos comercializados en Cataluña para comprobar que los operadores económicos cumplen los requisitos sanitarios necesarios, y verificar los niveles de

contaminantes en los alimentos, con la finalidad de prevenir, eliminar o reducir a niveles aceptables los riesgos para la salud de las personas.

La acción coordinada de las políticas agroalimentarias y de salud pública puede contribuir a proteger y promover la salud a través de la alimentación, en línea con los siguientes objetivos:⁶²

- Incrementar el consumo de alimentos saludables, principalmente frutas y hortalizas, aceite de oliva y frutos secos.
- Potenciar el consumo de productos de temporada y de proximidad.
- Promover la alimentación saludable en puntos de venta y restauración.
- Reducir el consumo de productos de bajo valor nutricional.
- Garantizar el acceso a una alimentación básica adecuada.
- Promover la seguridad alimentaria.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

- Impulso del consumo de frutas y verduras de proximidad y de temporada; por ejemplo, en el entorno escolar con el proyecto "En la escuela la fruta entra sola", en que participan los departamentos de Agricultura, Enseñanza y Salud y está cofinanciado por la Unión Europea.
- Favorecer el acceso a frutas y hortalizas a precios bajos (IVA reducido).
- Ayudas a las redes de distribución de proximidad.
- Plan integral para la promoción de la salud a través de la actividad física y la alimentación saludable, de la Agencia de Salud Pública del Departamento de Salud, que incluye más de 65 acciones en los ámbitos escolares, comunitario, laboral y sanitario. Entre las cuales figuran la revisión de menús escolares y el proyecto AMED de establecimientos promotores de alimentación mediterránea.
- Proyectos de ayuda a la toma de decisión en puntos de venta y establecimientos de restauración.
- Promoción de la oferta de menús saludables en los comedores escolares y otros comedores colectivos.
- Acciones orientadas a garantizar las necesidades alimenticias básicas a todas las personas que no disponen de los recursos necesarios para alimentarse suficientemente, especialmente centradas en los niños y mujeres embarazadas: Mesa de distribución solidaria de alimentos, actuaciones contra el despilfarro de alimentos, actuaciones de prevención de los trastornos de la nutrición, etc.
- Información sobre cómo se puede mantener una alimentación saludable y segura con un presupuesto limitado, y difusión entre los colectivos con riesgo de problemas en la alimentación (por ejemplo, el proyecto "Comer sano con menos dinero").
- Colaboración con las entidades del tercer sector para que las ayudas a personas en situación de pobreza se ajusten al máximo a las necesidades alimenticias.
- Potenciación del consumo de alimentos saludables (aceite de oliva, frutos secos, pescado azul).
- Potenciación del uso de parques naturales.
- Potenciación de las actuaciones intersectoriales orientadas a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, con una atención adecuada a las especificidades de género (Mesa de trastornos de la conducta alimentaria).

Áreas de actuación interdepartamental e intersectorial del PINSAP

- Ampliar la disponibilidad de alimentos saludables potenciando la opción de fruta en las comidas en los establecimientos de restauración.
- Impulsar la calidad sanitaria como criterio de prestigio de los alimentos producidos en Cataluña y destinados al mercado internacional.
- Prevenir los trastornos de la nutrición infantil protocolizando la actuación coordinada de los servicios sociales, de Enseñanza y de Salud.
- Ampliar el acceso a una alimentación saludable y mediterránea en comedores laborales, mediante el proyecto AMED, priorizando los del Sistema sanitario integral de utilización pública (SISCAT).

Buena práctica

"En la escuela la fruta entra sola"

Es una iniciativa de la Unión Europea, que en Cataluña se hace efectiva a través de la coordinación de los departamentos de Agricultura, Salud y Enseñanza de la Generalitat de Cataluña. Consiste en la distribución gratuita de fruta fresca a los escolares. Se inició en el año 2009.

Los objetivos son:

- Ofrecer fruta gratuita en los desayunos y/o meriendas desde el centro escolar con el fin de aumentar su grado de aceptación y fidelizar el consumo de frutas entre los escolares y sus familias.
- Informar sobre los beneficios del incremento del consumo de frutas y verduras, su diversidad, sus características, su producción, su estacionalidad...
- Proponer la fruta como una excelente alternativa al consumo de otros alimentos con menor calidad nutricional.

Durante una semana de cada mes, se distribuye fruta seleccionada (en función de la estacionalidad, la proximidad de producción, la calidad...).

La fruta se distribuye entre los niños y niñas de ciclo inicial y de ciclo medio (1º, 2º, 3º y 4º de primaria) para que la consuman durante el desayuno y/o la merienda, y dentro del recinto de la escuela.

Se facilita a las escuelas un calendario de los productos y semanas en que se realizará su distribución, así como unas fichas con información sobre las características más destacables de los productos seleccionados, a fin de que informen de ello a las familias. Los centros educativos desarrollan actividades complementarias al consumo de fruta.

4.3. Entorno y salud

El entorno es un conjunto de influencias físicas, químicas y biológicas que interaccionan con las personas y producen efectos sobre la salud. El entorno puede tener efecto, también, sobre las generaciones futuras. En Europa se considera que es el determinante decisivo de las enfermedades y se estima que es el responsable de casi el 20% de las muertes que se producen.⁶³ Los principales problemas de salud ambiental están relacionados con la contaminación del aire exterior e interior, la calidad deficiente del agua y el saneamiento, y los productos químicos.

54

Los efectos sobre la salud incluyen enfermedades respiratorias y cardiovasculares, cánceres, asma y alergias, así como disfunciones en la reproducción y el neurodesarrollo. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que el hecho de establecer vínculos causales entre unos determinados factores ambientales y los efectos perjudiciales en la salud plantea muchas dificultades, a causa de la variación del tipo de carga ambiental (mezclas de contaminantes a las cuales se puede estar expuesto cotidianamente), las diferentes vías de exposición, la diversidad de la población, la variabilidad genética, la diversidad de tipo de efectos, a corto o largo plazo, etc.

La contaminación atmosférica es uno de los principales riesgos ambientales para la salud. Se estima que la contaminación del aire urbano provoca 1,3 millones de muertos al año en el mundo.⁶⁴ De entre los contaminantes que generan más preocupación en las aglomeraciones urbanas destacan las partículas en suspensión (PM) y los óxidos de nitrógeno (NO_x). La presencia de ozono troposférico (O₃) también tiene incidencia sobre el medio ambiente y la salud de las personas, dado que su concentración puede llegar a niveles elevados en diferentes zonas del territorio, a menudo rurales, que reciben las emisiones de los contaminantes precursores del ozono procedentes de las áreas de concentración. En Europa se estima que aproximadamente el 1-3% de las muertes por enfermedades cardiorrespiratorias y el 2-5% de las muertes por cáncer de pulmón son atribuibles a las PM, y que en el año 2010 los niveles anuales de PM_{2,5} representaron 3,1 millones de muertes y alrededor del 3,1% de años de vida ajustados por discapacidad. La exposición a PM_{2,5} reduce la esperanza de vida de la población en torno a 8,6 meses por término medio.

Asimismo, se estima que la mortalidad diaria por todas las causas aumenta en un 0,2-0,6% por 10 µg/m³ de PM₁₀ y que la exposición a largo plazo a PM_{2,5} se asocia con un incremento de riesgo a largo plazo de mortalidad cardiopulmonar del 6-13% por 10 µg/m³ de PM_{2,5}. Los grupos con enfermedades pulmonares o del corazón preexistentes, así como las personas de edad avanzada y los niños, son especialmente vulnerables a ello. No existe evidencia de un nivel seguro de la exposición o de un umbral por debajo del cual no se produzcan efectos adversos para la salud.⁶⁵ La reducción de los niveles de contaminación del aire puede permitir reducir la carga mundial de morbilidad por infecciones respiratorias, enfermedades del corazón y cáncer de pulmón. Esta reducción requiere acciones de las autoridades de diferentes ámbitos: medio ambiente, industria, transporte, ordenación del territorio, salud pública, vivienda y energía.

El cambio climático está produciendo un aumento gradual de temperaturas medias (calentamiento global) y cambios importantes en todos los elementos del sistema atmosférico y de sus patrones. Los citados cambios afectan con más intensidad a determinadas áreas del planeta, entre las cuales está el área mediterránea. Las temperaturas extremas del aire contribuyen directamente a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, sobre todo entre las personas de edad avanzada. En un estudio realizado por el Centro de Investigación de Epidemiología Ambiental (CREAL) sobre las olas de calor y las causas específicas de mortalidad en todas las edades,⁶⁶ se observó que tres días calurosos consecutivos producían un aumento relativo de la mortalidad diaria total de un 19%, y se calculó que el 1,6% de todas las muertes fueron atribuibles al calor. Asimismo, se determinó que en los bebés la primera semana de vida es la ventana más crítica de vulnerabilidad.

Los productos químicos tienen un papel vital en nuestra vida diaria. Muchos productos químicos, cuando se utilizan correctamente, contribuyen de forma significativa a la mejora de nuestra calidad de vida, nuestra salud y nuestro bienestar. No obstante, otros productos químicos son peligrosos y pueden afectar negativamente a nuestra salud y al medio ambiente cuando son usados inadecuadamente. Existen más de 100.000 sustancias químicas contaminantes. El plomo o el mercurio, de conocida afectación sobre la salud, se pueden encontrar, en determinados casos, en el agua de consumo, en alimentos o formante parte de artículos y productos varios. Por otra parte, los contaminantes pueden derivar también de emisiones o residuos industriales. Las políticas actuales europeas de evaluación, autorización, registro y restricciones de comercialización y uso de las sustancias químicas son herramientas básicas de prevención de los riesgos para la salud de la población. Asimismo, un importante conjunto de normas sanitarias y ambientales establecen valores y límites máximos para diferentes compuestos químicos en el aire, agua y suelo, con el objetivo final de proteger la salud de la población y el medio ambiente.

La gestión de los residuos, tanto de los municipales como de los especiales –ya sea directa o indirectamente a través de la contaminación de suelos, acuíferos o del aire– se está gestionando en Cataluña de forma satisfactoria. En veinte años se han clausurado y saneado 3.000 vertederos que no reunían las condiciones y se han construido 1.500 nuevas instalaciones de gestión. La Ley 6/1993 reguladora de residuos, puesta al día por el Decreto legislativo 1/2009 (texto refundido), regula el ciclo completo de gestión de residuos en Cataluña y fija los sistemas de gestión y su financiación. Se tiene que destacar la eficacia de los sistemas integrados de gestión de residuos, que se aplican en sectores específicos, como en el caso de los residuos sanitarios o el control total de los residuos industriales.

Se estima que más de un tercio de la carga de enfermedad en los niños es atribuible a factores de riesgo ambiental.⁶⁷ Los niños son un grupo de población especialmente vulnerable, dado que se encuentran en fase de desarrollo, por lo cual su capacidad para degradar y eliminar los tóxicos es menor, por el hecho de tener un peso inferior a los adultos y por su comportamiento, que puede implicar, en determinados casos, más riesgo de exposición (meterse las manos en la boca o desplazarse por el suelo).

La inhalación de aerosoles contaminados por la bacteria de la legionela puede producir la enfermedad de la legionelosis, que afecta a las vías respiratorias. Su origen se encuentra en edificios e instalaciones con características estructurales incorrectas o con un deficiente mantenimiento sanitario. El establecimiento de requisitos técnicos de las instalaciones de riesgo y el seguimiento de su cumplimiento son importantes para evitar los casos y brotes producidos por este agente infeccioso.

Las políticas públicas de protección de la naturaleza y el paisaje, de gestión forestal sostenible o de control de la contaminación lumínica en espacios abiertos tienen repercusiones positivas en la salud humana, mientras que fenómenos de degradación del entorno natural, como la deforestación o la destrucción del paisaje, especialmente si es a causa de un incendio forestal, tienen repercusiones negativas.⁶⁸ El año 2008 se acuñó el término "síndrome de déficit de naturaleza"⁶⁹ para describir el conjunto de síntomas relacionados con los efectos negativos derivados del distanciamiento de los entornos naturales: déficit de atención e hiperactividad, ausencia de creatividad y curiosidad, analfabetismo natural, falta de conexión e identidad con el entorno, individualismo y escaso sentimiento de comunidad. Entre los principales efectos positivos sobre la salud física de la frecuentación de espacios naturales se puede destacar: disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, disminución del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, producción de vitamina D, recuperación de enfermedades y aumento de la respuesta inmune. La declaración de los espacios como espacios naturales protegidos (ENP) comporta su gestión conservacionista con programas específicos, y es especialmente relevante en espacios periurbanos y amenazados.

El ruido es un contaminante susceptible de afectar a la salud de las personas y su calidad de vida. Los estudios epidemiológicos muestran bastante evidencia sobre la relación entre exposición al ruido ambiental y los efectos adversos sobre la salud. Por este motivo, la contaminación acústica es considerada no sólo una molestia ambiental sino también un problema de salud pública. Puede causar problemas de salud a corto y largo plazo, como alteraciones del sueño, efectos cardiovasculares, deterioro cognitivo, problemas de audición, etc.⁷⁰ Se ha estimado que alrededor del 20% de la población de la Unión Europea, cerca de 80 millones de personas, está expuesta a niveles de ruido considerados inaceptables, es decir, que pueden producir molestias, alteraciones del sueño y efectos adversos para la salud.⁷¹ Asimismo, se ha estimado una carga total de enfermedad debida al ruido ambiental en los países del oeste de Europa de 61.000 años por enfermedad isquémica y de 45.000 años por deterioro cognitivo en niños y jóvenes de entre 7 y 19 años.⁷² El cumplimiento de los umbrales de ruido ambiental establecidos, así como ciertas pautas de comportamientos individuales, permiten reducir la exposición global de las personas al ruido.

Desde hace tiempo son conocidos los beneficios de la luz solar para sincronizar los ritmos biológicos de los humanos y producir vitamina D en la piel. Sin embargo, una larga exposición a ésta puede ser perjudicial para la salud si no se adoptan algunas precauciones. Por otra parte, la exposición a la luz artificial durante la noche puede alterar el reloj biológico natural y ello puede producir alteraciones de los ritmos circadianos de los humanos, y afectar al descanso y el ciclo del sueño. Asimismo, las radiaciones ultravioleta, azules e infrarrojas pueden producir daños en la retina, la córnea o cataratas.

De acuerdo con los conocimientos científicos actuales, no existe evidencia de una relación directa de causa a efecto entre campos electromagnéticos y salud, pero tampoco se tiene evidencia de que no exista. Organismos internacionales están estudiando desde hace años esta temática, y la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) la ha clasificado en el grupo 2 B, que reúne los "posibles carcinógenos", por lo cual se aconseja continuar los estudios sobre el tema. Siguiendo el principio de precaución, en varios países europeos se empiezan a aplicar protocolos consistentes en medir niveles e informar a la ciudadanía; al mismo tiempo, los responsables en dicha materia realizan un seguimiento de las investigaciones científicas que se están llevando a cabo.

Sólo con la colaboración entre los diferentes sectores implicados se puede proteger la salud de la contaminación del medio: la comunidad científica, con el estudio y evaluación de los peligros, riesgos y medidas de sustitución; las administraciones, con el establecimiento de normas, guías, recomendaciones, políticas informativas y de sensibilización, control de los agentes implicados y gestión del riesgo, siguiendo el principio de precaución en caso de incertidumbre, y los sectores industriales y de servicios, cumpliendo los criterios y normas e impulsando mejoras. Con respecto a los ciudadanos, hay que promover comportamientos saludables, como la ventilación adecuada de espacios cerrados, la higiene y buena conservación de edificios, la racionalización del uso de productos químicos o evitar las exposiciones innecesarias o inadecuadas (al ruido, por ejemplo).

La Organización Mundial de la Salud para Europa, junto con los responsables de la salud y medio ambiente de los estados miembros de la Región Europea, en la última Conferencia Ministerial sobre el Medio Ambiente y la Salud celebrada en Parma en marzo de 2010, acordaron intensificar los esfuerzos en:^{73,74}

- Los efectos del cambio climático sobre la salud y el medio ambiente.
- Los riesgos para la salud de los niños y de otros grupos vulnerables derivados de condiciones ambientales, de trabajo y de vida precarias (en particular, la falta de agua y saneamiento).
- Los efectos de las desigualdades socioeconómicas y de género en el entorno humano y la salud, amplificados por la crisis financiera.
- La carga de las enfermedades no transmisibles, en la medida que se puede reducir a través de políticas adecuadas en áreas como el desarrollo urbano, el transporte, la seguridad alimentaria y la nutrición, y los ambientes laboral y de vida.
- Las inquietudes suscitadas por las sustancias químicas nocivas persistentes, disruptores endocrinos y bioacumulativos, nanopartículas, así como por problemas emergentes.
- Recursos insuficientes en algunas partes de la Región Europea de la OMS.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

Las principales líneas de actuación que actualmente se llevan a cabo en coordinación entre varios departamentos u organismos de la Generalitat son las siguientes:

- **Acciones para la mejora de la calidad de las aguas.** El Departamento de Salud lleva a cabo programas de vigilancia y control sanitarios del suministro de agua de consumo humano. Por otra parte, la Agencia Catalana del Agua (ACA) realiza el control del agua del medio natural y fomenta mejoras en los abastecimientos públicos, dando apoyo a los ayuntamientos. Ambos departamentos trabajan de forma coordinada, con el fin de impulsar y priorizar las acciones de mejora de la calidad del agua de consumo humano de los suministros públicos que sean más adecuados. Con respecto a la problemática de exceso de nitrógeno de origen agrario en masas de agua y su repercusión, en determinadas zonas, en los niveles elevados de nitratos en las aguas de consumo, se está trabajando también con la ACA y el Departamento de Agricultura, Ganadería, Pesca, Alimentación y Medio Natural para la definición de las zonas vulnerables, en las cuales se aplican varias medidas para reducir su presencia. Asimismo, se establece coordinación entre los citados departamentos con respecto al control y seguimiento de plaguicidas en aguas de consumo humano y alimentos. Por otra parte, ante nuevas concesiones de agua de consumo o modificaciones de las existentes, así como de vertidos y concesiones de reutilización de aguas residuales regeneradas, la ACA, o la Confederación Hidrográfica del Ebro, si procede, solicita al Departamento de Salud el informe sanitario pertinente y se trabaja conjuntamente en la definición de criterios. Con respecto a la calidad de las aguas de baño, es necesario seguir impulsando el Plan de vigilancia de la calidad de las playas y aguas litorales, que coordina la ACA, con la colaboración de los ayuntamientos y la participación del Departamento de Salud en la comisión de seguimiento.
- En el marco de la evaluación de la **calidad del aire en Cataluña**, el Departamento de Territorio y Sostenibilidad dispone del instrumento principal que es la **Red de Vigilancia y Previsión de la Contaminación Atmosférica**. La Red es un complejo sistema de detección y gestión para obtener información sobre los niveles de concentración de los principales contaminantes atmosféricos. El marco legal para la gestión de la calidad del aire ambiental ya establece la necesidad de reducir los niveles de contaminación atmosférica que limiten al mínimo sus efectos perjudiciales a la salud; en este sentido, la evaluación de la calidad del aire se realiza de forma general con la determinación de contaminantes como el dióxido de nitrógeno, el dióxido de azufre, las partículas en suspensión PM10 y PM2.5, el monóxido de carbono, el ozono troposférico, el benceno, los hidrocarburos aromáticos policíclicos y los metales pesados. El 18 de diciembre de 2013, la Comisión Europea ha adoptado, en el marco de las nuevas medidas para mejorar la calidad del aire, un nuevo programa denominado "Aire limpio" para garantizar que se cumplan los objetivos de calidad del aire a corto plazo y ha identificado la mala calidad del aire como una de las primeras causas medioambientales de muertes prematuras en la UE. Con respecto a la gestión y evaluación de la calidad del aire en Cataluña, destacan dos de las actuaciones que lleva a cabo el Departamento de Territorio y Sostenibilidad:

- Por una parte, con respecto al dióxido de nitrógeno (NO_2), las partículas en suspensión (PM_{10}), el ozono (O_3) y otros contaminantes con efectos sobre la salud que son contaminantes atmosféricos locales, a diferencia de la contaminación producida por otros agentes más globales, como los gases con efecto invernadero, que pueden tener una afectación sobre el comportamiento del clima planetario. Los primeros tienen un radio de afectación de poca extensión territorial, pero pueden suponer una afectación directa sobre la salud de las personas. El componente local de afectación sobre la salud de los citados contaminantes hace que las acciones a emprender tengan que realizarse en el mismo ámbito donde se producen las emisiones de contaminantes. El Plan de actuación para la mejora de la calidad del aire en el horizonte 2015 que impulsa el Gobierno de la Generalitat de Cataluña tiene como objetivo alcanzar los valores límite de calidad del aire para estos dos contaminantes fundamentalmente urbanos. Atendiendo a la evolución de los datos de calidad del aire y a la normativa europea y catalana sobre protección del ambiente atmosférico, en fecha 23 de mayo de 2006, el Gobierno de la Generalitat aprobó el Decreto 226/2006 y, posteriormente, el 31 de julio de 2012 mediante el Acuerdo de Gobierno 82/2012, se declararon 40 municipios de la Región Metropolitana de Barcelona "zonas de protección especial" del ambiente atmosférico para los contaminantes dióxido de nitrógeno y partículas en suspensión PM_{10} . El citado Plan de actuación prevé las acciones mínimas que se tienen que implantar con el objetivo de mejorar la calidad del aire que respira la población. Hay que tener presente que estas medidas afectan principalmente al ámbito de la movilidad de las personas y las mercancías, así como a los hábitos de los ciudadanos. Este Plan tendrá continuidad con un nuevo Programa 2015-2020 de acuerdo con la estrategia "Aire limpio" de la Unión Europea.
- Por otra parte, el Departamento de Territorio y Sostenibilidad desarrolla anualmente la campaña de vigilancia de los niveles de ozono troposférico en Cataluña. En el último año se ha incorporado a ésta, por primera vez, la predicción de los niveles de ozono y un preaviso a los municipios para facilitar que se puedan adoptar las medidas de prevención adecuadas. Las concentraciones de ozono que superan unos determinados niveles y una cierta duración de exposición pueden provocar efectos adversos sobre la salud humana: tos e irritación en la faringe, en la garganta, en los ojos, dificultades respiratorias, disminución del rendimiento, empeoramiento de la función pulmonar y de la capacidad defensiva ante las enfermedades respiratorias, síntomas de malestar general (cansancio, dolor de cabeza, abatimiento). La sensibilidad al ozono puede variar mucho de una persona a otra, pero existen unos cuantos grupos particularmente sensibles al ozono: personas con asma u otras enfermedades de las vías respiratorias o cardíacas, personas que hacen ejercicio físico al aire libre, especialmente en las horas en que los niveles de ozono son mayores (entre las 12 h y las 16 h, hora solar), niños y gente mayor. Por ello, el Departamento de Salud recomienda adoptar unas medidas básicas de prevención en caso de superación de unos determinados niveles establecidos por la normativa vigente: el umbral de información ($180 \mu\text{g}/\text{m}^3$



en 1 hora) y el umbral de alerta ($240 \mu\text{g}/\text{m}^3$ durante 3 horas consecutivas). Como sistema de prevención, hay que renunciar a realizar esfuerzos corporales al aire libre que no sean usuales, principalmente si producen fatiga, son de larga duración y se llevan a cabo dentro del período comprendido entre las 10 h y las 16 h (hora solar).

- También realiza la vigilancia de los contaminantes de origen industrial, que son motivo de atención especialmente en las zonas de concentración de dicha actividad, como en el caso de El Camp de Tarragona o determinados lugares de El Vallès y El Baix Llobregat, entre otros, pero también lugares donde existe una localización puntual de determinadas actividades del sector del cemento, químico o energético, para mencionar unos ejemplos.
- El Gobierno aprobó el 13 de noviembre de 2012 **la Estrategia catalana de adaptación al cambio climático. Horizonte 2013-2020**, que propone una serie de medidas de adaptación de acuerdo con el grado de vulnerabilidad de los sectores y sistemas, y especifica cuál es su entidad o departamento impulsor. Uno de los sectores es la salud, en el cual constan varias medidas, como el fomento de la investigación en la relación entre la salud y cambio climático, las campañas de vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores, el control y seguimiento de plagas, y el desarrollo del Plan de actuación para prevenir los efectos de las olas de calor sobre la salud. Esta Estrategia facilita la coordinación entre políticas sectoriales diferentes con clara incidencia ambiental.
- **Acciones de aseguramiento de la conformidad de las sustancias químicas y mezclas que se fabrican, comercializan y usan en Cataluña.** Cataluña es una de las regiones químicas más importantes de Europa y representa casi la mitad de la producción del Estado; afecta a unas 1.500 empresas.
- **Información al ciudadano sobre la posible relación entre los campos electromagnéticos (CEM) y la salud.** Los posibles efectos de los CEM sobre la salud es motivo de gran preocupación ciudadana y, al mismo tiempo, un tema de investigación constante por parte de diferentes organismos internacionales expertos en la materia. El estudio y gestión de la posible implicación sobre la salud pública de los campos electromagnéticos requieren disponer de información técnica procedente de ámbitos muy diferenciados, como de la tecnología relacionada con el uso de radiofrecuencias para la telefonía móvil o para otros usos, de la relacionada con las líneas eléctricas, de los conocimientos científicos sobre posibles efectos para la salud y de la investigación epidemiológica, entre otros. Por ello es importante compartir la información, buscar sinergias entre los departamentos que tienen funciones en dicha materia y promover acciones conjuntas, impulsando especialmente las relacionadas con la información a la ciudadanía. En este sentido, el Departamento de Empresa y Empleo, con la colaboración del Departamento de Territorio y Sostenibilidad, el Departamento de Salud y el CREAL, ha elaborado el web Governança radioelèctrica,⁷⁵ desde el cual se informa al ciudadano de los resultados de la vigilancia que se lleva a cabo y del estado de conocimiento sobre la posible repercusión de los CEM sobre la salud. Asimismo, con el fin de seguir fomentando la coordinación entre los departamentos implicados en la

materia, se impulsará la creación de una comisión interdepartamental, que prevé englobar todo el espectro de los CEM.

- La contaminación lumínica puede afectar a la salud de las personas además de perjudicar al medio ambiente y la visión del cielo nocturno. Cataluña dispone de la **Ley 6/2001 para proteger el medio ambiente de la contaminación lumínica por la noche**, la cual limita la emisión de radiaciones de longitud de onda corta en el alumbrado artificial exterior.
- **La Ley 20/2009, de 4 de diciembre, de prevención y control ambiental de las actividades**, es un instrumento normativo de carácter preventivo que tiene la finalidad, entre otras, de garantizar un alto nivel de protección de la salud de las personas. La Ley regula el grado de intensidad de la intervención administrativa en función de la contaminación potencial de las actividades. Con el fin de adaptar la Ley al funcionamiento real del tejido productivo, en ésta se establece la creación de una Comisión de Evaluación y Seguimiento. La citada Comisión está coordinada por el Departamento de Territorio y Sostenibilidad, y su función principal es la de evaluar y efectuar el seguimiento de las recomendaciones y regulaciones prescritas en las actividades productivas motivadas por la aplicación de la Ley y proponer, en su caso, correcciones y mejoras en su ejecución.
- **La Estrategia para la prevención y el control del mosquito tigre en Cataluña**, elaborada por una comisión interinstitucional formada por varias entidades locales y departamentos implicados en la materia (departamentos de Agricultura, Ganadería, Pesca, Alimentación y Medio Natural y de Salud), define los criterios básicos para las actuaciones de prevención y control del mosquito tigre. Su objetivo es minimizar la densidad y dispersión del mosquito, las molestias producidas a la población por las picaduras y prevenir el riesgo de que actúe como vector de enfermedades. Prevé como ámbitos de actuación la vigilancia ambiental del mosquito, el control del mosquito, la vigilancia sanitaria, la sensibilización ciudadana, la formación a profesionales y la investigación, e indica los agentes e instituciones implicadas actualmente en cada ámbito de actuación. Es necesario impulsar el desarrollo, en particular con respecto a los modelos de gestión, tanto del mosquito tigre como de otros tipos de problemáticas de mosquitos, y a la definición de un protocolo de actuación ante posibles arbovirosis.
- Elaboración del **protocolo de actuaciones de vigilancia veterinaria de animales susceptibles de transmitir la rabia**, que define las actividades realizadas por los diferentes organismos implicados en episodios de mordedura o agresión de un animal de una especie susceptible de ser transmisora de la rabia y las características del animal agresor. Desde la Agencia de Salud Pública se realiza la tramitación y coordinación de actuaciones en casos de agresiones de animales de compañía a una persona cuando comportan sospecha de rabia animal. Las actuaciones principales consisten en tramitar los expedientes y efectuar el seguimiento del animal agresor, a fin de que los entes locales requieran a su propietario el control y examen clínico para descartar sospechas. En caso de que haya que sacrificar al animal, se recoge una muestra para confirmación y se envía al laboratorio; la Agencia encarga dicha tarea al Centro de Investigación en Sanidad Animal (CreSA) (propuesta de convenio pendiente). Por otra parte, se comunican al Ministerio de Sanidad los datos

anuales relativos a la rabia animal y humana, de acuerdo con el modelo normalizado que la OMS tiene establecido.

- **Plan de actuación 2012-2014 para la prevención y control de la mosca negra** en las comarcas afectadas de Cataluña. Está financiado por varios departamentos de la Generalitat (Territorio y Sostenibilidad; Agricultura, Ganadería, Pesca, Alimentación y Medio Natural, y Salud) y las diputaciones implicadas (Tarragona, Lleida y Dipsalut) y ejecutado por el Consorcio de Servicios Agroambientales de El Baix Ebre y El Montsià y la Mancomunidad Intermunicipal Voluntaria de Servicio de Control de Mosquitos de la Badia de Roses i Baix Ter, con la participación también del Instituto para el Desarrollo de las Comarcas del Ebro (IDECE) y la Unidad de Ecosistemas Acuáticos del Instituto de Investigación y Tecnología Agroalimentarias (UEA-IRTA). Es preciso continuar el desarrollo del Plan con el fin de reducir las molestias que las picaduras de la mosca negra producen en la población.
- **Acciones de prevención y control de la legionelosis.** En el marco de la Comisión de coordinación en materia de inspección sanitaria de instalaciones de riesgo de dispersión de legionela, formada por la Asociación Catalana de Municipios, la Federación de Municipios de Cataluña y el Departamento de Salud, se prevé impulsar la elaboración de material de información y herramientas de gestión que favorezcan una mejora en esta materia, especialmente con respecto a instalaciones de bajo riesgo de proliferación de legionela, con la colaboración de las administraciones locales, que son las responsables del control de dicho tipo de instalaciones.
- En el marco del **impulso del uso sostenible y seguro de plaguicidas** que establecen la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud, los departamentos de Agricultura, Ganadería, Pesca, Alimentación y Medio Natural y de Salud trabajan en la elaboración de criterios de prevención para el uso de productos fitosanitarios en espacios de concurrencia pública, con el objetivo de evitar las exposiciones indebidas de las personas a los compuestos plaguicidas que puedan generar riesgos para la salud.

Área de actuación interdepartamental e intersectorial del PINSAP

- Mejorar y vigilar la calidad del aire, y reducir las emisiones derivadas del transporte de personas y mercancías y de las actividades industriales y de generación energética.

Buena práctica

Plan de mejora de la calidad del aire en el horizonte 2015

El Plan de mejora de la calidad del aire en el horizonte 2015 que impulsa el Departamento de Territorio y Sostenibilidad tiene el objetivo de restablecer los niveles de calidad del aire de los denominados contaminantes de ciudad (dióxido de nitrógeno y partículas en suspensión PM10) en 40 municipios de la Región Metropolitana de Barcelona donde se superan los valores límite que determina la legislación europea.

Para determinar las medidas que configuran el Plan de actuación para la mejora de la calidad del aire en el horizonte 2015 se han seguido los siguientes criterios:

- Incorporación de medidas ya existentes en otros planes y que tienen una repercusión directa en la mejora de la calidad del aire de las zonas de protección especial.
- Incorporación de nuevas medidas evaluando su viabilidad económica y técnica.
- Fomentar la participación e incentivación ante la prohibición.
- Adopción prioritaria de las medidas que afectan a las administraciones públicas.

Así, se han considerado dos tipos de medidas:

- Medidas existentes: impulsadas inicialmente desde otros planes ya existentes de los que forman parte y que comparten los objetivos de mejora de la calidad del aire del Plan de actuación para la mejora de la calidad del aire en el horizonte 2015.
- Medidas nuevas: se aprueban ahora por primera vez y no son compartidas con ningún otro plan o bien forman parte de otros planes pero para las que el Plan de actuación para la mejora de la calidad del aire en el horizonte 2015 establece objetivos propios.

4.4. Empleo y salud

El empleo (el trabajo) proporciona ingresos, sentido de identidad y ayuda a estructurar la vida diaria.

Se relaciona con otros importantes determinantes de la salud y los condiciona:

- Condiciones de vida.
- Factores socioeconómicos, culturales y ambientales.
- Factores sociales y comunitarios.
- Estilos de vida y factores individuales como la edad y el género.

El desempleo conduce con frecuencia a la privación material y social y al estrés psicológico. La falta de ocupación se asocia con problemas de salud físicos y de salud mental que incluyen, entre otros, la depresión y la ansiedad.

El paro y la inseguridad laboral han aumentado en España y Cataluña y han alcanzado cifras muy elevadas, sobre todo en la población joven, en una etapa crítica de su vida. También son más frecuentes en mujeres y personas con un menor nivel de estudios.

Los trabajos temporales, los trabajos a tiempo parcial (no voluntarios) y otras formas de trabajo precario también tienen efectos adversos sobre la salud. La relación del paro con la aparición de problemas de salud se produce por varias vías. En primer lugar, el desempleo conduce con frecuencia a la privación material y a la pobreza mediante la reducción de ingresos y la eliminación de beneficios que antes eran proporcionados por la propia empresa. En segundo lugar, la pérdida de un trabajo es un acontecimiento estresante que reduce la autoestima, rompe la rutina diaria y aumenta la ansiedad. En tercer lugar, el desempleo aumenta la probabilidad de conductas de afrontamiento poco saludables, como el consumo de tabaco y alcohol.

El estudio que se ha realizado con datos de la Encuesta de salud de Cataluña en el informe [*Població ocupada i aturada: comparació d'indicadors de salut ESCA, 2006 i 2011-2012*](#)⁷⁶ concluye que estado de salud de la población en paro es peor que en la población ocupada, tanto en 2006 como en 2011-2012.

Con frecuencia, la precariedad laboral implica trabajar muchas horas de forma no estándar, con malas condiciones de trabajo que se asocian a índices de estrés más elevados, dolores corporales y un alto riesgo de lesiones.

El exceso de horas de trabajo produce un aumento de las posibilidades de problemas fisiológicos y psicológicos, como la privación de sueño, la presión arterial alta y las enfermedades cardiovasculares. En consecuencia, el paro, la inseguridad y los demás problemas laborales tienen efectos negativos en las relaciones personales, y también en el rol familiar y el cuidado de los niños.

El efecto del paro y las crisis económicas sobre la salud, en especial sobre la salud mental, se ha estudiado en la Unión Europea.^{5,6,77}

El actual contexto de crisis del sistema productivo está ocasionando un deterioro de las condiciones laborales y la calidad en el trabajo, que requieren una adaptación de las políticas públicas a las nuevas circunstancias del mercado con el fin de evitar el incremento de las desigualdades y de prevenir los efectos que esta situación provoca en la salud de los trabajadores y trabajadoras. En este sentido, si bien es cierto que la tasa de paro de los hombres supera en 1,53 puntos a la de las mujeres, también es cierto que éstas continúan registrando unos índices de actividad y de empleo sensiblemente inferiores a las de los hombres (12 y 8 puntos, respectivamente), además de una tasa de parcialidad tres veces superior a la del sexo masculino (23,8% ante el 7,4%) o una diferencia salarial por el mismo trabajo del 16,9% en perjuicio de las mujeres. Estos datos, junto con la segregación ocupacional (horizontal y vertical) y la doble presencia, conforman un panorama de desigualdad laboral que también tiene efectos negativos en la salud de las mujeres.

Por otra parte, algunos indicadores macroeconómicos empiezan a mostrar un cambio positivo, que cabe esperar que repercuta en una activación del mercado laboral.

Un amplio rango de políticas regula aspectos de los determinantes de la salud relacionados con el mundo laboral. Están implicadas tanto políticas sectoriales como políticas sociales, de empleo, empresas y mercado laboral, y políticas educativas. También hay que considerar la influencia de prácticas de participación de las personas en el mercado laboral y su desarrollo en salud.

La prevención de riesgos laborales, entendida como las actividades que las empresas tienen que llevar a cabo con el fin de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores, no es sólo una obligación legal sino también un imperativo ético y de responsabilidad social. Además, es conveniente tener en cuenta que unas condiciones de empleo y trabajo deficientes tienen una gran repercusión económica negativa en la competitividad de las empresas y suponen una grave carga para su economía y la del país.

Las políticas públicas de prevención de riesgos laborales se configuran en torno al concepto de la promoción y prevención esencialmente primaria; la defensa y mejora de la salud de los trabajadores constituyen su objetivo y razón de ser.

Más allá de la prevención de los riesgos específicos, el entorno laboral proporciona un ámbito idóneo para la promoción de la salud de los trabajadores y trabajadoras. Así, numerosas empresas trabajan en el marco de lo que se considera una empresa saludable o promotora de la salud.

Para la Organización Mundial de la Salud,⁷⁸ un puesto de trabajo saludable es aquel en que trabajadores y directivos colaboran en un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores, así como la sostenibilidad del puesto de trabajo, basándose en necesidades identificadas que tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- La salud y seguridad con respecto al entorno físico de trabajo.
- La salud, seguridad y bienestar en relación con el entorno psicosocial de trabajo, incluyendo la organización del trabajo y la cultura organizacional.
- Recursos personales de salud en el puesto de trabajo (apoyando y estimulando estilos de vida saludables).
- Sistemas de participación comunitarios para mejorar la salud de los trabajadores y trabajadoras, sus familias y otros miembros de la comunidad.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

■ Estrategia catalana de seguridad y salud laboral

Es el marco común y compartido de las acciones en materia de prevención de riesgos laborales que tienen que desarrollar el Gobierno y los propios agentes implicados.

Las actuaciones desarrolladas en el marco de la Estrategia han incidido en el objetivo de reducir la siniestralidad laboral y mejorar las condiciones de trabajo de las empresas. Han tenido como ejes fundamentales:

- El asesoramiento para la mejora de las condiciones de trabajo.
- El fomento de las buenas prácticas con respecto a prevención de riesgos laborales.
- El desarrollo del conocimiento y la cultura de la prevención.
- La potenciación de la formación e investigación en materia de seguridad y salud laboral.
- La contribución al cumplimiento normativo.
- La implicación de todos los actores relacionados con la prevención (administraciones, agentes sociales y económicos).
- La mejora en la detección y seguimiento de los daños derivados del trabajo.

■ Estrategia catalana por el empleo (ECO)

La Estrategia catalana por el empleo (ECO), con su Plan de desarrollo de políticas activas (PDPA), prevé la realización de políticas de empleo flexibles y ajustadas a las necesidades específicas de cada territorio, sectores y colectivos de personas desempleadas.

Potencia los programas de trabajo y formación con políticas de rentas para ayudar a paliar esta situación, sin olvidar los programas de orientación profesional, los de cualificación profesional de las personas, los de desarrollo local, los de emprendimiento y los dirigidos a las personas con discapacidades o enfermedades mentales.

El objetivo principal de la programación del Servicio de Empleo de Cataluña (SOC) es, por lo tanto, intentar generar oportunidades para mantener activas a las personas e incrementar la ocupación. En un momento excepcional como el presente, se trata de conseguir que el

máximo número de personas sin trabajo y sin ningún tipo de prestación pueda participar en programas con contratación laboral que después les den derecho a prestaciones o subsidios y que, sin embargo, no sean una mera sustitución de rentas, sino que sirvan para mejorar su cualificación y, por lo tanto, su ocupabilidad.

En el marco del PINSAP, la Estrategia catalana por el empleo tiene una relevancia especial, sobre todo con respecto a los jóvenes y a los colectivos con más dificultades para acceder a un empleo seguro. Todas estas líneas de trabajo son altamente prioritarias.

■ **Dentro del Plan integral de salud mental y adicciones:**

Programas de *Individual Placement and Support* (IPS) para personas con trastorno mental grave, respetando las preferencias de la persona y en entornos de trabajo competitivos e integrados en el mercado de trabajo.⁷⁹

Áreas de actuación interdepartamental e intersectorial del PINSAP

- Mejorar la salud de la población ocupada mediante la creación de una marca de empresa promotora de la salud y su consideración en los contratos del sector público.
- Prevenir y mejorar los problemas de salud mediante una actuación coordinada intensiva de los servicios de empleo, de salud y de servicios sociales en zonas de especial concentración de paro.

4.5. Urbanismo, vivienda y salud

El entorno urbano es el medio donde se desarrolla buena parte de la vida de las personas y, como consecuencia de ello, las características de las ciudades se convierten en uno de los más importantes determinantes colectivos de salud. De hecho, la salud pública, o cuando menos el saneamiento, es uno de los elementos básicos de la protección de la salud en las ciudades contemporáneas. Pero el planeamiento urbanístico tiene una influencia todavía más amplia, ya que afecta de una forma directa a las condiciones de vida de los ciudadanos, tanto con respecto a la residencia como al trabajo, la movilidad y el transporte, sin olvidar el papel del paisaje como elemento de confort y promoción de la salud. Así, pues, le son de aplicación muchas de las consideraciones dedicadas al entorno. También la rehabilitación urbana ofrece posibilidades para la protección y promoción de la salud comunitaria, como ha puesto de relieve la experiencia del programa "Salud en los barrios".

Tanto la planificación como el diseño urbano, con la promoción de los espacios verdes y la racionalización de los sistemas de transporte, son factores que, de forma conjunta, pueden influir positivamente en el nivel de actividad física de la población, en su salud y bienestar.

El contacto con la naturaleza ayuda a aliviar la fatiga mental mediante la relajación. Dentro de los entornos construidos, parques y espacios verdes fomentan la relación social y la actividad física y reducen el estrés. Las zonas verdes urbanas proporcionan un espacio neutral en el cual las personas se reúnen, de forma que aumentan las interacciones sociales (y ello incluye personas de diferentes orígenes) y se canalizan las relaciones. Existen, pues, beneficios sanitarios individuales y colectivos.⁸⁰

El hecho de trasladar el domicilio a una zona urbana con más zonas verdes se asocia con mejoras mantenidas en la salud mental (5 años); por lo tanto, aumentar el espacio verde urbano puede comportar beneficios sostenibles para la salud pública.⁸¹

La vivienda también influye en la salud de varias formas. Desde hace muchas décadas se tiene conocimiento de la relación entre condiciones de la vivienda y salud; se dispone de estudios de evaluación de principios de la década de 1930 y una serie de estudios experimentales controlados, que lo convierten en uno de los campos mejor estudiados. Existen más de nueve revisiones sistemáticas centradas en la vivienda y la salud, dos de las cuales se centran en cambios "sociales" (como programas de ayuda para el alquiler para que las personas puedan escoger dónde viven), cinco de ellas plantean cambios "ambientales" en la vivienda (por ejemplo, cambios en la iluminación o las infraestructuras físicas como el aislamiento, los servicios, etc.) para reducir el riesgo de caídas o lesiones, y dos de ellas son iniciativas más globales (regeneración urbana de la zona, prohibición de uso de armas de fuego en la zona).²⁰

Tanto las intervenciones sociales como las ayudas al alquiler, que evitan que las personas con dificultades económicas se concentren en determinadas zonas, mejoran la salud, pero su efecto es reducido. Las mejoras globales de la vivienda se relacionan con mejoras sociales globales, con la sensación de la seguridad y un incremento de la participación social.²⁰

Por otra parte, las desiguales dificultades que las personas tienen que afrontar para hacer efectivo el acceso a la vivienda y sus características son una causa destacada de desigualdades sociales en el ámbito de la salud. Algunas de dichas características (suministro de agua inadecuado, ausencia de inodoro, ducha o bañera, sobreocupación, humedad o climatización inadecuada) incrementan el riesgo de sufrir lesiones y enfermedades.⁸²

En el caso de la gente mayor, las características físicas de la vivienda y el entorno urbano tienen efectos importantes sobre la autonomía personal, movilidad y seguridad. Se han publicado varias recomendaciones para la modificación de las casas donde viven personas mayores con el objetivo de reducir el riesgo de caídas y lesiones (eliminar o fijar alfombras, retirar obstáculos situados en el suelo y muebles poco estables, mejorar la iluminación, adaptar el baño e inodoro, instalar barandillas en las escaleras, aumentar la altura de la cama, etc.),⁸³ un conjunto de medidas que puede reducir el riesgo de caídas en un 26%.⁸⁴

El ruido en el hogar puede provocar alteraciones del sueño, estrés y afectar a la salud física y mental. Para evitar alteraciones del sueño, se recomienda que el nivel máximo de ruido en los dormitorios sea menor de 30 dB(A). En general, en las viviendas no debe sobrepasar los 35 dB(A). Para reducir el ruido, es necesario construir los edificios siguiendo la normativa e instalar doubles cristales y ventilación mecánica en aquellos hogares con elevado ruido ambiental. El ruido provocado por los vehículos también se tiene que tener en cuenta y establecer medidas de pacificación del tráfico.⁸⁵

Las mejoras en los sistemas para calentar los hogares ayudan a reducir los problemas respiratorios en la infancia e, incluso, a mejorar la salud mental.⁸⁶ En Escocia, Portugal y España, a causa de las temperaturas interiores, se contabiliza más exceso de mortalidad en invierno que en Escandinavia, donde los inviernos son más fríos.⁸⁷

Las personas más mayores y las más jóvenes son las afectadas en mayor grado por las bajas temperaturas. Financiar o subvencionar la calefacción (la factura de luz, gas o butano) puede redundar en la disminución del exceso de muertes en invierno, y también de los niveles de humedad y alérgenos del hogar.

Se ha observado que los niños de las familias que residen en viviendas subvencionadas tienen más acceso a una cantidad adecuada de alimentos y mejores parámetros en salud que los de las familias similares que están en lista de espera.⁸⁸

Esta conexión entre viviendas asequibles, pobreza y estado de salud también se encuentra en las personas adultas. Por ejemplo, las que residen en viviendas no asequibles se describen con peor salud que las personas similares que residen en viviendas más asequibles.⁸⁹

También se tienen evidencias que sugieren que tener dificultades para pagar los recibos, la hipoteca o el mantenimiento de la vivienda se relaciona con bajos niveles de bienestar psicológico y más probabilidad de necesitar asistencia médica.⁹⁰

La Organización Mundial de la Salud ha seleccionado varios objetivos compartidos por las políticas de salud pública y vivienda, que tienen que facilitar la colaboración intersectorial en dicho ámbito.⁹¹ Entre estos figuran los siguientes:

- **Construcción sólida.** Las viviendas proporcionan un refugio apropiado ante los elementos naturales y las sustancias peligrosas.
- **Seguridad y protección.** Las viviendas aseguran una adecuada privacidad, seguridad y protección.
- **Dimensiones apropiadas.** Las viviendas proporcionan un espacio apropiado para la composición y el número de residentes.
- **Servicios básicos.** Existen unos niveles razonables de servicios básicos a disposición del vecindario.
- **Asequibilidad.** Los costes de la vivienda son razonables y asequibles.
- **Accesibilidad.** La ubicación de la vivienda posibilita el acceso a los servicios personales, los servicios y actividades para la vida cotidiana, y oportunidades económicas.
- **Tenencia.** Está asegurada su ocupación de forma razonablemente continua.

- **Protección ante el cambio climático.** Las viviendas protegen a los residentes del cambio climático.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

70

■ Plan por el derecho a la vivienda

Este Plan regula la vivienda de protección oficial y las líneas de ayudas con un régimen jurídico propio de Cataluña, a la vez que prevé desarrollar acciones específicas en las áreas principales de riesgo de exclusión residencial y degradación urbana. También incluye los nuevos modelos de tenencia intermedia de vivienda para evitar desahucios y facilitar el acceso a una vivienda y otras medidas de refuerzo de las políticas sociales. Además, el Plan también ofrece los siguientes servicios:

- Otorgamiento de prestaciones urgentes para familias con cuotas de alquiler impagadas o cuotas de amortización de la vivienda y el servicio *Ofideute*, que trabaja en la mediación entre las entidades bancarias y familias con dificultades para pagar la hipoteca.
 - Red de viviendas de inclusión que gestionan las entidades del tercer sector, con el apoyo de la Agencia de la Vivienda de Cataluña.
 - Mesa de emergencias que permite adjudicar viviendas de alquiler del parque público a familias que sufren situaciones de urgencia social y económica.
 - En el caso de las personas que ya han sido desahuciadas, existe una línea de ayudas de especial urgencia.
- Elaboración de la nueva *Ley de Urbanismo, Ordenación del Territorio, Arquitectura y Paisaje* con el objetivo de crear nuevas herramientas de planificación territorial y apostar por el urbanismo de calidad. Un comité de expertos colabora y asesora al Departamento de Territorio y Sostenibilidad en esta reforma de las políticas de ordenación del territorio.

Áreas de actuación interdepartamental e intersectorial del PINSAP

- Incorporar el valor salud en la valoración de ayudas a la vivienda en situaciones de emergencia económica, social y otros casos con necesidades especiales.
- Mejorar las condiciones promotoras de salud en proyectos de rehabilitación de edificios y de nueva construcción (escaleras como opción prioritaria, ascensores, aislamiento y aclimatación térmica y sonora). Actuación prioritaria en edificios públicos.

4.6. Educación y salud

La salud y la educación interactúan a niveles diferentes.

71

La educación proporciona habilidades y conocimientos que influyen de manera directa e indirecta sobre el bienestar de las personas. La educación en general y la educación para la salud en particular son algunas de las herramientas principales que permiten corregir las desventajas sociales asociadas a las desigualdades en materia de salud que tienden a ser transmitidas de generación en generación.

Un mayor nivel educativo se asocia a una reducción de la morbimortalidad por diversas causas y a una reducción de la prevalencia de comportamientos que suponen un riesgo para la salud como el sedentarismo, el tabaquismo y el abuso del alcohol y otras drogas.⁹² Por otra parte, los niños y los adolescentes con un mejor perfil de salud y comportamientos relacionados con la salud (como la actividad física) muestran un menor absentismo y un mejor rendimiento académico.⁹³

El bienestar de los escolares y de los enseñantes se considera indispensable para unos buenos resultados de la educación. Por una parte, los escolares con problemas de salud tienen a menudo dificultades de concentración y aprendizaje y unos niveles más elevados de absentismo y abandono del sistema educativo. Y, por otra, la efectividad del sistema educativo se sustenta en gran parte en el rendimiento de un numeroso colectivo de docentes profesionalmente competentes y con un buen nivel de salud. En este sentido el bienestar del profesorado es también un elemento clave del éxito del sistema. Diversos estudios han puesto de manifiesto que los sistemas educativos que proporcionan poco apoyo al profesorado se caracterizan por un deterioro de la salud de este colectivo profesional que se traduce en unos elevados niveles de absentismo y rotación de los docentes que, finalmente, acaban perjudicando la calidad de la educación.

Algunos objetivos comunes de las políticas educativas y de salud pública que han sido identificados por la OMS⁹⁴ son:

- **Acceso universal** con suficientes servicios y oportunidades educativas para todo el mundo.
- **Equidad en el acceso.** Todo el mundo puede acceder a los servicios y las oportunidades educativas.
- **Mejora de la calidad.** Se implementan mejoras de la calidad en todo el sistema.
- **Equidad en los resultados.** Se corrigen las desigualdades en el nivel educativo y el rendimiento de los escolares.
- **Períodos críticos y aprendizaje a lo largo de la vida.** La educación en los períodos críticos y el aprendizaje a lo largo de la vida prepara a la ciudadanía para que pueda hacer frente a los retos y capitalizar las oportunidades.

Asimismo, es importante avanzar en el despliegue de la educación para la salud en la escuela teniendo en cuenta que, tradicionalmente, el entorno escolar ha sido considerado una gran oportunidad de espacio y de tiempo para crear actitudes y hábitos propios de un comportamiento saludable en los escolares. El desarrollo de la educación para la salud como parte del currículo transversal escolar es un reto para todos los sectores implicados en la promoción y la educación para la salud de niños y adolescentes con el objetivo de mejorar la salud individual y la de la comunidad. En este sentido experiencias como la del programa "Salud y escuela" potencian la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la escuela como un contexto más de la comunidad.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

- En general se entiende el éxito educativo como un elemento básico para promover el bienestar del alumnado y reducir las conductas de riesgo. En este sentido, el Departamento de Enseñanza ha elaborado el plan [“Ofensiva de país a favor del éxito escolar”](#) que recoge los ejes y las medidas necesarios para conseguir mejorar el éxito educativo. En la medida en que el nivel educativo de una población es uno de los principales determinantes de su salud, este Plan constituye uno de los principales elementos que hay que considerar en el PINSAP.
- Los departamentos de Enseñanza y de Empresa y Empleo colaboran para el desarrollo de una oferta de programas dirigidos a jóvenes que no han obtenido el título de graduado en educación secundaria obligatoria (ESO).
- Por otra parte, las actuaciones específicas en el ámbito de la educación y la salud serían las siguientes:
 - Detectar las dificultades de aprendizaje en la educación infantil y primaria e intervenir precozmente en ellas.
 - Promover una educación integral que contribuya a compensar las desigualdades sociales con respecto al acceso a prestaciones sanitarias determinadas (vacunas, etc.), necesidades básicas (alimentación), adquisición de un estilo de vida saludable (actividad física, etc.) y del bienestar emocional (educación emocional), prevención de riesgos (tabaco, alcohol y otras drogas, accidentalidad).
 - Promover proyectos educativos y de promoción de la salud de ámbito comunitario y alinearlos con los ya existentes como los planes educativos de entorno u otros proyectos socioeducativos.
 - Promover estrategias formativas para favorecer la reincorporación al sistema educativo de personas en situación de absentismo y abandono prematuro de los estudios y de la formación.
 - Promover la implicación de la familia en la educación para unos hábitos saludables de los niños.

Áreas de actuación interdepartamental e intersectorial del PINSAP

- Abrir los patios y equipamientos escolares a la comunidad (potenciación de los planes educativos de entorno).



Buena práctica

Servicio comunitario

El Departamento de Enseñanza, en su función de promover entre el alumnado el compromiso cívico y el voluntariado, desarrolla el Proyecto de impulso del servicio comunitario para el alumnado de secundaria obligatoria.

El objetivo de este proyecto es el de garantizar que los estudiantes, a lo largo de su trayectoria escolar, experimenten y protagonicen acciones de compromiso cívico, aprendan en el ejercicio activo de la ciudadanía, y pongan en juego sus conocimientos y capacidades al servicio de la comunidad. El servicio comunitario permite al alumnado conocer asociaciones, entidades y personas comprometidas en los diferentes ámbitos y así aumentar su participación en el tejido asociativo, fomentar su compromiso en la mejora de la sociedad y promover su arraigo en el territorio.

El servicio comunitario se lleva a cabo con la propuesta educativa Aprendizaje servicio. Ésta combina procesos de aprendizaje y de servicio a la comunidad en un solo proyecto bien articulado. El alumnado, a la vez que ofrece un servicio comunitario, adquiere competencias sociales y de ciudadanía, aprende a responsabilizarse en la sociedad que lo rodea y a adquirir compromiso cívico.

4.7. Cultura, ocio, actividad física y salud

Al considerar la cultura como el conjunto de tradiciones, normas y valores que cohesionan y desarrollan las comunidades humanas, la relación entre cultura y salud llega a ser muy amplia, tanto con respecto al concepto mismo de salud, que se percibe y se interpreta según las influencias culturales, como a la práctica o a la participación en actividades denominadas *culturales* (artísticas, históricas, científicas, etc.) y al estado de salud de las personas. Esta relación no solamente abarca dimensiones como la familiar, la educativa o la laboral sino que afecta también el tiempo de ocio durante el cual se concentra buena parte del consumo cultural de la población.

Cultura

Algunos de los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia son, al menos en parte, consecuencia de convenciones sociales en cuanto a cánones estéticos supuestos.⁹⁵ Más allá de esta dimensión cultural de la salud, se observa una correlación notoria entre la práctica cultural y la consecución de un mejor estado de salud, incluida la autopercepción de la salud en la población general. La asistencia a actos culturales tiene una influencia positiva en la supervivencia de las personas.^{96,97} Hay también pruebas de los beneficios de la utilización de las artes (música, artes visuales, etc.) en unidades oncológicas, cardiovasculares y también de alivio del dolor, o en personas con problemas de salud mental, etc.⁹⁸

La participación, por ejemplo, de museos y otros centros patrimoniales en programas de salud comunitaria incrementa la educación para la salud y el capital social^{99,100,101} contribuye a mantener la salud¹⁰² y a disminuir los factores de riesgo cardiovascular en comunidades con bajos recursos socioeconómicos,¹⁰³ e incluso se ha mostrado beneficiosa como complemento de la atención a los pacientes con problemas de salud mental y a las personas afectadas por demencia o cáncer.¹⁰⁴

Los beneficios de la práctica de actividades culturales para la salud se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Desarrollo de la capacidad cognitiva como resultado de la estimulación neuronal.
- Mejora de la capacidad de análisis y crítica lo cual da empoderamiento a las personas de cara a rehuir mitos y estereotipos sociales relacionados con los hábitos que pueden perjudicar la salud.
- Aumento de la sociabilidad, especialmente en las personas que participan del mundo asociativo. Como resultado de eso, la creación posterior de redes de contactos, solidaridad, colaboración, etc. fortalecen el carácter de las personas para afrontar situaciones difíciles.¹⁰⁵
- Percepción de placer como resultado de la vivencia de una experiencia estética.
- Liberación o control de las emociones mediante la práctica de disciplinas artísticas como la pintura, el teatro, la escritura, etc. o la participación en actos culturales.

- Refuerzo de la autoestima como resultado de la satisfacción percibida de la participación activa en las disciplinas artísticas.
- Mantenimiento de un grado de actividad física relacionado con la movilidad para asistir a espectáculos o centros culturales (exposiciones, museos, bibliotecas, etc.).

Según los datos del último Eurobarómetro¹⁰⁶ sobre acceso y participación culturales, las visitas a museos y galerías y la ida al cine, a conciertos y al teatro han experimentado un descenso, mientras que las visitas a bibliotecas públicas y el consumo de programas culturales en la radio y la televisión han experimentado un aumento. La principal barrera a la hora de ir al cine y de asistir a un concierto es económica, mientras que para ir al teatro o asistir a un espectáculo de ópera, ballet o danza el obstáculo mayor es la falta de interés seguida del precio.¹⁰⁷

76

Así pues, desde la perspectiva de la salud y del bienestar social es conveniente incrementar las prácticas culturales y mantener al máximo el nivel de consumo cultural que hasta ahora se había alcanzado.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

- Fomentar la asociación entre centros de salud y centros culturales de cara a reforzar el tratamiento de determinados estados de salud (promoción de la salud, recomendación de actividades culturales, etc.).
- Promoción de la participación de las personas en el asociacionismo de carácter cultural.
- Mejorar los índices de lectura de la población en general como indicador básico de la capacidad cultural de un país.
- Inclusión de determinadas prácticas culturales en los planes locales de salud comunitaria como herramientas complementarias de mejora de la salud.
- Incrementar la asistencia de alumnos y estudiantes a las actividades culturales dirigidas especialmente a estos colectivos.
- Incluir en los equipamientos culturales sistemas de mejora de los hábitos (como menús saludables en los equipamientos culturales con restaurantes) y extender la instalación de máquinas de venta de preservativos en los equipamientos culturales de proximidad (bibliotecas, etc.).
- Organización de actividades culturales que ofrezcan una alternativa atractiva de ocio nocturno (Noche de los museos, etc.).

Ocio

Buena parte de las actividades culturales se llevan a cabo durante el tiempo de ocio, de manera que constituyen una propuesta saludable para llenar esta dimensión de la vida social que cada vez adquiere más protagonismo. Vista la importancia para la gente joven se convierte en uno de los escenarios idóneos para la promoción de unos determinados estilos de vida¹⁰⁸ muchos de los cuales están asociados a la salud emocional de las personas. Una buena salud emocional implica bienestar psicológico a partir del cual se puede hacer frente al estrés,

mantener relaciones personales y funcionar eficazmente.¹⁰⁹ La salud emocional mejora si hay redes sociales de apoyo y se mantiene un estilo de vida saludable, y empeora con el consumo de drogas, la desigualdad social y el aislamiento o la exclusión social.^{110,111} Ser miembro activo de una comunidad se asocia a un mayor bienestar mental y a menores niveles de depresión y trastornos psicológicos.¹¹²

El apoyo social, que expresa el número, la fuerza y la calidad de las relaciones entre el individuo y los que le rodean, está asociado al estado de salud, modera el efecto del estrés ambiental y puede tener un efecto protector contra enfermedades psicosomáticas, la depresión y la ansiedad, además de promover el bienestar mental. La presencia de recursos sociales reduce el riesgo de deterioro cognitivo con el envejecimiento.^{113,114} El aislamiento social disminuye la capacidad mental y reduce la actividad neuronal, y la capacidad de procesamiento intelectual y de toma de decisiones,¹¹⁵ y tiene un efecto sobre la mortalidad comparable al de la obesidad o el tabaquismo.¹¹⁶

El entorno social determina la salud mental. Por lo tanto, la promoción de la salud mental tiene que incluir intervenciones sociales que afecten a los determinantes sociales fundamentales del bienestar: estilos de vida activos, participación comunitaria en actividades de ocio y apoyo social.¹¹⁷

Con respecto a los factores que pueden generar problemas de salud, como intoxicaciones agudas, accidentalidad vial, relaciones sexuales de riesgo, comportamientos agresivos y violencia, uno de los decisivos ha sido el consumo de alcohol y de otras drogas en los entornos de ocio.¹¹⁸ Además, la globalización del mercado del ocio y, en paralelo, del mercado de las drogas ha supuesto un incremento rápido del acceso de la población a nuevas sustancias psicoactivas. Asimismo, ha implicado la diversificación de las rutas de tráfico y de los métodos de transporte, además del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el circuito de la oferta y la demanda.

En Cataluña, aunque las encuestas en la población general muestran unas tendencias a la estabilización de las prevalencias de consumo de las diversas drogas, entre los grupos de edad más vulnerables (14-18 años) y jóvenes (15-29 años) se mantienen unos patrones preocupantes de consumo de alcohol (*binge drinking*), cannabis y de las llamadas drogas emergentes.^{119,120} La mayoría de los consumos los jóvenes de estos grupos de edad los suelen hacer durante los fines de semana con el objetivo de relacionarse con el grupo de iguales y crear espacios donde se puedan sentir libres de los condicionantes y las responsabilidades del día a día.¹²¹ Algunos de los factores asociados a un mayor riesgo de consumo de drogas en estas edades son la duración de las salidas de los jóvenes, su capacidad adquisitiva y las características de los entornos recreativos.^{122,123}

El consumo de alcohol y de otras drogas se ha asociado a una relajación de la adopción de medidas de protección con respecto al riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) por vía sexual.¹²⁴ Que el 29,2% de los nuevos diagnosticados de VIH en Cataluña el año 2012 sean personas menores de 30 años¹²⁵ y que la tasa de embarazos entre las chicas de 14 a 17 años abarque el 10,3 por mil

este mismo año¹²⁶ exige reforzar las actuaciones con respecto a la prevención de los problemas de salud vinculados a las relaciones sexuales de riesgo.

El creciente peso de la transmisión sexual del VIH, el incremento de las ITS, la mutua potenciación de VIH e ITS, la similitud en la transmisión y la sinergia de la acción preventiva combinada hacen que sea clave el abordaje de la salud afectiva y sexual en edades jóvenes. El refuerzo de las intervenciones preventivas fuera del ámbito reglado, en aquellos espacios habituales para la población joven, tiene que permitir que accedan a ellos jóvenes en situaciones de vulnerabilidad¹²⁷ y debe mejorar el acceso de éstos a los instrumentos de prevención de reconocida eficacia, como el preservativo, en los lugares donde pueden iniciar o mantener contactos sexuales.¹²⁸

Desde una perspectiva de promoción de la salud y prevención de los problemas relacionados con los consumos de drogas, las intervenciones que favorecen la vinculación de los jóvenes con instituciones y actividades socializadoras son un factor de protección importante,¹²⁹ sobre todo las propuestas de recreo y ocio dirigidas a los niños y jóvenes de los entornos socioeconómicos más desfavorecidos.¹³⁰ También se tiene que considerar la necesidad de contar con estrategias para mejorar el acceso a las alternativas de ocio saludables dirigidas a adultos en situación de riesgo de aislamiento social. Con respecto al sector del ocio nocturno, se tiene que establecer un abordaje equilibrado entre las medidas preventivas, las medidas de reducción de riesgos y las que establecen y refuerzan el cumplimiento de las leyes (*Law Enforcement*).¹³¹

El documento Conclusiones de la prevención y la reducción de los riesgos sociales y de salud asociados al uso de drogas ilícitas en los entornos de ocio del Consejo de la Unión Europea, conjuntamente con las actuaciones propuestas por el Plan de acción europeo sobre drogas 2009-2012, el Plan de actuación europeo para la reducción del consumo nocivo de alcohol 2012-2020¹³² y las líneas estratégicas de la Nueva estrategia europea sobre drogas 2013-2020,¹³³ define algunos de los objetivos y las líneas de intervención preventivos para el abordaje de las problemáticas sociales y de salud en el ámbito del recreo y el ocio nocturno que se recogen en el Plan de prevención sobre drogas y salud mental 2012-2016. Se exponen a continuación:

En relación con el consumo de alcohol

- Disminuir las prevalencias de consumo de alcohol, los episodios de intoxicaciones y el llamado *binge drinking* en menores y jóvenes.
- Disminuir la accidentalidad vial asociada a consumos de alcohol y otras drogas.
- Sensibilizar e incrementar la conciencia sobre los riesgos del consumo de alcohol relacionados con la salud y la conducción.

En relación con los espacios de ocio nocturno

- Informar y asesorar a los usuarios de drogas sobre los riesgos del consumo de drogas.



- Implementar medidas ambientales para la promoción de entornos de ocio más seguros y saludables.
- Formar a los profesionales del ámbito de la noche en la dispensación responsable de alcohol y en la gestión de conflictos y primeros auxilios.
- Implementar programas preventivos comunitarios de manera coordinada entre los entes locales, los profesionales, los propietarios de los locales de ocio, las entidades y las asociaciones del territorio.
- Establecer medidas para promover el cumplimiento de las leyes (*Law Enforcement*).

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

Las iniciativas dirigidas a prevenir los problemas relacionados con el consumo de drogas las desarrollan conjuntamente los departamentos de Salud (Agencia de Salud Pública de Cataluña), Enseñanza, Bienestar Social y Familia (Dirección General de Juventud y Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia) y Justicia (Dirección General de Ejecución Penal a la Comunidad y de Justicia Juvenil), con el apoyo de la Federación de Municipios de Cataluña y la Asociación Catalana de Municipios.

- Facilitación de herramientas de apoyo al trabajo educativo y de sensibilización con niños y jóvenes para profesionales del ámbito educativo y del ocio: el programa "La aventura de la vida"; el Proyecto deporte escolar y prevención: EP@; las exposiciones "Fiebre del viernes noche" y "¿Coca, qué?"; el material didáctico "¿Salimos?", etc.
- Uso de las TIC para difundir mensajes preventivos en relación con el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes a partir de 12 años a través de las páginas "ElPep.info" y "LaClara.info", y las redes sociales (Facebook y Twitter).
- Elaboración de material de sensibilización y difusión de información en torno al fenómeno de las drogas dirigido a la población general a través del Canal Drogas (Canal Salud) y la exposición "Entre nosotros".
- Implementación del cribado del consumo de riesgo de alcohol y del consejo breve desde los servicios de salud de la atención primaria: el programa "Bebed menos".
- Difusión de materiales de reducción de riesgos entre jóvenes consumidores en espacios de ocio.
- Promoción de espacios de información y asesoramiento sobre los riesgos del consumo de drogas en espacios de consumo.
- Promoción de la creación de grupos de jóvenes para la difusión de mensajes de reducción de riesgos mediante la metodología de la educación entre iguales.
- Apoyo al establecimiento de espacios de análisis de sustancias en entornos de consumo: el proyecto Energy Control.
- Difusión de medidas ambientales para crear espacios de ocio más saludables y seguros (facilitar accesos a agua fresca, señalar zonas de descanso, evitar aglomeraciones, etc.) entre los organizadores de fiestas locales, a través de la Guía de recomendaciones para la prevención de problemas relacionados con el alcohol y otras drogas.
- Despliegue del sello de calidad para identificar los locales de ocio o festivales con servicios básicos relacionados con la salud y el bienestar de sus clientes.
- Realización de cursos para profesionales del ámbito de la noche de locales de ocio y festivales, y formación de grupos de jóvenes que organizan barras o barracas en el contexto de fiestas locales.
- Despliegue del programa de la Plataforma Noches Q para el abordaje comunitario de las actuaciones preventivas sobre drogas en el ámbito de la noche.

Las iniciativas relacionadas con la prevención de conductas de riesgo y la promoción de la salud mental que desarrolla la Agencia de Salud Pública de Cataluña en el ámbito del ocio son:

- Implementación del programa piloto Prescripción social en una muestra de servicios de salud de la atención primaria con el fin de estimular la participación social de personas con riesgo de aislamiento en las actividades organizadas por las entidades ciudadanas de su entorno local y para que puedan sacar partido de ello. Se trata de aumentar su participación en actividades comunitarias.
- Medición de la salud mental positiva (bienestar emocional) de la población de Cataluña mediante la introducción en la Encuesta de salud de Cataluña continua (ESCAc) de la escala WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale) adaptada y validada al catalán. Se trata de un cuestionario que recoge los últimos avances sobre mediciones psicológicas con el fin de reunir sus aspectos positivos, de acuerdo con la definición de la OMS, que establece que esta noción va más allá de la ausencia de enfermedad. La salud mental positiva tiene relación con muchos indicadores de calidad de vida y permite entender el bienestar incluso en etapas de la vida en que se hacen muy presentes el efecto de los síntomas o las enfermedades crónicas.

Las iniciativas dirigidas a prevenir la infección por el VIH y otras ITS en el colectivo joven en el ámbito del ocio han sido diseñadas en el marco de la Comisión Interdepartamental del Sida de Cataluña y quedan reflejadas en el **Plan de Acción ante el VIH/sida 2010-2013**. Están desarrolladas conjuntamente por los departamentos de Salud (Agencia de Salud Pública de Cataluña), Enseñanza, Bienestar Social y Familia (Dirección General de Juventud, Área por la Igualdad de Trato y no Discriminación de las personas LGTB, Dirección General de Inmigración, Instituto Catalán de las Mujeres) y Justicia, la Agencia de Salud Pública de Barcelona, entidades locales y organizaciones no gubernamentales de servicio en sida con el apoyo de las diputaciones provinciales, la Federación de Municipios de Cataluña y la Asociación Catalana de Municipios. Son las siguientes:

- Trabajar las habilidades preventivas de la población adolescente y joven en el ámbito social:
 - Promover la inclusión de la educación afectiva y sexual en el ámbito de la salud en la formación de los educadores de actividades de educación en el ocio.
 - Fomentar la educación afectiva y sexual en jóvenes en situación de especial vulnerabilidad.
 - Favorecer la formación entre iguales.
 - Proporcionar información, orientación y asesoramiento en línea.
- Facilitar la accesibilidad al material de prevención:
 - Hacer difusión del acceso gratuito al preservativo.
 - Dispensar de forma gratuita preservativos y lubricantes.
 - Aumentar la cobertura de la dispensación de preservativos a bajo precio.
 - Reforzar la disponibilidad de material informativo en los lugares de ocio.
 - Potenciar la implicación del mundo empresarial relacionado con el ocio.

Estas actuaciones estarán en la línea del **Acuerdo nacional para afrontar la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana en Cataluña y luchar contra el estigma relacionado con este virus**, que se ha aprobado en el Parlamento de Cataluña en enero de 2014. Tal como se indica, el PINSAP debe garantizar enfoques que tengan en cuenta las desigualdades sociales desde un punto de vista comunitario sobre la prevención y la atención a las personas que viven con el VIH. El PINSAP, como eje vertebrador de la salud pública en Cataluña, es un punto de entrada al abordaje más óptimo para reducir desigualdades en salud y potenciar el liderazgo fuerte e integrado de la participación comunitaria tanto en su planificación y evaluación como en su práctica.

Actividad física y deporte

La actividad física y el deporte se han convertido en uno de los hechos sociales más importantes del siglo XXI. El fenómeno deportivo ha contribuido al desarrollo armónico y completo del ser humano, ha hecho posible la formación integral de las personas y ha favorecido su bienestar social y su calidad de vida. Hoy día se puede considerar que la relación entre la actividad físico-deportiva y la salud es cada vez más amplia y estrecha, sobre todo cuando hablamos de la gran influencia de la práctica de actividades físicas y deportivas en el estado de salud de las personas.

Según datos de la última encuesta sobre la práctica deportiva hecha por el Observatorio del Deporte Catalán en el 2010, un 50,5% de la población a partir de 15 años practica deporte y la primera de sus motivaciones es mantenerse en forma y mejorar su salud (82%).

La práctica de actividad física y de deporte está asociada a cuatro principios fundamentales:

- La salud, vista la evidencia científica de los beneficios de la práctica de la actividad física y el deporte y su impacto en la salud de las personas.
- La educación. La actividad física y el deporte se entienden como generadores de valores y hábitos.
- La igualdad efectiva entre hombres y mujeres en todos los ámbitos (práctica, dirección y gestión) y también en relación con los técnicos de la actividad física y el deporte.
- La inclusión social. La actividad física y el deporte se consideran instrumentos generadores de cohesión social.

Según los informes de la OMS, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo. Estos efectos se evidencian sobre tres tendencias: el envejecimiento de la población, la urbanización rápida y no planificada, y la globalización y las nuevas tecnologías, factores que se traducen en comportamientos poco saludables. La OMS ha elaborado unas recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud, con el objetivo general de proporcionar a los formuladores de políticas, en el ámbito nacional y regional, una orientación sobre la relación dosis-respuesta entre frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física en relación con la prevención de las enfermedades no transmisibles.

La OMS dice que España es uno de los países europeos con mayor nivel de sobrepeso y obesidad infantil. Este hecho coincide con la disminución del horario del ejercicio físico escolar, y España es uno de los países de la UE que menos parte de su horario de la ESO dedica a la asignatura de educación física (3-4%).

Practicar actividad física moderada de manera regular es una herramienta efectiva de prevención primaria, secundaria y terciaria que presenta pocos efectos negativos si se hace de forma controlada y supervisada. Todos los estudios llevados a cabo hasta el momento demuestran y confirman los beneficios que supone la práctica de un estilo de vida activo.

Está demostrado que la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares, diabetes *mellitus* de tipo 2, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión. Además la actividad física es un factor determinante en el consumo de energía y, por lo tanto, es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso.

Estos beneficios se pueden caracterizar en función de la edad, según las Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud de la OMS, que formula unas conclusiones sobre la base de la evidencia científica de los resultados de estudios diferentes (se han examinado recensiones bibliográficas de fuentes como CDC (2008), Jansen (2007) y Jansen y Leblanc (2009)), que han observado que el aumento de la actividad física está asociado a unos parámetros de salud más favorables.

Con estas evidencias científicas podemos llegar a decir que la relación entre la actividad física y el deporte y la salud perduran en el tiempo durante buena parte de la vida de las personas. Se inicia su relación desde que son muy pequeñas, a través de la educación física escolar y la actividad física y el deporte extraescolar; continúa por la pubertad y la adolescencia a través también de una actividad física escolar a la cual se puede añadir una actividad física o deportiva de ocio, o la práctica de un deporte más reglado y federado; pasa por la edad adulta donde la dimensión de la actividad física y el deporte se diversifican hacia el ocio deportivo, que ha experimentado una expansión considerable, y el deporte federado y/o de alto rendimiento, y acaba con una gran incidencia sobre la actividad física de las personas mayores.

Esta relación estrecha entre la actividad física y la salud hace que la salud mejore en aquella parte de la sociedad que está activa y, por lo tanto, los responsables de la organización de las actividades deportivas son, al mismo tiempo, responsables de la salud de los que las practican.

La mayoría de niños y jóvenes hacen ejercicio casi sin proponérselo mediante el juego y las actividades cotidianas de un estilo de vida activo: ir andando a la escuela, jugar en el patio o en el parque, subir escaleras o pasear al perro.

En cuanto a la educación física escolar, todos los niños escolarizados hacen un mínimo de una hora de clase de educación física a la semana (40 minutos reales de práctica), aunque algunos centros de primaria hacen dos horas a la semana (1,20 horas es el tiempo real de práctica), dentro del horario lectivo y del currículo. Pero esta actividad física escolar es insuficiente y, de hecho, un estudio reciente de la oficina de estadística escolar de la UE (Eurydice) sitúa a

España como uno de los países de Europa que menos tiempo dedica a la asignatura de educación física durante la ESO.

Por otra parte, un estudio reciente hecho por el Observatorio de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Sant Joan de Déu demuestra que la actividad física mejora el aprendizaje y el rendimiento escolar y muestra los beneficios de la actividad para la salud física, mental y la construcción de valores. También hay que añadir, en el ámbito educativo, que la práctica de actividad física y el deporte comportan mejoras en el índice de asistencia en la escuela y en la relación con los padres, y reducen los trastornos de la conducta, de la delincuencia y del consumo de drogas.

Por este motivo resulta básico hacer accesible, como herramienta preventiva, la actividad física y el deporte a todos los colectivos de la sociedad, e intentar conseguir que, desde bien pequeños, se generen unos hábitos saludables de práctica regular que puedan perdurar a lo largo de toda su vida. Y hay que tener en cuenta que en las edades tempranas en las cuales se trabajan los hábitos la responsabilidad de una vida activa difícilmente recae sobre los mismos niños. Por lo tanto, hay que dedicar muchos esfuerzos a facilitar las acciones en el entorno escolar, que es donde encontramos a todos los niños, y también hay que tratar de concienciar a las familias de que la actividad física y deportiva de los niños les puede aportar muchos beneficios.

Las **personas mayores** que se mantienen activas físicamente consiguen moderar, e incluso llegar a invertir, muchos de los efectos de la edad, lo cual repercute favorablemente tanto en la persona como en la sociedad.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

La Secretaría General del Deporte lleva a cabo:

- **Plan estratégico de deporte escolar de Cataluña 2013-2020 (PEEC).** Plan para la consolidación y el incremento de la práctica físico-deportiva de los niños y adolescentes catalanes desarrollado por la Secretaría General del Deporte y el Departamento de Enseñanza, con la colaboración de los consejos deportivos de Cataluña, que incluye 3 programas concretos: el Plan catalán de deporte en la escuela, el programa Juegos deportivos escolares de Cataluña y el FITJOVE.
- **Plan catalán de deporte en la escuela (PCEE).** Plan de promoción de la práctica deportiva extraescolar de los niños y jóvenes en los centros educativos de primaria y secundaria desarrollado entre la Secretaría General del Deporte y el Departamento de Enseñanza.

El PCEE tiene como objetivo principal incrementar la participación de los niños y jóvenes en actividades físicas y deportivas en horario no lectivo en el mismo centro educativo y, al mismo tiempo, utilizar estas prácticas para la difusión y la educación en valores y para la adquisición de hábitos saludables.



- **Programa Juegos deportivos escolares de Cataluña (JEEC).** Programa de promoción del deporte escolar en el ámbito comarcal, desarrollado entre la Secretaría General del Deporte y los consejos deportivos.

En las directrices de JEEC se afirma que, además de fomentar la práctica deportiva: "... también se tendrán que llevar a cabo acciones específicas para el reconocimiento y la promoción de los valores educativos del deporte así como para el fomento de la adquisición de hábitos saludables, con la colaboración de entidades que los impulsen, con el fin de promover su difusión tanto entre los escolares y las familias como entre el personal técnico y dirigente".

- **Programa FITJOVE.** Programa de promoción de ejercicio físico dirigido a adolescentes que hacen cuarto de ESO en centros educativos del PCEE como estrategia de prevención del consumo de drogas, desarrollado entre la Secretaría General del Deporte y la Agencia de Salud Pública de Cataluña.
- **Plan estratégico de deporte universitario de Cataluña (PEEUC).** Plan para la consolidación y el incremento de la práctica físico-deportiva de los estudiantes universitarios catalanes, desarrollado por la Secretaría General del Deporte y el Consejo Interuniversitario de Cataluña, con la colaboración de las universidades catalanas.
- **Programa "Mujeres y deportes".** Programa desarrollado por la Secretaría General del Deporte y el Instituto Catalán de las Mujeres que pretende impulsar actuaciones dirigidas a corregir los desequilibrios existentes entre mujeres y hombres en el ámbito del deporte, en todos los niveles, y fomentar mecanismos de intercambio de conocimientos y de experiencias entre las entidades deportivas y las entidades de mujeres que hagan posible avanzar hacia la igualdad efectiva de mujeres y hombres en el ámbito del deporte.
- **Plan nacional de promoción de la actividad física (PNPAF).** Plan que está desarrollando la Secretaría General del Deporte, con la implicación de diferentes administraciones catalanas y el sector privado, y que favorece una mayor sensibilización social sobre la necesidad de ser activo en todas las franjas de edad de la población y aprovecha el trabajo hecho por el Programa de actividad física, deporte y salud (PAFES). El PAFES está impulsado conjuntamente por el Departamento de Salud y la Secretaría General del Deporte desde el 2007 para luchar contra el sedentarismo en las personas adultas y recomienda la actividad física y la práctica deportiva en la atención primaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir la aparición de determinadas enfermedades.

Por otra parte, el Departamento de Salud, a través de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, lleva a cabo:

- **Plan integral para la promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable**

Con el fin de promover la salud por medio de la actividad física el Departamento de Salud puso en marcha el [Plan integral para la promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable \(PAAS\)](#)¹³⁴ en consonancia con la estrategia NAOS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y la Estrategia sobre dieta, actividad física y salud de la OMS.

Se basa en la evidencia que afirma que los abordajes multidisciplinares, multifactoriales e integrales son los más efectivos para cambiar los hábitos y los estilos de vida. El PAAS tiene la voluntad de la universalidad, promueve la equidad en el territorio y en colectivos desfavorecidos y el aprovechamiento de los recursos ya existentes y trabaja para capacitar tanto profesionales como pacientes. Desde su puesta en marcha ha llevado a cabo más de 65 acciones en los ámbitos educativo, comunitario, sanitario y laboral, con la participación de otros departamentos de la Generalitat de Catalunya, ayuntamientos y entidades locales, fundaciones, centros universitarios y de investigación, la industria, y otras instituciones y recursos de la comunidad. El PAAS se integra en el proyecto 2.2 del Plan de salud 2011-2015 (Potenciar los programas de protección y promoción de la salud y prevención de las enfermedades) en el marco de las enfermedades crónicas.

En el marco del Plan de salud y del PAAS se sitúa el **Plan de actividad física, deporte y salud (PAFES)**, en conjunción con la Secretaría General de Deporte y los ayuntamientos, que se ha extendido prácticamente a la totalidad de los centros de atención primaria y que ha llegado a casi 400.000 personas. Con su aplicación se ha observado una disminución relativa de un 19% del sedentarismo que se ha concentrado en la población diana del PAFES. Se estima que en Cataluña entre el año 2006 y el 2011 hay 240.000 personas sedentarias menos. Dado que la OMS estima que el coste de una persona sedentaria es de entre 150-300 euros al año, eso supone un ahorro aproximado de unos 54 millones de euros.

Áreas de actuación interdepartamental e intersectorial que se engloban en el PINSAP

- Utilizar las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes.
- Prevenir y reducir los riesgos (consumo de alcohol y otras drogas, adicciones no tóxicas) y promover la salud en la juventud a través de redes sociales y programas comunitarios. Uso correcto y seguro de las TIC y las redes sociales entre las personas jóvenes.
- FITJOVE. Impulsar el deporte para la promoción de la salud en adolescentes de riesgo.
- Vigilar y controlar nuevas formas de consumo, especialmente de productos relacionados con el tabaco (cigarrillos electrónicos).

- Impulsar la participación en actividades culturales. Puesta en marcha de programas como "Letras y salud". Fomentar la lectura y la reflexión en centros sanitarios, comunitarios y culturales sobre temas que tengan que ver con el autocuidado, la promoción de la salud, el afrontamiento de la enfermedad, la muerte, etc.
- "Salud: tú puedes decidir". Campaña informativa y de educación para la salud para facilitar que el ciudadano pueda tomar una decisión informada favorable a su salud.
- Programa de prescripción de actividades sociales y culturales en personas en situación de vulnerabilidad.

4.8. Sistema sanitario y salud

Aunque la mayoría de los determinantes de la salud se sitúan fuera del sistema sanitario, los sistemas sanitarios tienen una influencia directa sobre la salud de las personas y de las comunidades y las poblaciones y, en los casos de los sistemas sanitarios con financiación pública, también una influencia indirecta como elementos de cohesión social. En cuanto a las influencias directas, aunque la pretensión, obviamente, es que sean beneficiosas para la salud, también pueden ser negativas.

Aunque se ha estimado que la contribución del sistema sanitario solamente aporta una pequeña proporción (cifrada en un 10-20% de la salud global y la longevidad),¹³⁵ el acceso oportuno y fácil a unos servicios de salud resulta fundamental para mantener la salud de las personas y las poblaciones, siempre que estos servicios sanitarios sean adecuados e incluyan la promoción –mejora–, la protección –prevención de las enfermedades–, el tratamiento y la rehabilitación.

Eso no se puede conseguir si no es para una pequeña minoría de la población, sin una financiación pública suficiente que garantice la cobertura o el aseguramiento para el conjunto de la población. Precisamente en el contexto de la crisis económica en que están implicados muchos países la OMS dedicó su Informe de Salud de 2010 a la financiación de los sistemas sanitarios como un camino hacia la cobertura universal.^{136,137} El informe estructura sus argumentos alrededor de tres temas principales:

1. Garantizar que los recursos dedicados a los sistemas sanitarios sean suficientes.
2. Reducir los riesgos financieros y las barreras a la atención sanitaria.
3. Potenciar el uso eficiente de los recursos.

Como se decía al principio, las influencias directas de los sistemas sanitarios también pueden ser negativas, en algunos casos, como consecuencia de la presentación de reacciones adversas de las intervenciones, más preocupante todavía en el caso de intervenciones poco indicadas y, en otros, como consecuencia de la ineficiencia en la utilización de los recursos. Los autores del

informe mencionado estiman que un 20-40% de todo el gasto sanitario es ineficiente, incluso en los países en que el gasto es claramente insuficiente. Para reducir la ineficiencia proponen:

1. Disminuir la medicalización excesiva a través de la gestión y el uso adecuado y racional de los medicamentos y las tecnologías sanitarias y una mejora de todo el proceso (desde su compra, almacenaje y distribución, y su indicación, prescripción y utilización).
2. Maximizar la eficiencia de las tecnologías y los servicios de salud.
3. Motivar a los profesionales de la salud.
4. Mejorar la eficiencia de los centros sanitarios, especialmente los hospitales.
5. Obtener una atención correcta desde el primer momento mediante la reducción de los errores sanitarios.
6. Eliminar el despilfarro y la corrupción.
7. Hacer una evaluación crítica de los servicios que son necesarios.

Otro problema es el de las desigualdades en salud, una parte importante de las cuales tienen que ver con las desigualdades sociales; otras, sin embargo, son consecuencia de la organización y la utilización de los mismos servicios sanitarios. Por lo tanto, en la atención sanitaria hay que identificar varios sesgos, desigualdades e iniquidades, sean étnicos, de clase social, de edad o de género.

Con respecto a las desigualdades de género, que afectan los dos sexos y que, de acuerdo con la Ley de salud pública vigente, se tienen que considerar específicamente, convendría tener en cuenta:

- a) Si los hombres y las mujeres consultan de forma diferente por el mismo problema los diferentes niveles de los servicios sanitarios y si estas diferencias se deben a actitudes de las mujeres o de los hombres relacionadas con los modelos de comportamiento de género.
- b) Si los hombres y las mujeres presentan sus quejas y síntomas de manera distinta, en el mismo momento de gravedad, y si tienen el mismo tipo de queja sobre el problema. Así, se sabe que las mujeres acuden más a los servicios de atención primaria y los hombres más a los servicios hospitalarios. Eso es atribuible, en parte, a la socialización que normaliza la posibilidad de quejarse y pedir ayuda de las mujeres, lo que no hacen los hombres, en los que esto se puede considerar una aparente debilidad hasta que se evidencia una enfermedad grave.
- c) Se aprecian diferencias por sexos en la forma en que el personal sanitario atiende a los pacientes, tanto en la atención como en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico.
- d) Hace falta aportar una mirada de género en la elección o el establecimiento de prioridades de los problemas de salud a los cuales se destinan recursos e intervenciones que afectan mayoritariamente mujeres y hombres, ya que es en este establecimiento de prioridades donde también se pueden detectar elementos desencadenantes de la iniquidad de género.

Hay que tener en cuenta, además, que el sistema sanitario no es homogéneo sino que en él coexisten diversos subsistemas como el público y el privado; y también, que en él coexisten sistemas de aseguramiento por enfermedades comunes y por enfermedades laborales.

Hay que estar atentos e intentar prevenir y actuar sobre los efectos que la actual crisis económica, profunda y duradera en países como el nuestro, puede tener en la salud de la población y adaptar los sistemas sanitarios a la nueva situación. Según el Informe de Thompson y colaboradores,¹³⁸ la investigación hasta ahora se ha concentrado en los resultados de salud a corto plazo de las crisis económicas tales como sus efectos sobre la salud mental, las infecciones y las lesiones. No obstante, es muy probable que haya efectos sobre la salud que tarden a manifestarse, como los que tienen que ver con algunas enfermedades crónicas y sus complicaciones. En cualquier caso, y con respecto a las consecuencias sobre la salud mental, conviene evitar una medicalización inadecuada como respuesta y favorecer las intervenciones dirigidas a las causas de los trastornos del estado de ánimo, las preocupaciones y las depresiones. Por una parte, hay que considerar la relevancia de las medidas de salud pública y las actuaciones sobre todas las políticas como las que están en la base del PINSAP y, por otra, también hay que introducir la evaluación del impacto sobre la salud de las medidas tanto sanitarias como no sanitarias que se utilizan para hacer frente a la crisis (por ejemplo, políticas de protección social o políticas de austeridad).

Los servicios de salud pública tienen que ser considerados como una parte del sistema sanitario. De hecho, dado que la mayoría de las causas están fuera del sistema sanitario, se requiere el abordaje intersectorial de la salud pública. El Instituto de Medicina de los EE.UU. habla de los sistemas de salud pública como de unas redes complejas de personas y organizaciones que cuando trabajan juntas representan lo que la sociedad hace colectivamente para garantizar las condiciones a fin de que una persona pueda llevar a cabo una vida saludable.

Un estudio muestra cómo el 50% de los beneficios en la esperanza de vida experimentados en los EE.UU. desde 1950 son atribuibles a estrategias de salud pública relacionadas con la alimentación, el consumo de tabaco y otras medidas.¹³⁹

Sabemos también que la inversión en salud pública se relaciona con una disminución de mortalidad que se puede prevenir, especialmente en comunidades con recursos bajos.¹⁴⁰

Las estrategias internacionales de prevención y control de la cronicidad dan un papel clave a la prevención. Solamente a través de la prevención y la promoción de la salud se conseguirá el objetivo de aumentar la esperanza de vida en buena salud.

Muchas de las intervenciones de salud pública son eficientes y otras tienen una relación coste-efectividad mejor o equivalente a la de intervenciones plenamente establecidas en la atención sanitaria. Entre las intervenciones que generan ahorro o tienen una relación coste-efectividad muy buena hay que señalar las vacunaciones, el control del tabaquismo, la prevención cardiovascular o la promoción de la salud en los puestos de trabajo.¹⁴¹

Según el informe americano *Prevention for a healthier America*, la inversión en programas probados de prevención y promoción (por ejemplo, un gasto de 10 dólares por persona/año, programas de prevención de tabaquismo y alimentación saludable) se puede recuperar en disminución de gasto sanitario en un tiempo cercano de uno a dos años y en cinco años, por cada dólar invertido, se ahorran 5,6.¹⁴²

Este ahorro se traduce en gasto no producido (dinero virtual) en un futuro más o menos lejano. Por ejemplo, los casos evitados de sarampión o poliomielitis se asocian a unos ahorros económicos y a un impacto social evidentes. Un aspecto que hay que considerar es la dificultad en visualizar a las personas concretas que se benefician de las intervenciones.

La crisis económica actual hace todavía más prioritario el uso eficiente de los recursos. Como hemos visto anteriormente, el gasto en salud pública, más que un gasto, es una inversión.

Una sociedad que invierte en salud pública es una sociedad más sana y con más capacidad productiva. En Cataluña cada año se administran más de 3.200.000 vacunas a más de 1.700.000 personas. Con estas vacunas se han evitado más de 900.000 casos de enfermedades en veinte años y las complicaciones y muertes asociadas. La Ley de prevención y control del tabaquismo se ha asociado a un descenso del 11% de ingresos por infartos, y así se ha evitado todo el gasto y la carga de enfermedades asociadas. Las 240.000 personas que han pasado de ser sedentarias a activas gracias a programas como el PAFES se estima que han contribuido a disminuir en 54 millones el gasto sanitario anual. Las casi 3.000 muertes evitadas en diez años por tráfico se asocian a un ahorro estimado de 18.000 millones de euros. Cada año se hacen más 30.000 controles sobre establecimientos alimentarios e instalaciones de riesgo que garantizan que la comida que llega a nuestras mesas, el agua que bebemos y el aire que respiramos reúnen las características de salubridad adecuadas. Se reduce el riesgo de aparición de brotes de legionela mediante las inspecciones anuales de las instalaciones de más riesgo. Se hacen los controles sanitarios oficiales a los mataderos sobre un volumen de más de 314 millones de cabezas de ganado sacrificadas para evitar la transmisión de enfermedades. La vigilancia de la salud pública, sobre todo la de las enfermedades transmisibles y sus determinantes, y la respuesta rápida a emergencias de salud pública y el apoyo a la gestión del sistema de alertas, permite actuar para mejorar la salud de la población.

A partir de la detección de las necesidades de salud de la población y los riesgos del entorno y de la monitorización de las tendencias, tanto en factores de riesgo como en enfermedades, que se hace desde la vigilancia de salud pública, se planifican y programan actuaciones de protección, promoción y prevención, e incluso de salud laboral y seguridad alimentaria. A veces, estas actuaciones las llevan a cabo los propios recursos de salud pública, tanto los autonómicos como los de las administraciones locales; otras veces, se trabaja conjuntamente con los recursos del sistema asistencial.

La salud pública trabaja para dar empoderamiento a las personas y las comunidades, y para conseguir entornos más seguros y saludables. Se trata de que las personas sean responsables y protagonistas de su propia salud, en entornos que la faciliten a todo el mundo de la misma forma. Eso implica hacer actuaciones universales y actuaciones específicas para personas o

colectivos en situación de vulnerabilidad. Hay que incorporar la perspectiva de trayectoria vital y también la de género y de origen. Para conseguirlo hace falta el compromiso de todos los profesionales de la salud pública.

La acción de la salud pública da respuesta a las necesidades de salud de la población. Raramente responde a demandas explícitas. Es por eso que hace falta una acción proactiva de las administraciones públicas para anticiparse a los problemas de salud a través de:

91

- La gestión de los riesgos para la salud (aire, agua, alimentos) representados por los objetos de riesgo (mataderos, comedores, redes de aguas, etc.).
- La actuación sobre los determinantes de la salud (salud en todas las políticas) y de las desigualdades.
- El fomento de estilos de vida personales de autorresponsabilidad. Al mismo tiempo hay que facilitar que las opciones saludables sean las más fáciles.
- Las acciones preventivas, especialmente las vacunaciones.
- La seguridad alimentaria.
- La salud laboral.
- La vigilancia de la salud pública y de los determinantes de la salud.
- La salud internacional y la cooperación.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

- **Todas las actividades de la cartera de salud pública**, en especial aquéllas que tienen a ver tanto con la protección de la salud, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades infecciosas (específicamente las que son objeto de vacunación y otras) como con la prevención y el control de las adicciones, la vigilancia epidemiológica y la salud laboral.
- Dentro de éstas, por su especificidad y carácter intersectorial, entre otras, destaca el **Plan integral de promoción de la salud a través de la actividad física y la alimentación saludable (PAAS)**, que incluye el Plan de actividad física, deporte y salud, el Proyecto AMED de establecimientos promotores de alimentación mediterránea, etc.
- **Planes interdepartamentales de prevención y control de drogodependencias y de prevención y control de la infección por VIH/sida.**
- Impulso a la **salud comunitaria** mediante el desarrollo de intervenciones comunitarias, por una parte, propias del Departamento de Salud y del sistema sanitario público catalán y, por otra, con el fomento de las iniciativas intersectoriales con otros dispositivos de las administraciones públicas y de la sociedad civil; las primeras, básicamente compartidas entre los servicios de salud pública y los de atención primaria en el ámbito territorial, a partir de redes como AUPA, ASACO, etc. y el favorecimiento de la dedicación a la salud comunitaria de los dispositivos asistenciales del SISCAT.
- Transformación del modelo asistencial para conseguir un **sistema integrado más resolutivo** mediante los acuerdos de colaboración entre los equipos asistenciales en el territorio, las alianzas entre los servicios, la reorganización de procesos, etc.
- **Plan de prevención y atención a la cronicidad** para orientar el sistema de salud hacia una atención más proactiva y/o continuada de los pacientes crónicos, sin dejar de lado los programas preventivos, y en colaboración entre los ámbitos sanitarios y sociales.
- **Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones.** Contribuye a la mejora de la salud mental de la población y a la disminución de las desigualdades sociales de las personas con trastorno mental y adicciones mediante la identificación de sus necesidades integrales, la mejora de la atención que reciben, el incremento de sus oportunidades de integración y el refuerzo de la acción interdepartamental planificada de los servicios sanitarios, sociales, educativos, de integración laboral y de justicia.
- **Proyecto Essencial.** Tiene el objetivo de conseguir un consumo más racional de los recursos con el fin de limitar los despilfarros en la utilización de productos y servicios que no son efectivos y que no aportan salud en la práctica clínica, y también para disminuir las reacciones adversas que se asocian a ellos mediante la elaboración de



recomendaciones y el desarrollo de políticas que incentiven efectivamente la prevención de su sobreutilización y de la sobremedicalización.

- Proyectos de **seguridad del paciente** para disminuir las reacciones adversas asociadas a la práctica clínica como consecuencia de factores singulares o sistemáticos.
- Proyectos de **mejora continua de la calidad** para incrementar la pertinencia, la efectividad, la eficiencia y la equidad de las intervenciones sanitarias.
- **Benchmarking y rendición de cuentas** mediante la transparencia y la claridad en la información accesible a la población sobre las actividades del sistema sanitario a través de las publicaciones de la Central de Resultados.

Áreas de actuación interdepartamental e intersectorial del PINSAP

- Prevención de conductas suicidas con la activación del Código riesgo de suicidio en personas de alto riesgo.
- Implementación de la prueba rápida del VIH en la atención primaria en áreas prioritarias.
- Impulsar la salud comunitaria a través del trabajo en red entre la salud pública y el sistema asistencial y la ciudadanía.



Buena práctica

Prevención de suicidios

El seguimiento telefónico de los pacientes atendidos en las urgencias después de una conducta suicida reduce la tasa de reintentos y alarga el tiempo entre nuevos episodios, cosa que se puede acabar traduciendo en un descenso de la mortalidad por suicidio. Ésta es la conclusión principal a la cual ha llegado un estudio elaborado por un equipo de profesionales de salud mental del Parc Taulí. Los resultados del estudio han sido tan positivos que en el Centro de Salud Mental Parc Taulí un enfermero gestor de casos ya lleva a cabo un programa de aplicación de éste en la práctica clínica real sobre todos los pacientes -adultos y jóvenes- atendidos en el Servicio de Urgencias después de una conducta suicida. En el caso de los adultos, el programa implica la priorización de una visita psiquiátrica durante la semana posterior al alta y un seguimiento telefónico regular durante 12 meses para asegurar la continuidad asistencial. En el caso de los menores en todos los casos también se hace una evaluación completa del niño después de 24-48 horas de la conducta suicida en el Hospital de Día de Adolescentes, que facilita la aplicación de un plan terapéutico intensivo individual y familiar.

El estudio partió del hecho que una de las poblaciones con más riesgo reconocido de suicidio, y que resulta fácilmente accesible a los programas preventivos de intervención, está constituida por los pacientes supervivientes a conductas suicidas no mortales y que son atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios.

El suicidio es la segunda causa de mortalidad en adultos jóvenes en España. La depresión, que afecta cerca de un 10% de la población, es considerada uno de los factores de riesgo más importantes. Diversos estudios han demostrado reducciones de la mortalidad por suicidio asociadas a la implantación de medidas dirigidas a proporcionar atención psiquiátrica a las personas que presentan factores de riesgo con respecto a la conducta suicida, que complementan así otras intervenciones preventivas como el control del acceso a los medios suicidas, y los programas de mejora de la comunicación pública en relación con el suicidio, entre otras medidas de salud pública.

4.9. Políticas sociales y salud

Los grandes cambios económicos y sociales de carácter estructural que se ponen de manifiesto en los últimos años y la extensión de riesgos nuevos de vulnerabilidad y exclusión en nuestra sociedad, que la crisis financiera y económica ha extendido y ha puesto en evidencia con más crudeza, reclaman una política de inclusión social que pueda dar respuesta a las nuevas problemáticas sociales de carácter diverso. Esta política de inclusión social tiene que ser sensible a las transformaciones sociales y a la extensión de los riesgos de ruptura asociados a procesos de exclusión social en capas más amplias de la sociedad y debe poder dar respuesta a nuevas necesidades que se pueden manifestar en cualquier etapa del ciclo vital como consecuencia de procesos de exclusión social.

La protección social puede tener una contribución destacada en la salud de la población y en la reducción de las desigualdades en salud. La duración del tiempo que una persona vive en condiciones de pobreza o exclusión reduce sus posibilidades de salir de este estado y, progresivamente, empeora su situación económica y social, y también la salud. Los determinantes sociales de la salud, incluidos la pobreza, el aislamiento y la exclusión social, afectan negativamente a la calidad de vida e incrementan el riesgo de sufrir diversas enfermedades (enfermedades cardiovasculares, enfermedades osteoarticulares, diabetes, enfermedades respiratorias y trastornos mentales, entre otros).¹⁴³

El estado del bienestar está formado por el sistema de la seguridad social, el sistema de salud, el sistema de educación, el sistema de servicios sociales, las políticas para la ocupación, las políticas de vivienda y otras actuaciones públicas. Los servicios sociales son el conjunto de intervenciones que tienen como objetivo garantizar las necesidades básicas de los ciudadanos, y que prestan una atención especial al mantenimiento de su autonomía personal y promueven el desarrollo de las capacidades personales en un marco de respeto por la dignidad de las personas.

De acuerdo con lo que establece la Ley 12/2007 de servicios sociales, la Administración de la Generalitat, los municipios y otros entes locales de Cataluña son las administraciones competentes en materia de servicios sociales.

Corresponde al Gobierno la aprobación de la cartera de servicios sociales, así como ordenar los servicios sociales y establecer las directrices, los criterios y las fórmulas de coordinación general del sistema.

Teniendo en cuenta las circunstancias sociales y económicas actuales, las intervenciones estratégicas que se propone el Departamento de Bienestar Social y Familia van enfocadas a mantener los servicios sociales en el nivel de calidad alcanzado mediante la búsqueda de las soluciones más eficientes, la mejora de la equidad y la accesibilidad, y a dar respuesta a las necesidades de las personas poniendo el acento en el mantenimiento de la autonomía personal y en la integración social y comunitaria.

Líneas de actuación en marcha que se engloban en el PINSAP

Desde el Departamento de Bienestar Social y Familia

- **Adaptación de los diferentes servicios incluidos en la cartera de servicios sociales a las necesidades y al contexto actual garantizando la sostenibilidad del sistema catalán de servicios sociales y la protección social de los sectores más vulnerables.**

El actual contexto socioeconómico y los cambios producidos en los perfiles y las necesidades de las personas usuarias de los servicios ha comportado un trabajo orientado a garantizar la sostenibilidad del sistema catalán de servicios sociales, y eso es necesario hacerlo desde una perspectiva pluridisciplinar mediante el establecimiento de unas bases a fin de que la planificación de los servicios y recursos se convierta también en un instrumento de gestión de la crisis.

Se está trabajando en el ámbito de los servicios sociales especializados en el sentido de revisar los modelos de servicios incluidos en la cartera de servicios sociales actual.

En este contexto, la colaboración entre los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia constituye un elemento estratégico del Gobierno para garantizar el abordaje integral de problemáticas determinadas que afectan a los dos departamentos y que no se pueden trabajar separadamente, ya que hay que garantizar un continuo asistencial a partir del trabajo en red de los diferentes servicios.

- **Atención a las personas en situación de dependencia promoviendo la autonomía personal.**

En la medida en que el contexto económico actual lo permite, se está haciendo un importante esfuerzo para continuar dando respuesta a las necesidades y demandas de las personas con dependencia o con situaciones de especial necesidad y poder ofrecer el recurso más adecuado a las necesidades de la persona con grado de dependencia reconocido.

Se está trabajando en la nueva ley catalana de promoción de la autonomía personal que supondrá una mejora de la atención centrada en las necesidades y capacidades de estas personas.

- **Consolidación de los procesos de capacitación, normalización y participación de las personas con dificultades especiales para la vida comunitaria poniendo el acento en la prevención.**

Hay que mejorar el tránsito entre servicios, cuando la persona esté en disposición de hacer un paso hacia una mayor autonomía, y respetar aquellos casos en que haya que pasar temporalmente a un servicio más asistido, si su estado ha empeorado o se ha descompensado. En todo caso, lo que se pretende es rehuir el modelo de institucionalización, por falta de dinámica de inserción personal y social, y consolidar un modelo de atención más inclusiva. Para aquellos casos con un proceso más adelantado de rehabilitación personal, hay que potenciar los procesos de inserción social mediante la creación de programas de acompañamiento a la vida autónoma y la reducción de este acompañamiento de forma gradual como sistema facilitador de la independencia de la persona y su plena incorporación a la vida comunitaria.

■ **Elaboración de estrategias y actuaciones transversales de lucha contra la pobreza y la exclusión social.**

La actual situación de crisis ha tenido como consecuencia un importante incremento del número de personas y familias que viven en situación de necesidad en nuestra sociedad. Durante el período de crecimiento económico no se pudo reducir significativamente el número de personas y familias en situación de pobreza, que actualmente está aumentando de manera alarmante.

El Departamento de Bienestar Social y Familia está liderando la elaboración de un [Pacte per a la lluita contra la pobresa a Catalunya](#). Este Pacto, que parte de un abordaje de la exclusión social como un fenómeno dinámico de carácter multidimensional y multifactorial, constituirá el marco para el desarrollo de actuaciones y mecanismos de intervención para reducir al máximo el riesgo de pobreza en Cataluña. Para conseguirlo, se dotará de un plan de acción que abordará estrategias multinivel que incidan en todos los factores de riesgo desde un óptica multidimensional, mediante el planteamiento tanto de acciones paliativas para mejorar las situaciones de necesidad existente como preventivas que promuevan el empoderamiento de las personas en situación de necesidad y las haga partícipes de sus itinerarios hacia una inclusión activa. En este sentido, incluirá actuaciones que se deben activar desde los ámbitos ocupacional, residencial, comunitario, de la salud, etc.

■ **[Pla estratègic de polítiques de dones 2012-2015.](#)**

Parte de una conceptualización transversal de la perspectiva de género y apuesta por una planificación estratégica centrada en la metodología de trabajo consensuado y compartido que permita la incorporación transversal de la perspectiva de género en la actuación de los diferentes departamentos. El Instituto Catalán de las Mujeres tiene el reto de diseñar estrategias de transversalidad que garanticen que todas las políticas incorporen la perspectiva de género y de las mujeres.

Desde el Departamento de Justicia

■ El **Programa marco de organización curricular (PMOC) de los centros penitenciarios de Cataluña**, tanto de régimen ordinario como abierto, pretende facilitar una misma oferta de actividades y programas de intervención para todos los centros y potenciar el efecto de los programas de intervención; pretende garantizar la continuidad de los planes de trabajo de la población interna, y hacerlos más dinámicos, a la vez que posibilita el control del nivel de participación en las actividades marcadas. Este Programa marco pretende, asimismo, orientar la elaboración de los programas individuales de tratamiento (PIT) y garantizar la calidad de las actividades. Los ámbitos de actuación principales son:

- Formación de personas adultas.
- Mundo laboral.
- Salud y desarrollo personal.
- Contexto jurídico, social y cultural.
- Atención especializada.

- Intervención en departamentos donde conviven internas con sus hijos.
- Actuaciones de reinserción laboral.
- Intervención de entidades externas subvencionadas. Estas subvenciones están destinadas a apoyar actuaciones desarrolladas por entidades sin ánimo de lucro, subvencionadas mediante convocatoria pública, orientadas a la reinserción y rehabilitación de las personas privadas de libertad.
- Actuaciones en el ámbito de la justicia juvenil: asesoramientos técnicos, programas de mediación, medidas de medio abierto, medidas de internamiento en centros, tratamiento especializado de las problemáticas de salud mental y/o adicciones.
- Programas de atención sanitaria que abarcan desde la promoción de la salud (programas de infancia con salud, de atención a la mujer, etc.) a la prevención y el control de las enfermedades (incluidas las infecciosas como el VIH/sida, la hepatitis C, la tuberculosis, etc.; las drogadicciones, etc.).

Áreas de actuación interdepartamental e intersectorial del PINSAP

- Mejorar la colaboración entre los servicios sociales básicos y la atención primaria de salud.
- Mantener y potenciar el eje de trabajo Salud en los planes de desarrollo comunitario (PDC).

Buena práctica

La formación sobre calidad de vida y atención centrada en la persona

El Departamento de Bienestar Social y Familia, en su función de impulsar y dinamizar nuevas metodologías aplicadas a la formación de profesionales en el ámbito de los servicios sociales especializados, está trabajando en el desarrollo de una acción formativa transversal dirigida a los diferentes sectores (personas mayores, discapacidad intelectual y física, salud mental, drogodependencias y VIH/sida) sobre calidad de vida y atención centrada en la persona (ACP).

El objetivo de esta formación es trabajar el concepto de atención centrada en la persona e identificar buenas prácticas que se llevan a cabo actualmente sobre esta metodología de trabajo en los centros diurnos y residenciales de las entidades prestadoras de servicios y también traspasar este marco conceptual de la atención centrada en la persona a ámbitos de atención donde no está introducido formalmente y vincularlo al modelo de calidad de vida.

5. PROGRAMA TRANSVERSAL DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA

5.1. Justificación y propósitos

A causa de la situación actual de crisis económica y social, los problemas más importantes de salud pública son los que llevan a la exclusión social y la pobreza. Particularmente, en el caso de las personas que viven en hogares sin ningún ingreso económico regular. El paro, y sobre todo el paro de larga duración es, pues, uno de los determinantes principales de los problemas de salud en Cataluña. Estos problemas son consecuencia de la privación material, pero también de la falta de expectativas, de la percepción de inutilidad y de la falta de autoestima y la percepción de pérdida de la dignidad.

Esta situación agrava los trastornos del estado de ánimo, la desazón y sobre todo las depresiones menores, y también genera desesperanza que, en algunos casos, puede llevar a respuestas autodestructivas u otros comportamientos poco saludables. También comporta una demanda de atención médica que a menudo se traduce en un incremento de la prescripción y el consumo de medicamentos básicamente psicotrópicos, ansiolíticos y antidepresivos, sin que tengan un efecto positivo en la solución de los problemas que causan ese malestar.

En definitiva, pues, tiene que ver con las desigualdades económicas y sociales que la crisis ha incrementado de una forma notoria, las cuales contribuyen a las desigualdades en la salud de la población de Cataluña, porque, directamente o indirectamente, afectan a las condiciones de vida más determinantes de la salud y obstaculizan la adopción de comportamientos saludables con respecto a la alimentación y la actividad física o al consumo de drogas, pero también en cuanto a la solidaridad, la pertenencia comunitaria o la dignidad personal. Por eso, y de acuerdo con la moción unánime del Pleno del Parlamento de Cataluña de 13 de marzo de 2013, el PINSAP aborda explícitamente un programa transversal de promoción y protección de la salud comunitaria como una línea propia y paralela a las intervenciones dedicadas específicamente a los condicionantes más relevantes, que tiene que permitir, además, poner a prueba las posibilidades de cooperación intersectoriales.

Vista la imposibilidad de procurar trabajo remunerado a buena parte de la población, hay que considerar la posibilidad de ofrecer al menos una ocupación que permita que estas personas, siempre que lo quieran, dediquen una parte de su tiempo a adquirir alguna destreza que les permita sentirse acogidas por la comunidad y ser útiles en la medida de lo posible. De esta manera, se contribuye a la promoción y a la protección de la salud comunitaria a partir de una formación práctica en una serie de actividades de muy diversa naturaleza que tienen como denominador común la influencia benéfica sobre la salud, la de las personas que se ocupan en actividades comunitarias y la de otras personas de la misma comunidad.

5.2. Objetivos

Los objetivos generales del Programa son, pues, procurar una ocupación a las personas más expuestas al riesgo de exclusión social en Cataluña. Esta ocupación tiene que servir para proporcionarles, además, una formación potencialmente útil en un futuro próximo y, en la vertiente práctica, tiene que contribuir a la promoción y a la protección de la salud comunitaria, que les afecta directamente, pero que también afecta a otras personas en riesgo de exclusión social y a la comunidad en general. Y eso se tiene que llevar a cabo mediante el aprendizaje y la práctica de actividades específicas de promoción y protección de la salud en su sentido más amplio, dirigidas a los determinantes colectivos de la salud mencionados en el primer apartado de este documento.

100

Además, incluso algunas de las personas en riesgo elevado de exclusión social y también de otros que no estén en situaciones tan precarias pero que hayan perdido el trabajo o parte de su autoestima, pueden proteger, e incluso mejorar, su salud ocupando el tiempo libre colaborando con entidades acreditadas, como voluntarias, sin recibir a cambio nada más que lo que les reconocerá en el futuro la ley del voluntariado.

5.3. Población diana a la cual se dirige

Las poblaciones en riesgo de exclusión social, tanto con respecto a la pobreza como a la marginación, son las prioritarias, entre las cuales las más vulnerables, particularmente los parados de larga duración, los jóvenes que no tienen trabajo y también los niños sobre todo si pertenecen a familias sin ingresos económicos. Sin embargo, la iniciativa está abierta a todas las personas que lo quieran, y especialmente a las personas mayores y a las minorías étnicas y culturales.

Una parte de la población diana será invitada a participar activamente y a colaborar en el desarrollo de las actividades, de manera que la misma participación se convertirá en la actividad del PINSAP. Esto se podrá hacer de dos formas: una modalidad como programa de formación práctica de agentes de salud comunitaria (con el reconocimiento de los departamentos de Enseñanza y de Empresa y Ocupación) y otra modalidad como voluntariado.

Otros beneficiarios de las actividades son las personas que, aunque no participen activamente, como los niños o las personas con discapacidades, verán mejoradas sus condiciones de vida al beneficiarse de las actividades de promoción y de protección de la salud que como parte del Programa lleven a cabo los agentes de promoción y protección de la salud comunitaria en formación.

5.4. Modalidades de participación

La participación activa en el Programa se podrá hacer de dos maneras diferentes.

La primera es la modalidad de formación práctica como agentes de salud comunitaria. Se convocará a los candidatos activamente desde los servicios sociales, de ocupación, de salud u otras administraciones en contacto con las personas en riesgo de exclusión social o que sufran los efectos de la crisis sobre su salud y también mediante otras convocatorias públicas. Estos candidatos tendrán que aprender y practicar las actividades de promoción y de protección de la salud comunitaria que los dispositivos territoriales de acogida (véase el apartado 5.6) lleven a cabo. En compensación recibirán un reconocimiento formal de su contribución de los departamentos de Enseñanza y de Empresa y Ocupación, a fin de que tenga un valor de uso en el momento de encontrar trabajo remunerado.

La segunda es la modalidad de voluntariado. Los candidatos, derivados desde las convocatorias activas o públicas a las entidades acreditadas que colaboren con el Programa, participarán en las actividades de promoción y de protección de la salud comunitaria que estas entidades lleven a cabo, con el reconocimiento informal que prevé la regulación del voluntariado en Cataluña. No obstante, el prestigio que comporta la dedicación a actividades de voluntariado, la experiencia y los conocimientos y las habilidades desarrollados son un activo que es necesario que el mercado de trabajo, en general, y los agentes económicos y sociales del país tengan en cuenta.

5.5. Contenidos. Naturaleza y alcance de las intervenciones

Las actividades consisten básicamente en intervenciones de promoción y de protección de la salud en los diversos ámbitos de la sociedad que tienen influencia. Según la disponibilidad de cada uno de los sectores y de los órganos de la Administración implicados, los contenidos de las actividades se referirán a las competencias específicas de cada sector, por ejemplo, las actividades de promoción de la salud comunitaria con respecto a la alimentación y la actividad física saludable deben incluir las recomendaciones sobre alimentación y actividad física (salud), sobre educación para la salud (enseñanza, salud, deporte), sobre accesibilidad a los alimentos y seguridad alimentaria (agricultura, comercio, salud) o sobre el impacto en el medio (proximidad, medio ambiente).

La idea es que cada uno de los dispositivos territoriales que participen acoga a las personas que voluntariamente decidan incorporarse (seleccionadas de acuerdo con unos criterios establecidos) y colabore en el diseño y desarrollo de proyectos de salud comunitaria relacionados con los diversos ámbitos de intervención, según el tipo de condiciones de vida sobre los que sea factible actuar.

Naturalmente, los dispositivos locales para el despliegue del Programa tienen que ser capaces de organizar y coordinar las actividades. Las personas beneficiarias y protagonistas de estas actividades aprenderán a hacer de agentes de salud comunitaria. En el caso de la primera modalidad de participación activa con un reconocimiento formativo y profesional explícito y en el caso de la segunda modalidad de acuerdo con las actividades efectivamente llevadas a cabo.

A modo de ilustración y en el ámbito de los servicios sociales y sanitarios:

- En relación con las personas mayores, enfermas o con otras necesidades,
 - acompañamiento a visitas médicas y trámites administrativos;
 - ayuda para la compra de alimentos u otras compras; apoyo para el seguimiento de una alimentación saludable;
 - acompañamiento para salir a la calle para hacer actividad física;
 - visitas a casa para conversar, leer, juegos de mesa (apoyo emocional y estimulación cognitiva);
 - comprobación por teléfono, interfono o personalmente que la persona no tiene ninguna necesidad especial y, si se detecta, actuación en consecuencia (modelo similar al proyecto “Radar”).
- Actividades en centros de salud, cívicos y comunitarios: dinamización, charlas, talleres (de cocina, etc.)...
- Acompañamiento y apoyo social y afectivo de enfermos en los hospitales, etc.

De manera parecida, desde otros departamentos del Gobierno, y desde otros órganos de la Administración local, se pueden seleccionar actividades destinadas a modificar determinantes de la salud: participación en actividades educativas, supervisión y mejora de las condiciones higiénicas, de seguridad y de habitabilidad en el hogar, promoción de la movilidad saludable y segura, acceso a la vivienda, la ocupación y la cultura, etc.

5.6. Dispositivos habilitados para organizar, acoger y desarrollar las actividades

Los sitios desde donde organizar y llevar a cabo las actividades pueden abarcar una gran variedad. En principio, pueden ser los locales de los servicios sanitarios (centros de atención primaria, consultorios locales, algunos servicios hospitalarios); las delegaciones locales de otros departamentos del Gobierno; los servicios sociales municipales y otros servicios municipales; centros recreativos, centros cívicos o polideportivos, etc.; algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) acreditadas (Cáritas; Cruz Roja; etc.), entidades cívicas, asociaciones ciudadanas, etc.

Los dispositivos de las administraciones públicas tendrían que ser seleccionados directamente desde la Comisión Interdepartamental o desde el órgano competente para el desarrollo efectivo del PINSAP. Hay que garantizar que se trate de dispositivos que voluntariamente deciden colaborar y también que las instituciones responsables, en caso de los departamentos del Gobierno y de los órganos implicados de las administraciones locales –municipios, consejos comarcales, diputaciones o empresas asociadas a estas administraciones– se comprometen de veras a facilitarles esta participación.

Por ejemplo, entre los 369 equipos de atención primaria de Cataluña, 73 pertenecen a la red AUPA (“Actuando unidos para la salud”) y probablemente tengan más disponibilidad para implicarse siempre que la dedicación a las actividades comunitarias les suponga un esfuerzo

asumible. La posibilidad de contribuir al desarrollo efectivo del proyecto Esencial es una oportunidad para mejorar complementariamente los beneficios y la eficiencia.

Además, los servicios de atención social primaria pueden ser otra fuente de dispositivos territoriales desde los que acoger, formar y enseñar en la práctica a los candidatos a agentes de salud comunitaria para que lleven a cabo actividades de promoción y protección de la salud del ámbito de los servicios sociales.

103

Otros posibles dispositivos territoriales pueden ser los locales y las instalaciones municipales que permiten llevar a cabo actividades de protección y promoción de la salud comunitaria: las instalaciones deportivas y culturales; la higiene urbana; la rehabilitación urbana; la seguridad vial para escolares o la supervisión de señales de tráfico; actividades para utilizar mejor los servicios públicos; acondicionamientos domésticos; huertos urbanos; etc.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, la existencia de los planes de desarrollo comunitario (PDC) de los que en Cataluña hay un centenar vigentes. Muchos de estos planes cuentan con mesas de salud donde están, además de las entidades cívicas y las asociaciones ciudadanas, las instituciones relevantes, entre ellas los centros de atención primaria. Esto ya pasa en algunos barrios como, por ejemplo, el barrio de Roquetes de Barcelona en que ya ha habido experiencias muy provechosas de promoción de la salud comunitaria.

La sociedad civil puede contribuir también a proporcionar dispositivos territoriales mediante las instituciones del tercer sector, las ONG, las entidades cívicas y las asociaciones ciudadanas. Esta colaboración requiere un acuerdo entre el Gobierno, las administraciones públicas y las entidades de la sociedad civil, en que se replanteen, si es necesario, las relaciones actuales y se trate de neutralizar los efectos negativos de la crisis sobre las ayudas de la Administración.

Hay que prever las ventajas para el resto de posibles dispositivos que se tengan que seleccionar y proponer incentivos específicos que mayoritariamente no serán económicos.

En cuanto al resto, convendría una convocatoria pública y formalizar un contrato o un convenio de colaboración.

5.7. Criterios y requisitos para la selección de los dispositivos territoriales candidatos

Los criterios generales tienen que ser objeto de un acuerdo amplio entre los diversos departamentos, las administraciones locales y la sociedad civil. Los requisitos y procedimientos para seleccionar los centros y dispositivos se tienen que establecer conjuntamente a partir de unos criterios generales que garanticen al máximo el cumplimiento de los propósitos y de los objetivos del Programa transversal y que impidan dentro de lo posible utilizaciones inadecuadas.

Además, se tiene que proceder a una convocatoria explícita entre los posibles candidatos tanto los que dependen directamente de los diversos departamentos del Gobierno, como los que

dependen de las administraciones locales, de los proveedores de servicios, si ocurre, y de las entidades y asociaciones amparadas por los respectivos departamentos del Gobierno, ya sea Gobernación, Bienestar Social y Familia, Cultura o Justicia.

5.8. Criterios y requisitos para la selección de los participantes individuales

104

Los criterios generales deben ser objeto de un acuerdo amplio entre los diversos departamentos, las administraciones locales y la sociedad civil. Los requisitos y procedimientos para seleccionar a los candidatos –ya sea como agentes de promoción y de protección de la salud (primera modalidad) o como voluntarios (segunda modalidad)– se tienen que establecer conjuntamente con las instituciones responsables de los dispositivos territoriales de acogida. Tienen que tener prioridad las personas en paro de larga duración o que sean de alguno de los colectivos en riesgo de exclusión social. Sin que se excluyan otras personas que deseen participar, particularmente si se trata de personas mayores o de minorías étnicas y culturales.

En cualquier caso, convendría formalizar la colaboración entre el participante y la institución de acogida de manera que figuraran las obligaciones y los compromisos mutuos.

Convendría explorar también otras posibilidades de participación como los bancos de horas y, en general, cualquier procedimiento que promueva la interrelación de las personas.

5.9. Dificultades y limitaciones

Conviene elaborar una estimación de los costes de la implementación que, en la medida de lo posible, se tendrán que repercutir en los presupuestos de las diversas administraciones implicadas y en el caso de las instituciones no gubernamentales a cargo de las subvenciones actuales o, si es posible, de aumentos de las subvenciones para esta finalidad. Tal vez sea posible acceder a financiación a cargo de proyectos europeos de innovación social; a la vez que, quizás convendría buscar patrocinadores financieros.

Hay que tener presente una oposición eventual si alguien considera que los agentes de salud comunitaria en formación dificultan el acceso al trabajo remunerado de otras personas si hacen trabajos que tendrían que ser retribuidos con un salario. El argumento es que estos trabajos no existen hoy por hoy y que tal vez sea un aliciente para que se creen en el futuro. En cualquier caso se tratará de una actividad reconocida, que contribuirá a mantener la dignidad y la autoestima de las personas en paro y su sentimiento de pertenencia a una comunidad que no es ajena a sus dificultades.

Con el fin de evitar que las actividades de voluntariado puedan hacer la competencia a la creación de puestos de trabajo, convendrá establecer los criterios para la aceptación de las

actividades que haya que desarrollar, y también las condiciones de realización, desde los dispositivos de acogida y desde las entidades de voluntariado que colaboren.

Por ejemplo, las actividades deberían ser, además de relacionadas con la protección y promoción de la salud, unas tareas para las cuales hoy no hay mercado de trabajo y que previsiblemente no se podrían cubrir laboralmente porque las empresas no tienen interés de negocio o porque la Administración pública no las puede financiar en este momento.

105

Con respecto a las condiciones y circunstancias de realización, hará falta que sean colaboraciones no indefinidas; actividades que se organizan de forma puntual o por necesidades de personas también puntuales o de corta duración.

En caso de que se trate de actividades de voluntariado vehiculadas a través de las ONG, por cuestiones de amparo legal y responsabilidad civil, convendrá ofrecer una serie de programas de actuación a las ONG relacionados con acciones de protección y promoción y valorar la colaboración para la salud de la comunidad y reconocer que esta ocupación es fuente de salud personal o protectora.

Los reconocimientos a la colaboración con una marca relacionada con el esfuerzo a favor de la salud y el de formación o entrenamiento pueden ser los más pertinentes.

Cuando se trate de actividades que a la larga estaría bien que se incorporaran al mercado de trabajo, por ejemplo, monitores para acciones comunitarias, también se pueden promover acciones de emprendimiento como la creación de equipos de personas sin trabajo que empiezan colaborando gratuitamente pero que reciben formación de expertos del sistema de salud y social (que tendrían cubierta la demanda de trabajo que ahora no pueden cubrir) y hacen prácticas que les pueden servir para asumir la pericia que pueden necesitar si estas actividades se acaban incorporando al mercado de servicios.

5.10. Elementos para el desarrollo operativo

- A. Necesidad de establecer acuerdos explícitos entre los diversos departamentos afectados del Gobierno para:
 - 1. Definir el papel de las entidades de voluntariado y ONG en el Programa.
 - 2. Conocer la disponibilidad de los dispositivos territoriales pertinentes en el ámbito de cada uno de los departamentos implicados.
 - 3. Coordinar las actividades relevantes para la salud de la población que cada uno de los departamentos lleva a cabo (Plan de infancia; pobreza; ocupación, etc.).
 - 4. Garantizar la viabilidad y continuidad del Programa.
- B. Necesidad de establecer acuerdos explícitos con las administraciones locales.
- C. Necesidad de establecer acuerdos explícitos con las entidades del tercer sector.



- D. Habilitación de un grupo de trabajo operativo intersectorial para el diseño operativo del programa:
1. Selección de las áreas geográficas de intervención. Hay que tener en cuenta la existencia de los planes de desarrollo comunitario que se pueden convertir en un primer foco de puesta en marcha del Programa. La disponibilidad de los centros sanitarios y sociales es otro elemento estratégico para facilitar el desarrollo inicial.
 2. Diseño de las fórmulas y de los procedimientos para la captación de los dispositivos territoriales (equipos de atención primaria EAP/CAP (red AUPA y otros); equipos básicos de atención social primaria (EBASP) municipales; otros dispositivos de la Administración autonómica o local; entidades del tercer sector (ONG como Cáritas o Cruz Roja); entidades cívicas; asociaciones ciudadanas, otros.
 3. Diseño de las fórmulas y de los procedimientos para la convocatoria y la selección de las personas candidatas a la intervención.
 4. Definir los incentivos para los dispositivos periféricos (reconocimiento de la colaboración; facilidades reales para el desarrollo de las actividades –en el caso del EAP, inclusión de objetivos comunitarios en el contrato programa, condicionados a la aplicación efectiva de las recomendaciones del proyecto Esencial–, y de otros).
- E. Elaboración de un mapa de determinantes colectivos y sociales de la salud que permita una aproximación operativa a las necesidades sociales asociadas a la salud de la población con el fin de adaptar mejor las actividades de promoción y de protección de la salud del Programa transversal y también para proporcionar una línea de base general en el PINSAP. Inicialmente, aprovechamiento de las aproximaciones que desde algunos departamentos del Gobierno como Bienestar Social y Familia y Empresa y Ocupación, por ejemplo, se están llevando a cabo sobre las áreas de mayor necesidad social.
- F. Diseño de las actividades para los programas de formación de los agentes de salud comunitaria en los diversos ámbitos de actuación:
1. Protección de la salud: acondicionamiento térmico y aislamiento de las viviendas; vigilancia de las señales de tráfico; seguridad vial en la entrada y salida de escuelas; planes de actuación ante catástrofes (Protección Civil); higiene urbana; seguridad de instalaciones deportivas y de ocio, etc.
 2. Promoción de la salud: acompañamiento en grupos de actividad física; fomento y práctica de la alimentación saludable; utilización eficiente y responsable de los servicios públicos (sanitarios; sociales; docentes; etc.); rehabilitación urbanística; movilidad saludable; memoria histórica (personas mayores a punto de jubilarse que compartan con los alumnos sus experiencias); huertos urbanos; bancos de horas; promoción del asociacionismo en general, etc.

Tampoco hay que olvidar las propuestas de acción PINSAP 2014-2015 seleccionadas en cada uno de los apartados de los determinantes y condicionantes de la salud (véase el apartado 4) que en algunos casos se pueden convertir en actividades del Programa de formación práctica.

Plan interdepartamental de salud pública | PINSAP |

PROPUESTA DE ÁREAS DE ACTUACIÓN 2014-2015 EN EL HORIZONTE 2020

CIS 31.01.2014

Eje 1. Incrementar los años en buena salud de la población de Cataluña (promover una Cataluña más saludable)

Ámbito	Áreas de actuación interdepartamental e intersectorial	Departamentos implicados ¹	Reto PINSAP	Grupo diana ²	Relación con otros
1. Movilidad	1.1. Promover la movilidad activa (andar-aceras, caminos escolares; bicicleta –carriles bici, servicios de bicicleta comunitarias, vías verdes–, etc.) tanto en la actividad cotidiana como en el ocio. Integrar los conceptos de salud y seguridad en el diseño y los planes de movilidad.	TES/INT/ SLT/PRE	país	G PM	6,8,9,10
2. Alimentación	2.1. Ampliar la disponibilidad de alimentos saludables y potenciar la opción de la fruta en las comidas de los establecimientos de restauración.	AAM/ SLT	país/peso	G	4
	2.2. Impulsar la calidad sanitaria como criterio de prestigio de los alimentos producidos en Cataluña y destinados al mercado internacional.	AAM/SLT/ ECO/EMO	país	G O	4
	2.3. Potenciar la prevención de los trastornos de la nutrición infantil protocolizando la actuación coordinada de Servicios Sociales, de Enseñanza y de Salud.	BSF/ENS/SLT	país/peso	I	8,9
	2.4. Ampliar el acceso a una alimentación saludable y mediterránea en comedores laborales, mediante el proyecto AMED, priorizando los del sistema sanitario (SISCAT).	SLT/EMO	país/peso	O	2, 8
3. Entorno	3.1. Mejorar y vigilar la calidad del aire y la reducción de las emisiones derivadas del transporte de personas y mercancías y de las actividades industriales y de generación energética.	TES/SLT	país	G I/E	1,4
4. Ocupación	4.1. Mejorar la salud de la población ocupada mediante la creación de una marca de empresa promotora de la salud y su consideración en los contratos del sector público.	EMO/SLT/ECO/PRE	país	O	1,2,3, 5,7
	4.2. Prevenir y mejorar los problemas de salud mediante una actuación coordinada intensiva de los servicios de ocupación, salud y de servicios sociales, en zonas de especial concentración de paro.	EMO/SLT/BSF	salud mental	P	8,10
5. Urbanismo y vivienda	5.1. Incorporar la visión salud en la valoración de ayudas en la vivienda en situaciones de emergencia económica, social y otros casos con necesidades especiales.	TES/BSF/SLT/ECO	país/ salud mental	P PM/I	8,9,10

¹ **PRE:** Departamento de Presidencia; **GRI:** Departamento de Gobernación y Relaciones Institucionales; **ECO:** Departamento de Economía y Conocimiento; **ENS:** Departamento de Enseñanza; **SLT:** Departamento de Salud; **INT:** Departamento de Interior; **TES:** Departamento de Territorio y Sostenibilidad; **CLT:** Departamento de Cultura; **AAM:** Departamento de Agricultura, Ganadería, Pesca, Alimentación y Medio Natural; **EMO:** Departamento de Empresa y Ocupación; **BSF:** Departamento de Bienestar Social y Familia; **JUS:** Departamento de Justicia.

² Grupo diana: **I** infancia **J** juventud **PM** personas mayores **M** mujeres **E** embarazadas **P** parados **O** ocupados **G** población general

Àmbito	Àreas de actuación interdepartamental e intersectorial	Departamentos implicados ¹	Reto PINSAP	Grupo diana ²	Relación con otros
	5.2. Mejorar las condiciones promotoras de salud en proyectos de rehabilitación de edificios y de nueva construcción (escaleras como opción prioritaria, ascensores, aislamiento y climatización térmica y sonora). Actuación prioritaria en edificios públicos.	TES/SLT/ GRI	país	G PM	1, 3, 8
6. Educación	6.1. Abrir los patios y equipamientos escolares a la comunidad (potenciación de los planes educativos de entorno).	ENS/BSF/PRE/SLT	país/peso	I/J/G	1, 2, 3, 5, 7, 9, 10
7. Cultura, ocio, actividad física	7.1. Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes.	SLT/BSF/ ENS	infecciones	J	8
	7.2. Prevenir y reducir los riesgos (consumo de alcohol y otras drogas, adicciones no tóxicas) y promover la salud en la juventud a través de redes sociales y programas comunitarios. Uso correcto y seguro de las TIC y las redes sociales entre las personas jóvenes.	SLT/BSF/ ENS/CLT	adicciones	J	8
	7.3. FITjove. Impulsar el deporte para la promoción de la salud en adolescentes de riesgo.	PRE/SLT/ENS	adicciones	J	8
	7.4. Vigilar y controlar nuevas formas de consumo, especialmente de productos relacionados con el tabaco: cigarrillos electrónicos.	SLT/INT/ JUS	adicciones	G J	8
	7.5. Impulsar la participación en actividades culturales. Puesta en marcha de programas como "Letras y salud". Fomento de la lectura y reflexión en centros sanitarios, comunitarios y culturales sobre temas que tienen que ver con el autocuidado, la promoción de la salud, el afrontamiento de la enfermedad, la muerte, etc.	CLT/SLT/ ECO/ENS	salud mental	G	1, 8, 9, 10
	7.6. "Salud: tú puedes decidir". Campaña informativa y de educación para la salud para facilitar que los ciudadanos puedan hacer una decisión informada favorable a su salud.	SLT/CLT/ EMO/PRE	global	G	global
	7.7. Programa de prescripción de actividades sociales y culturales en personas en situación de vulnerabilidad.	SLT/BSF/ CLT	salud mental	G PM	8, 9, 10
8. Sistema sanitario	8.1. Prevención de conductas suicidas con la activación del Código riesgo de suicidio en personas de alto riesgo.	SLT/BSF/ EMO/JUS	salud mental	P	4, 9, 10
	8.2. Implementación de la prueba rápida del VIH en la atención primaria en áreas prioritarias.	SLT/BSF	infecciones	J	9
	8.3. Impulsar la salud comunitaria a través del trabajo en red entre la salud pública y el sistema asistencial y la ciudadanía.	SLT/BSF/ ENS/	global	G PM	1, 2, 4, 5, 7, 9, 10
9. Políticas sociales	9.1. Mejorar la colaboración entre los servicios sociales básicos y la atención primaria de salud.	BSF/SLT	salud mental	G PM	1, 2, 4, 5, 7, 8, 10

Àmbito	Àreas de actuación interdepartamental e intersectorial	Departamentos implicados ¹	Reto PINSAP	Grupo diana ²	Relación con otros
	9.2. Mantener y potenciar el eje de trabajo Salud en los planes de desarrollo comunitario (PDC).	BSF/SLT/ ENS	global	G	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10
10. Transversal	10.1. Contribuir a preservar la salud mental mediante el fomento de la protección y promoción de la salud comunitaria en personas en situación de vulnerabilidad.	BSF/SLT/ ENS/EMO/JUS	salud mental	P	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10

Eje 2 (global). Incorporar la visión de salud en el diseño y la evaluación de las políticas públicas

Ámbito	Áreas de actuación interdepartamental e intersectorial	Departamentos implicados ¹	Reto PINSAP	Grupo Diana ²	Relación con otros
1. Incorporación de la salud en la toma de decisiones	1.1. Incorporar la perspectiva de salud y de equidad en el diseño de las políticas públicas: evaluación del impacto en salud de las principales actuaciones y acuerdos de Gobierno.	Todo el Gobierno	global	I/J/G	1-10
2. Datos e investigación	2.1. Optimizar el uso de datos disponibles en los diferentes departamentos de la Generalitat y las instituciones relacionadas para poder estudiar adecuadamente el impacto en salud de las políticas y actuaciones y potenciar la transparencia y visibilidad de los datos.	ECO/Todo el Gobierno	global	G	1-10
	2.2. Vigilar los efectos sobre la salud de la crisis económica a través del Observatorio de Salud y Crisis con especial enfoque sobre las desigualdades y proponer intervenciones.	SLT/ECO/BSF	global	P/M/PM/J	1-10
	2.3. Impulsar la investigación sobre salud en todas las políticas y la evaluación del impacto en salud de las políticas y actuaciones.	ECO/SLT	global	G	1-10
3. Compromiso intersectorial e interadministraciones	3.1. Fomentar la colaboración entre administraciones, especialmente con la Administración local, y los diferentes sectores.	Todo el Gobierno	global	G	1-10
4. Compromiso con la comunidad	4.1. Potenciar la participación de la comunidad.	Todo el Gobierno	global	G	1-10

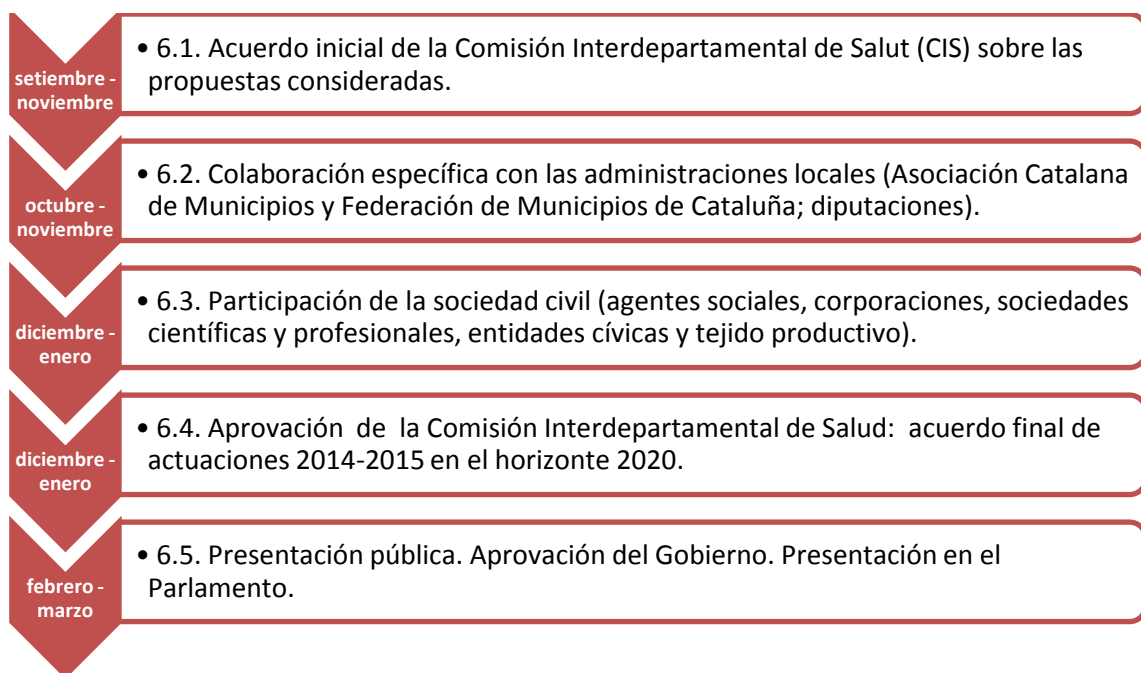
¹ **PRE**: Departamento de Presidencia; **GRI**: Departamento de Gobernación y Relaciones Institucionales; **ECO**: Departamento de Economía y Conocimiento; **ENS**: Departamento de Enseñanza; **SLT**: Departamento de Salud; **INT**: Departamento de Interior; **TES**: Departamento de Territorio y Sostenibilidad; **CLT**: Departamento de Cultura; **AAM**: Departamento de Agricultura, Ganadería, Pesca, Alimentación y Medio Natural; **EMO**: Departamento de Empresa y Ocupación; **BSF**: Departamento de Bienestar Social y Familia; **JUS**: Departamento de Justicia.

² Grupo diana: **I** infancia **J** juventud **PM** personas mayores **M** mujeres **E** embarazadas **P** parados **O** ocupados **G** población general.

AGENDA

- 6.1. Acuerdo inicial de la Comisión Interdepartamental de Salud (CIS) sobre las propuestas consideradas.
- 6.2. Colaboración específica con las administraciones locales (Asociación Catalana de Municipios y Federación de Municipios de Cataluña; diputaciones, sobre todo la Diputación de Barcelona y Dipsalut de la Diputación de Girona).
- 6.3. Participación de la sociedad civil (agentes sociales, corporaciones, sociedades científicas y profesionales, entidades cívicas y tejido productivo).
- 6.4. Aprobación de la Comisión Interdepartamental de Salud: acuerdo final de actuaciones 2014-2015 en el horizonte 2020.
- 6.5. Adopción del Gobierno y presentación en el Parlamento.

112



ANEXO

ENTIDADES CONSULTADAS

Asociación Catalana de Municipios
Federación de Municipios de Cataluña
Consortio de Salud y Social de Cataluña
Instituto Catalán de la Salud
Unión Catalana de Hospitales (UCH)
Comisiones Obreras (CCOO)
Unión General de Trabajadores (UGT)
Pequeña y Mediana Empresa de Cataluña (PIMEC)
Fomento del Trabajo
Colegio de Biólogos de Cataluña
Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona
Ilustre Colegio de Abogados de Girona
Ilustre Colegio de Abogados de Tarragona
Colegio de Arquitectos de Cataluña
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Girona
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Lleida
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Tarragona
Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña
Colegio de Licenciados en Educación Física y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de Cataluña
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona
Colegio Oficial de Médicos de Girona
Colegio Oficial de Médicos de Lleida
Colegio Oficial de Médicos de Tarragona
Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña
Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña
Colegio Oficial de Veterinarios de Barcelona
Colegio Oficial de Veterinarios de Girona
Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona
Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña
Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Cataluña
Colegio Oficial de Veterinarios de Lleida
Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña
Consejo de Colegios de Veterinarios de Cataluña
Consejo Nacional de la Juventud de Cataluña
Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)
Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (CREAL)
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)
Sociedad Catalana para el Control y Tratamiento del Tabaquismo (SCATT)
Sociedad Catalana de Derecho Sanitario
Sociedad Catalana de Medicina del Deporte
Sociedad Catalana de Psiquiatría Infantojuvenil
Sociedad Catalana de Seguridad y Medicina del Trabajo
Sociedad Catalana de Pediatría

Sociedad Catalana de Pediatría y Salud Mental
Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC)
Sociedad Catalanoblear de Psicología
Sociedad de Salud Pública de Cataluña y Baleares
Sociedad Española de Epidemiología
Sociedad Española de Sanidad Ambiental
Instituto de Estudios Catalanes
Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona
Confederación Cristiana de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos de Cataluña (CCAPAC)
Coordinadora de Usuarios de la Sanidad: Salud, Consumo y Alimentación (CUS)
Federación de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos con Discapacidad Intelectual (DINACT-FAMPADI)
Federación de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos de Cataluña (FAPAC)
Federación de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos de Enseñanza Secundaria de Cataluña (FAPAES)
Federación de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos de Escuelas Libres de Cataluña (FAPEL)
Federación Catalana de Voluntariado Social
Fundación Instituto Guttmann
Prevención de Accidentes de Tráfico (PAT)
STOP Accidentes
Mesa de Entidades del Tercer Sector Social en Cataluña
Fundación La Caixa
Consejo Asesor de Salud Pública
Comité de Dirección del Departamento de Salud

ENTIDADES ASISTENTES

Asociación Catalana de Municipios	(aportaciones)
Federación de Municipios de Cataluña	(aportaciones)
Consortio de Salud y Social de Cataluña	(aportaciones)
Instituto Catalán de la Salud	
Unión Catalana de Hospitales	
Comisiones Obreras (CCOO)	
Unión General de Trabajadores (UGT)	
Pequeña y Mediana Empresa de Cataluña (PIMEC)	
Fomento del Trabajo	
Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña	
Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona	(aportaciones)
Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña	
Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña	(aportaciones)
Colegio de Arquitectos de Cataluña	
Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Cataluña	(aportaciones)
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Girona	
Colegio Oficial de Veterinarios de Lleida	
Consejo de Colegios de Veterinarios de Cataluña	(aportaciones)
Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)	(aportaciones)
Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona	
Sociedad Catalana de Pediatría	

Sociedad Catalanoblear de Psicología	
Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC)	
Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental	(aportaciones)
Sociedad Catalana de Salud Laboral	
Sociedad de Salud Pública de Cataluña y Baleares	
Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, delegación de Cataluña	(aportaciones)
Sociedad Española de Epidemiología	(aportaciones)
Sociedad Española de Sanidad Ambiental	
Sociedad Catalana para el Control y Tratamiento del Tabaquismo (SCATT)	(aportaciones)
Sociedad Catalana de Medicina del Deporte	
Juristas de la Salud	(aportaciones)
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)	(aportaciones)
Federación de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos de Cataluña (FAPAC)	(aportaciones)
Federación de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos de Escuelas Libres de Cataluña (FAPEL)	(aportaciones)
Prevención de Accidentes de Tráfico (PAT)	
Coordinadora de Usuarios de la Sanidad: Salud, Consumo y Alimentación (CUS)	(aportaciones)
Federación Catalana de Voluntariado Social	(aportaciones)
Mesa de Entidades del Tercer Sector Social en Cataluña	(aportaciones)
STOP Accidentes	
Fundación Instituto Guttmann	
Fundación La Caixa	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Health in All Policies Task Force Report to the Strategic Growth. Council Executive Summary, Sacramento (CA): Health in All Policies Task Force, December 2010. Disponible en: <http://www.sgc.ca.gov/hiap/publications.html>
- ² World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf
- ³ Crowe FL, Roddam AW, Key TJ, Appleby PN, Overvad K, Jakobsen MU, et al. Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study. *Eur Heart J*. 2011;32(10):1235-43.
- ⁴ <http://www.pafes.cat>
- ⁵ García-Altés A. , Suelves JM, Barberia E. Cost savings associated with 10 years of road safety policies in Catalonia, Spain. *Bull World Health Organ*. 2013;91(1):28-35.
- ⁶ WHO European Centre for Environment and Health. Environmental health inequalities in Europe. Assessment report. WHO: Copenhagen 2012. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf
- ⁷ World Health Organization Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
- ⁸ Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374: 315-323.
- ⁹ European Commission DG Enterprise and Industry. Impact assessment study on the health costs due to children's exposure to lead via toys and on the benefits resulting from reducing such exposure. 2012. Documento disponible en: http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/toys/files/reports-and-studies/final-report-lead-in-toys-matrix-insight_en.pdf
- ¹⁰ Wilkinson, Marmot. Social Determinants of Health, the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, 2003. Disponible en <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>
- ¹¹ Egerter, Braveman, Sadegh-Nobari, Grossman-Kahn, Dekker. Education and Health. Robert Wood Johnson Foundation: 2009. Documento disponible en: <http://www.commissiononhealth.org/PDF/c270deb3-ba42-4fbd-baeb-2cd65956f00e/Issue%20Brief%20620Sept%2009%20-%20Education%20and%20Health.pdf>
- ¹² Centres for Disease Control and Prevention. The Association Between School-Based Physical Activity, Including Physical Education, and Academic Performance. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2010. Disponible en: http://www.cdc.gov/healthyyouth/health_and_academics/pdf/pa-pe_paper.pdf
- ¹³ Wilkinson, Waters, Bygren, Tarlov. Are variations in rates of attending cultural activities associated with population health in the United States. *BMC Public Health* 2007, 7:226.
- ¹⁴ Renton, Phillips, Daykin. Yua, Taylor, Petticrew. Think of your arteries: Artes participation, behavioural cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London. *Public Health*. 2012; 126:S57-S64.
- ¹⁵ World Health Organization International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12. Declaration of Alma-Ata. September 1978. Disponible en: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- ¹⁶ World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- ¹⁷ Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E & Leppo K (Eds.). Health in all policies. Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf
- ¹⁸ Koivusalo M, Marco de acción nacional de Salud en todas las Políticas. Reunión Preparatoria de la 8ª conferencia mundial de Promoción de la Salud. Brasilia 2013.
- ¹⁹ Andorno, R. The Precautionary Principle: A New Legal Standard for a Technological Age, *Journal of International Biotechnology Law*, 2004; 1: 11-9.

²⁰ Leppo K, Olilla E, Peña S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2013. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf

²¹ Kickbusch I. Health in All Policies. An approximation that accepts that health is not created by ministries of health and health care systems. *BMJ* 2013; 347: f4283 (published 3 July 2013).

²² Commission on Social Determinants of Health. CSDH final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.

²³ UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2013. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/bibliographical-databases/contact-us/request-forms>

²⁴ Borrell C, Díez E, Morrison J, Camprubí L. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities; 2012. Disponible en: http://www.aspb.es/quefem/docs/equidad_salud_urbana.pdf

²⁵ Liverpool Public Health Observatory: Assessing the impact of the economic downturn on health and wellbeing. February 2012. Observatory report series núm. 88. Disponible en: <http://tinyurl.com/7kxxset>

²⁶ Departament de Salut. Informe de Salut 2012. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_Salut/documents/arxius/InformeSalut2012_WEB.pdf

²⁷ Departament de Salut. El sistema de salut de Catalunya en procés de canvi. Balanç del Pla de salut 2011-2015 a meitat de període. Barcelona, desembre de 2013. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_Salut/3a_jornada_Pla_de_Salut/Documents/balanc_pladesalut_2013.pdf

²⁸ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Informe sobre el monitoratge del diagnòstic de la infecció pel VIH a Catalunya. 2013. Disponible en: http://www.ceeiscat.cat/documents/Informe_CEEISCAT_%202013.pdf

²⁹ Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol.* 1983;117:292-304.

30 DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, et al.: Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2006, 21:267-75.

31 Halford C, Wallman T, Welin L, Rosengren A, Bardel A, Johansson S, et al. Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality. A population-based longitudinal study of nearly 15,000 observations among Swedish women and men. *BMC Public Health* 2012, 12:1103 doi:10.1186/1471-2458-12-1103.

32 Lindstrom B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Commun Health* 2005;59:440-2.

³³ Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64: 284-291.

³⁴ Oliver S, Kavanagh J, Caird J, et al.. Health promotion, inequalities and young people's health: a systematic review of research. London: London EPPI-Centre, Institute of Education, 2008. Disponible en: <http://eprints.ioe.ac.uk/5151/1/Oliver2008HealthpromotionTechReport.pdf>

³⁵ Johns Hopkins Urban Health Institute, June 2013 Health Equity Through Action - Social Determinants of Health.

³⁶ WHO European Centre for Health Policy. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. Brussels: WHO Regional Office for Europe; 1999.

³⁷ Scout-Samuel S. Health Impact Assessment: theory into practice. *J Epidemiol Comm health.* 1998; 52:74-5.

³⁸ Health in all policies: Prospects and potentials. Finnish Ministry of Social Affairs and Health & European Observatory on health systems and policies; 2006. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf

³⁹ Esnaola S, et al. La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria.* 2010; 24 (Supl.1): 109-113.

⁴⁰ Rueda JR. Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias. Gobierno Vasco, 2005. Informe nº: Osteba D-05-04.

⁴¹ Centro de recursos de Evaluación de Impacto en Salud, de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: <http://www.creis.es/>

⁴² En Bacigalupe et al. La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit.* 2009;23(1):62-66.

⁴³ L. Taylor, N. Gowman, J. Lethbridge. Deciding if health impact assessment is required (screening for HIA). *Learning From Practice*, (2003).

⁴⁴ Aldasoro E et al. Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. *Gac Sanit* 2012; 26:83-90.

⁴⁵ Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

⁴⁶ UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report: WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2013. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/bibliographical-databases/contact-us/request-forms>

⁴⁷ Liverpool Public Health Observatory: Assessing the impact of the economic downturn on health and wellbeing. February 2012. Observatory report series 88. Disponible en: <http://www.tinyurl.com/7kxxset>

⁴⁸ Borrell C, Diez E, Morrison J, Camprubí L. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: proyectos Medea e IneqCities, 2012. Disponible en: http://www.aspb.es/quefem/docs/eqidad_salud_urbana.pdf

⁴⁹ <http://www.sgc.ca.gov/hiap/publications.html>

⁵⁰ <http://www.kingsfund.org.uk/topics/public-health-and-inequalities>

⁵¹ World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf

⁵² García-Altés A, Suelves JM, Barbería E. Cost savings associated with 10 years of road safety policies in Catalonia, Spain. *Bull World Health Organ.* 2013;91(1):28-35.

⁵³ Rojas-Rueda, D., et al., Health impact assessment of increasing public transport and cycling use in Barcelona: A morbidity and burden of disease approach, *Prev. Med.* (2013). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.07.021>

⁵⁴ Rojas-Rueda D, de Nazelle A, Tainio M, Nieuwenhuijsen MJ. The health risks and benefits of cycling in urban environments compared with car use: health impact assessment study. *BMJ.* 2011 Aug 4;343:d4521. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4521>

⁵⁵ Rojas-Rueda D, de Nazelle A, Teixidó O, Nieuwenhuijsen MJ. Replacing car trips by increasing bike and public transport in the greater Barcelona metropolitan area: A health impact assessment study. *Environment International.* 2012; 49: 100-109.

⁵⁶ Olabarria M, Pérez K, Santamariña-Rubio E, Novoa AM, Racioppi F. Health impact of motorised trips that could be replaced by walking. *Eur J Public Health.* 2013;23(2):217-22.

⁵⁷ World Health Organization. Transport: shared interests in sustainable outcomes. Social determinants of health. Sectoral briefing Series 3. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502290_eng.pdf

⁵⁸ Agència Catalana de Seguretat Alimentària. Pla de seguretat alimentària de Catalunya 2012-2016. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, 2013. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir1299/psa2012-2016.pdf>

⁵⁹ Crowe FL, Roddam AW, Key TJ, Appleby PN, Overvad K, Jakobsen MU, et al. Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study. *Eur Heart J.* 2011;32(10):1235-43.

⁶⁰ http://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_content&view=article&id=137&Itemid=233

⁶¹ World Health Organization. WHO Tech. Rep. Ser., 169, 6, 1959.

⁶² Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004 [consultado el 2/1/2013]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

⁶³ Environment and health. WHO. Disponible en: www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health

⁶⁴ Air quality and health. Fact sheet N°313. WHO. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/en/>

- ⁶⁵ Health effects of particulate matter. WHO Europe. 2013. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/189051/Health-effects-of-particulate-matter-final-Eng.pdf
- IARC Scientific Publication No. 161 Air Pollution and Cancer. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/publications/books/sp161/index.php>
- ⁶⁶ Basagaña X, Sartini C, Barrera-Gómez J, Dadvand P, Cunillera J, Ostro B, Sunyer J, Medina-Ramón M. Heat waves and cause-specific mortality at all ages. *Epidemiology*. 2011 Nov;22(6):765-72.
- ⁶⁷ Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease. WHO. Disponible en: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/
- ⁶⁸ Kaplan i Kaplan, 1989, Ulrichi et al, 1991, Harting et al, 2003, De Vries et al, 2003, Maas et al, 2006.
- ⁶⁹ Louv, 2008, Corraliza, 2012, Pretty, 2011.
- ⁷⁰ Noise. Data and statistics. WHO. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/noise/data-and-statistics>
- ⁷¹ Noise. The Green Paper on Future Noise Policy. European Commission. Disponible en: <http://ec.europa.eu/environment/noise/greenpap.htm#situ>
- ⁷² Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe. WHO y JRC European Commission Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf
- ⁷³ The Journey to Parma: a tale of 20 years of environment and health action in Europe. WHO Regional Director for Europe Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/104515/E93535.pdf
- ⁷⁴ Declaración de Parma. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78608/E93618.pdf
- ⁷⁵ <http://governancaradioelectrica.gencat.cat/>
- ⁷⁶ Departament de Salut. Població ocupada i aturada: comparació d'indicadors de salut ESCA, 2006 y 2011-2012 Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/01_enquesta_catalunya/documents/informe_ocupats.pdf
- ⁷⁷ Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378:124-125.
- ⁷⁸ Healthy workplaces: a WHO global model for action
Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/
- ⁷⁹ Rinaldi M, Perkins R, Glynn E, Montibeller T, Clenaghan M, Rutherford J. Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment* (2008), vol. 13, 50-60 doi: 10.1192/apt.bp.107.003509.
- ⁸⁰ Green Cities: good health. Disponible en: http://depts.washington.edu/hhwb/Thm_Place.html
- ⁸¹ Alcock I, White MP, Wheeler BW, Fleming LE, Depledge MH. Longitudinal Effects on Mental Health of Moving to Greener and Less Green Urban Areas *Environmental Science & Technology* 2014; 48: 1247-55.
- ⁸² WHO European Centre for Environment and Health. Environmental health inequalities in Europe. Assessment report. WHO: Copenhagen 2012.
Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf
- ⁸³ Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing* 2006; 35-S2: 1137-41.
- ⁸⁴ Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JCT, Cumming RG. Environmental Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older People. Meta-Analysis of Randomized Trials. *Journal of Aging and Health*. 2008; 20: 954-71.
- ⁸⁵ Thomson H, Macdonald C, Higgins M, Palmer S, Douglas M. Health Impact Assessment of Housing Improvements: A Guide, ScotPHN and NHS Health Scotland, Glasgow, 2012.
- ⁸⁶ Thomson et al 2013; Marmot Review Team 2011; Liddell and Morris 2010.
- ⁸⁷ Healy JD. Excess winter mortality in Europe: an cross country analysis identifying key risk factors. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(10):784-9.
- ⁸⁸ March, Elizabeth L., Stephanie Ettinger de Cuba, Annie Gayman, John Cook, Deborah A. Frank, Alan Meyers, Johanna Flacks, Megan Sandel, and Samantha Morton. 2009. Rx for Hunger: Affordable Housing. Boston, MA: Children's HealthWatch and Medical-Legal Partnership | Boston.

- ⁸⁹ Pollack, Craig Evan, Beth Ann Griffin, and Julia Lynch. 2010. Housing Affordability and Health Among Homeowners and Renters. *American Journal of Preventative Medicine* 39(6): 515-521.5.
- Pollack, Craig Evan and Julia Lynch. 2009. Health Status of People Undergoing Foreclosure in the Philadelphia Region. *American Journal of Public Health* 99(10): 1833-1839
- ⁹⁰ Kaplan, R. 1993. The Role of Nature in the Context of the Workplace. *Landscape and Urban Planning* 26, 1-4: 193-201.
- ⁹¹ World Health Organization. Housing: shared interests in health and development. Social determinants of health. Sectoral briefing Series 1. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502290_eng.pdf
- ⁹² Egerter, Braveman, Sadegh-Nobari, Grossman-Kahn, Dekker. Education and Health. Robert Wood Johnson Foundation: 2009.
Documento disponible en: <http://www.commissiononhealth.org/PDF/c270deb3-ba42-4fbd-baeb-2cd65956f00e/Issue%20Brief%20620Sept%2009%20-%20Education%20and%20Health.pdf>
- ⁹³ Centres for Disease Control and Prevention. The Association Between School-Based Physical Activity, Including Physical Education, and Academic Performance. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2010.
Disponible en: http://www.cdc.gov/healthyyouth/health_and_academics/pdf/pa-pe_paper.pdf
- ⁹⁴ World Health Organization. Education: shared interests in well-being and development. Social determinants of health. Sectoral briefing Series 3. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502498_eng.pdf
- ⁹⁵ Carrillo Durán MV. La cultura del adelgazamiento a través de la "imagen" física: reflexiones y caso práctico. *Asparkia: investigació feminista*, 2003; 14: 83-97.
- 96 Bygren LO, Konlaan BB, Johansson SE. Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions". *BMJ*. 1996; 313: 1577-80.
- 97 Wilkinson AV, Waters AJ, Bygren LO, Tarlov AR. Are variations in rates of attending cultural activities associated with population health in the United States? *BMC Public Health* 2007, 7:226.
- 98 Staricoff RL. Arts in health: a review of the medical literature. England: Ars Council, 2004: 6.
- 99 Grossi E, Sacco PL, Blessi, GT, Cerutti R.. The Impact of Culture on the Individual Subjective Well-Being of the Italian Population: An Exploratory Study. *Applied Research in Quality of Life*. 2011; 6: 387-410.
- 100 Cuypers K, Krokstad S.,Lingaas HT, et al. Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2012, 66: 698-703.
- ¹⁰¹ Hacking S, Kent L, Secker J, Shenton J. Mental Health and arts participation: the state of the art in England. *J R Soc Promot Health*. 2006, 126: 121-7.
- ¹⁰² Johansson SE, Konlaan BB, Bygren LO. Sustaining habits of attending cultural events and maintenance of health: a longitudinal study. *Health Promotion International*, 2001. 16: 229-34.
- ¹⁰³ Renton A., Phillips G., Daykin N. et al. Think of your art-eries: artes participation, behavioural cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London. *Public Health*, 2012; 126: 57-64.
- 104 Camic PM, Chatterjee H. Museums and art galleries as partners for public health interventions. *Perspectives in Public Health*, 2013, 133: 66-71.
- 105 Fernández Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria*: 2005;3:13 Disponible en: <http://revistes.uab.cat/periferia/article/view/149/166>
- 106 Cultural access and participation: Special Eurobarometer 399. European Commission, Directorate-General for Education and Culture, 2013
- 107 Estadístiques culturals de Catalunya Actualització novembre 2013. Barcelona: Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya [en premsa].
- ¹⁰⁸ United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards on Drug Use Prevention. 2013.
- ¹⁰⁹ Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark; 2009.
- ¹¹⁰ Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization; 2005.

- ¹¹¹ Friedli L, Jackson C, Abernethy H, Stansfield J. Social prescribing for mental health - a guide to commissioning and delivery. CSIP and North West Development Centre; 2009 [citado 16 enero 2014]. 66 p. Disponible en:
<http://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf>
- ¹¹² Greden JF. The burden of disease for treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 16:26-31.
- ¹¹³ Gleit DA, Landau DA, Goldman N, Chuang Y-L, Rodríguez G, Weinstein M. Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *Int J Epidemiol*. 2005;34:864-71.
- ¹¹⁴ Holtzman RE, Rebok GW, Saczynski JS, Kouzis AC, Wilcox Doyle K, Eaton WW. Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004;59:278-84.
- ¹¹⁵ Cornwell EY, Waite LJ. Measuring Social Isolation Among Older Adults Using Multiple Indicators From the NSHAP Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. noviembre 2009;64B(Suppl 1):138-46.
- ¹¹⁶ Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta analytic review. *PLoS Med*. julio 2010;7(7):e1000316.
- ¹¹⁷ Friedli L, Vincent A, Woodhouse A, McCollam A. Developing social prescribing and community referrals for mental health in Scotland. Edinburgh: Scottish Development Centre for Mental Health; 2007 nov p. 97.
- ¹¹⁸ EMCDDA. 2012 Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs Addiction; 2012 nov p. 104.
- ¹¹⁹ Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas; 2011.
- ¹²⁰ Encuesta Estatal sobre Consumo de Drogas entre Estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años (ESTUDES) 2010. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas; 2010.
- ¹²¹ Observatori de Nous Consums, Subdirecció General de Drogodependències, 2009.
- ¹²² Calafat A. Prevention Interventions in Recreational Settings. Strasbg Counc Eur Pompidou Group. 2010 [citado 16 enero 2014]. Disponible en:
http://www.irefrea.org/uploads/PDF/Calafat_2010_Prevention%20Interventions.pdf
- ¹²³ Burkhart G. Environmental drug prevention in the EU. ¿Why is it so unpopular? *Adicciones*. 2011;23:87-100.
- ¹²⁴ Agència de Salut Pública de Catalunya. SIVES 2012. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya.; 2013 p. 193. Report No.: 21. Report nº.: 21. Disponible en:
http://www.ceeiscat.cat/documents/SIVES_2012.pdf
- ¹²⁵ CEEISCAT. Informe de vigilància epidemiològica del VIH/SIDA. Actualización a 30 de junio de 2013 [Internet]. CEEISCAT; 2013 junio p. 30. Disponible en:
http://www.ceeiscat.cat/documents/Informe_semestral_VIH.pdf
- ¹²⁶ Agència de Salut Pública de Catalunya. Butlletí de Vigilància en Salut Pública número 3 [Internet]. Vigilància ASPCAT. 2013 [citado 16 gener 2014]. Disponible en:
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.199d0d95d7df2c0213724f10b0c0e1a0/?vgnextoid=a8a797f05ec3f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=a8a797f05ec3f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=detall&contentid=5e8e95f20f302410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>
- ¹²⁷ Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya. Pla d'acció enfront del VIH/sida 2010-2013 [Internet]. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública; 2010. Recuperado de:
http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=b0d56557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b0d56557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default#div_06
- ¹²⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida. España 2008-2012 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [citado 16 gener 2014]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>

¹²⁹ Pollard JA, Catalano RF, Hawkins JD, Arthur MW. Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse delinquency, and other problems behavior in adolescent population.

¹³⁰ Pollard, JA., Catalano RF, Hawkins JD i Arthur MW.(1997). Development of a school – based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviour in adolescent populatio. 1997 (Manuscrito no publicado).

¹³¹ Responding to drug use and related problems in recreational settings. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA); 2012 julio. Disponible en: <http://www.drugsandalcohol.ie/18153/>

¹³² Commission E. EU Drugs Action Plan for 2009-2012. Off J Eur Union C. 2008;326:7-25.

¹³³ EU Drugs Strategy (2013-2020). 2012. Disponible en:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:en:PDF>

¹³⁴

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23fed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=0d2155a903ee2310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0d2155a903ee2310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

¹³⁵ McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JA. The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion Health Affairs, 2002; 21:78-93. doi: 10.1377/hlthaff.21.2.78

¹³⁶ World Health Organization. The World Health Report 2010 - Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>

[Consultado el 21.07.2012]

¹³⁷ Bennett S, Ozawa S, Rao KD (2010) Which Path to Universal Health Coverage? Perspectives on the World Health Report 2010. PLoS Med 7(11): e1001001. doi:10.1371/journal.pmed.1001001

¹³⁸ Thomson S, Jowett M, Evetovits T, Jakab M, McKee M, Figueras J. Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications. 2013. Disponible en: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/186932/Health-and-economic-crisis-in-Europe4.pdf.

¹³⁹ Ford ES, Capewell S. Proportion of the decline in cardiovascular mortality disease due to prevention versus treatment: public health versus clinical care. Annu Rev Public Health. 2011;32:5-22.

¹⁴⁰ Mays GP, Smith SA. Evidence links increases in public health spending to declines in preventable deaths. Health Affairs, no. 2011: doi: 10.1377/hlthaff.2011.0196.

¹⁴¹ Owen L, Morgan A, Fisher A, Ellis S, Hoy A, Kelly MP. The cost-effectiveness of public health interventions. J Public Health 2011; 34: 37-45.

¹⁴² Prevention for a Healthier America: Investments in disease prevention yield significant savings, stronger communities. Disponible en: www.healthyamericans.org, July 2008.

¹⁴³ Wilkinson RG, Marmot M. Social Determinants of Health, the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, 2003. Disponible en: www.euro.who.int/document/e81384.pdf