



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

Pla interdepartamental de salut pública | PINSAP |

Barcelona, 14 de febrer de 2014

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	6
1. JUSTIFICACIÓ	8
1.1. Els determinants de la salut	8
1.2. Antecedents	10
1.3. Les desigualtats socials i la seva repercussió sobre la salut	12
1.4. La situació de la salut a Catalunya	14
2. MODEL I OBJECTIUS	20
2.1. Mandat legal	21
2.2. Finalitat	21
2.3. Objectius generals i específics	22
2.4. Aspectes operatius	23
2.4.1. Mètodes	24
2.4.2. La participació de les administracions locals i de la societat civil	27
2.5. Finançament	28
3. VALORACIÓ I AVALUACIÓ DE L' IMPACTE EN LA SALUT	29
3.1. Consideracions per a l'elaboració dels indicadors	29
3.1.1. Reconeixement i valoració de les iniciatives actuals	29
3.1.2. Requisits d'informació per a l'avaluació del PINSAP	29
3.1.3. Indicadors seleccionats	31
3.1.4. Valors basals dels indicadors seleccionats disponibles	34
3.2. Elaboració d'una proposta de regulació de l'impacte en salut	36
3.3. L'eix global d'intervenció	39
3.3.1. La perspectiva de salut i d'equitat en les polítiques públiques	39
3.3.2. La informació i la recerca	39
3.3.2.1. Optimitzar l'ús de les dades disponibles i garantir-ne l'aplicació i la transparència	40
3.3.2.2. Vigilar els efectes de la crisi sobre les desigualtats i la salut	40
3.3.2.3. Impulsar la recerca	41
3.3.3. El compromís intersectorial i entre les administracions	41
3.3.4. La participació de la societat civil	42

4.	LES ACTUACIONS DEL PINSAP 2014-2015 A L'HORIZÓ 2020.....	43
4.1	Mobilitat i salut	45
4.2.	Alimentació i salut.....	50
4.3	Entorn i salut	54
4.4	Ocupació i salut	64
4.5	Urbanisme, habitatge i salut	68
4.6.	Educació i salut	72
4.7.	Cultura, lleure, activitat física i salut	75
4.8.	Sistema sanitari i salut	86
4.9	Polítiques socials i salut.....	92
5.	PROGRAMA TRANSVERSAL DE PROMOCIÓ I PROTECCIÓ DE LA SALUT COMUNITÀRIA	96
5.1.	Justificació i propòsits	96
5.2.	Objectius	97
5.3.	Població diana a la qual s'adreça	97
5.4.	Modalitats de participació	97
5.7.	Criteris i requisits per a la selecció dels dispositius territorials candidats	100
5.8.	Criteris i requisits per a la selecció dels participants individuals	100
5.9.	Dificultats i limitacions	101
5.10.	Elements per al desenvolupament operatiu	102
	Proposta d'àrees d'actuació 2014-2015 a l'horitzó 2020	104
6.	AGENDA	109
	Annex 1	110
7.	REFERENCIES BIBLIOGRÀFIQUES	113



“La majoria de les polítiques públiques poden influir, positivament o negativament, en la salut i en la seva distribució equitativa en la societat, i molts dels objectius de les nostres societats serien inabastables sense una població sana i amb un bon nivell educatiu”.

Jyrki Katainen, primer ministre de Finlàndia

“La prevenció de les malalties requereix intervencions d’ampli abast social que ultrapassin les possibilitats dels departaments governamentals de salut o sanitat. Les professions sanitàries poden recomanar estils de vida saludables [...] però no poden redissenar els entorns socials per tal de facilitar efectivament l’adopció dels comportaments saludables”.

Margaret Chan, directora general de l’OMS

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

“La salut a totes les polítiques (...) pren com a punt de partida que la salut juga un rol crucial a la vida econòmica d’una societat. La salut s’ha convertit en una força impulsora econòmica i social fonamental.(...).Una població sana i qualificada és crítica per a la participació laboral, la productivitat i una economia sanejada”.

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

Comissió Interdepartamental de Salut

President: Antoni Mateu i Serra (Secretari de Salut Pública, Departament de Salut)

Secretari: Andreu Segura i Benedicto (Departament de Salut)

Vocals:

• Assumpta	Farran i Poca	Departament de Territori i Sostenibilitat
• Xavier	Farriols i Solà	Departament de Justícia
• Carmela	Fortuny i Camarena	Departament de Benestar Social i Família
• Joan Josep	Isern i Aranda	Departament d'Interior
• Jordi	Miró i Meix	Departament d'Empresa i Ocupació
• Miquel	Molins i Elizalde	Departament d'Agricultura, Ramaderia, Pesca, Alimentació i Medi Natural
• M. Josefa	Moya i González	Departament de Cultura
• Ivan	Planas i Miret	Departament d'Economia i Coneixement
• Meritxell	Ruiz i Isern	Departament d'Ensenyament
• Jordi	Souto i Andrés	Departament de Governació i Relacions Institucionals
• Joan	Vidal de Ciurana	Departament de la Presidència
• Carmen	Cabezas Peña	Departament de Salut
• Iria	Caamiña i Cabo	Departament de Salut
• Alexandre	Guarga Rojas	Servei Català de la Salut
• Ricard	Tresserras i Gaju	Departament de Salut
• Antoni	Trilla i García	Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

Grup de Treball del Departament de Salut

Genoveva Barba; Esther Bigas; Carmen Cabezas; Iria Caamiña; Joan Colom; Josep Fusté; Tona Lizana; Vicenç Martínez; Esteve Saltó; Andreu Segura; Josep M. Suelves i Ricard Tresserras amb el suport d'Isabel Mena.

Assessors tècnics interdepartamentals

Xavier Mateu, Xavier Guinart (Territori i Sostenibilitat); Alexandre Figueras, Oriol Marcé (Presidència); Francesc Vives (Cultura); Lluís Grande, Marc Vinyas, Carme Iniesta (Benestar Social i Família); Francesc Xavier Vila (Agricultura, Ramaderia, Pesca, Alimentació i Medi Natural); Paula Montero (Justícia); Jaume de Montserrat, Angelina Puig (Empresa i Ocupació); Rafael Olmos, Anna Pintó (Servei Català de Trànsit), Cristina Rovira (Economia i Coneixement); Departament Ensenyament.

INTRODUCCIÓ

El Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) pretén que tots els sectors del Govern, de les administracions públiques catalanes i de la societat capitalitzin directament les seves influències respectives sobre la salut i el benestar associat a la salut de la població de Catalunya, per tal de contribuir conjuntament a elaborar polítiques públiques saludables i a desenvolupar iniciatives determinades de promoció i de protecció de la salut, particularment adreçades als grups més vulnerables de la societat. Amb la mateixa vigència que el Pla de salut de Catalunya, el PINSAP inicia un procés gradual de foment de la intersectorialitat en el disseny i en la pràctica d'iniciatives sobre els determinants col·lectius de la salut.

6

Aquest document és el document de bases del PINSAP. Inclou una primera part que il·lustra la influència dels determinants sobre la salut de les persones i les poblacions i resumeix els antecedents i els plantejaments sobre els quals es basa el model d'intervenció que s'hi proposa, que, juntament amb els propòsits i objectius, constitueix el segon apartat del document.

L'avaluació de l'impacte de les intervencions sobre la salut té en aquest Pla un doble paper: d'una banda, el paper més directe de contrastar si els objectius previstos són efectivament assolits —de manera que el Pla esdevingui un instrument útil per retre comptes i per introduir, si cal, les esmenes pertinents— i, d'una altra banda, el d'accentuar la contribució dels diversos sectors de l'Administració i de la societat al benestar que les polítiques públiques procuren, per la qual cosa hi ha un propòsit preliminar de detectar i reconèixer les iniciatives del Govern que siguin més rellevants per a la salut.

Seguint l'exemple de [Califòrnia](#),¹ es plantegen dos eixos estratègics fonamentals. Un eix se centra en les actuacions concretes que tenen a veure amb la promoció d'una Catalunya més saludable (incrementar els anys en bona salut de la població) i l'altre eix s'adreça a incorporar la perspectiva de salut en el disseny i l'avaluació de les polítiques públiques. El document recull aportacions i consideracions sobre cadascuna de les àrees d'actuació identificades pel Grup de Treball del Departament de Salut a partir d'una adaptació del model de determinants de Dahlgren i Whitehead referits a les condicions de vida i treball i que tenen a veure amb l'entorn, l'urbanisme i habitatge, la mobilitat, l'educació, l'ocupació, el sistema sanitari i l'alimentació. Donada la importància que hi té el lleure, sobretot en alguns edats, s'ha afegit al model un apartat sobre això, en el qual s'han inclòs els aspectes relacionats amb la cultura. Finalment, s'hi inclouen propostes de l'àmbit de les polítiques socials. En cada apartat s'hi reflecteixen possibles línies prioritàries d'intervenció per tal de millorar aquestes condicions, promoure l'equitat i disminuir les desigualtats socials que les afecten, i d'aquesta manera reduir les desigualtats en salut que són injustes i evitables. En aquest capítol també hi ha una selecció necessàriament incompleta de bones pràctiques en marxa que poden servir per promoure noves actuacions.

S'hi inclou un apartat que recull les propostes de noves actuacions a l'horitzó 2020 i que es començaran a portar a terme el 2014-2015, així com un programa transversal de promoció de la salut comunitària a desenvolupar intersectorialment.

Malgrat anomenar-se Pla interdepartamental de salut pública, ja que aplega els esforços de tots els departaments del Govern, el PINSAP també implica l'Administració local i tots els sectors de la societat, que han estat consultats en la fase final de la redacció d'aquest document. I s'ha previst que aquests puguin participar de forma contínua en la redefinició i adaptació del Pla, de manera que esdevingui un producte dinàmic i viu, que s'adapti a les necessitats i l'evolució de la realitat.

1. JUSTIFICACIÓ

1.1. Els determinants de la salut

Encara que és ben sabut que la salut de les persones depèn de la influència de molts factors, bona part dels quals són aliens als sistema sanitari, quan es parla dels problemes de salut de la població s'acostuma a posar més accent sobre els aspectes més relacionats amb l'atenció sanitària.

Això no obstant, cal tenir en compte que, per exemple, el sedentarisme s'associa a un notable increment de les taxes de mortalitat i, en canvi, desplaçar-se caminant, en bicicleta o en transport públic, en lloc de fer-ho amb el vehicle propi, beneficia la salut perquè hi ha un augment de l'activitat física i es redueix la contaminació ambiental.²

De la mateixa manera, el consum habitual de vegetals, fruites i hortalisses contribueix a disminuir el risc de morir per causa d'una cardiopatia isquèmica³ i també per alguns càncers com el de colon i recte. En cas que, a més, siguin aliments de proximitat, cal remarcar que hi ha una influència positiva sobre l'economia local i sobre la conservació ambiental.

Si bé l'activitat física i l'alimentació són objecte d'actuacions específiques del sistema sanitari, pel que fa als serveis col·lectius de salut pública i també als serveis assistencials, particularment de l'atenció primària, mitjançant consells i recomanacions, la efectivitat d'aquestes recomanacions és molt limitada si les condicions de vida, de l'urbanisme, del treball, del transport, etc., no faciliten que els ciutadans adoptin conductes saludables. Projectes intersectorials i interdepartamentals com el Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES) integren el consell i assessorament des dels centres d'atenció primària amb la identificació i planificació de rutes saludables i l'ús dels recursos i equipaments comunitaris.⁴

Un altre exemple és el de les lesions no intencionades, especialment les derivades de col·lisions de trànsit, que continuen sent una de les principals causes de mortalitat prematura i també de morbiditat. Per cada defunció per trànsit a Catalunya es produeixen uns dotze ingressos hospitalaris per lesions, que sovint ocasionen una discapacitat permanent. En aquesta situació, si bé el sistema sanitari contribueix amb l'atenció de les víctimes, la prevenció de les col·lisions hi té un paper més rellevant. Les polítiques de seguretat viària impulsades de forma intersectorial a Catalunya en el període 2000-2010 van produir una reducció de la mortalitat del 57%, amb prop de 2.900 morts menys, 25.444 ingressos hospitalaris menys, i uns 18.000 milions d'euros d'estalvi en despeses per a la societat.⁵

Altres factors més difícilment modificables des de les administracions sanitàries, és a dir, unilateralment, són, per exemple, les condicions de l'habitatge, que també tenen una clara influència sobre la salut de les persones. En primer lloc, la garantia d'accedir-hi, que cal salvaguardar especialment en condicions de crisi econòmica, i, en segon lloc, naturalment, que aquest tingui unes característiques bàsiques d'habitabilitat, com ara un subministrament d'aigua adequat i que disposi d'un vàter i una dutxa o banyera. El fet que aquests elements no siguin apropiats o que no n'hi hagi, així com la sobreocupació, humitat o climatització inadequada, incrementen el risc que les persones pateixin lesions i malalties.⁶

D'una manera anàloga, hi ha la influència del treball. D'una banda, l'atur, amb un impacte negatiu sobre la salut, que es tradueix en una incidència més elevada de trastorns mentals, de situacions d'abús d'alcohol i altres drogues, i de malalties cardiovasculars. A la Unió Europea, s'han descrit els efectes de la crisi econòmica i l'atur sobre la salut mental.⁷ I els mateixos autors que els descriuen també afirmen que una inversió de 10 dòlars per persona/any en polítiques d'ocupació reverteix una bona part d'aquests efectes.⁸

Pel que fa a la influència de sectors com la indústria o el comerç, la implantació de normes per reduir la presència de plom a les joguines comercialitzades a la Unió Europea (UE) s'estima que millorarà el rendiment intel·lectual i reduirà la incidència del trastorn per dèficit d'atenció, amb un estalvi de més 30.000 milions d'euros en el conjunt de la UE.⁹ L'aire ambient és el medi on van a parar les emissions contaminants i, per tant, cal que les polítiques de millora de la qualitat de l'aire siguin àmplies i transversals.

Més recentment, s'ha posat de relleu la possible influència sobre la salut humana d'altres factors vinculats al desenvolupament tecnològic i a les noves maneres de viure, com són les radiacions electromagnètiques, el soroll ambiental o la contaminació lluminosa.

La pobresa i l'exclusió social afecten negativament la qualitat de vida de les persones i incrementen el risc de patir diferents malalties cardiovasculars, osteoarticulars, diabetis, malalties respiratòries i trastorns mentals, entre d'altres.¹⁰

Un dels factors amb millor capacitat predictiva de la supervivència i la salut és el nivell educatiu assolit, que s'associa persistentment amb la reducció de la morbiditat per diverses causes i a una disminució de la prevalença de comportaments de risc per a la salut com el sedentarisme, el tabaquisme i l'abús d'alcohol i altres drogues. D'aquí la importància que per millorar la salut té evitar el fracàs educatiu o limitar-lo.¹¹

Altrament, els infants i adolescents amb un millor perfil de salut i comportaments saludables (com l'activitat física) mostren menys absentisme i un millor rendiment acadèmic.¹²

Finalment, la participació i l'assistència a esdeveniments culturals s'associa a una millora de la salut percebuda, a un patró més favorable de risc cardiovascular (alimentació saludable i nivells superiors d'activitat física), i a uns nivells superiors de benestar mental.^{13, 14}

Tots aquests exemples fan palès com n'és d'important la influència d'altres sectors socials diferents de la sanitat en la protecció i la promoció de la salut de la població. Aquesta influència ja es coneixia d'abans, encara que no ha estat fins recentment que s'ha començat a considerar que és força important la seva contribució explícita al conjunt de les polítiques públiques.

1.2. Antecedents

El coneixement de la influència dels determinants ambientals i culturals sobre la salut de les persones ja consta als textos hipocràtics de fa vint-i-cinc segles. De fet, la viabilitat mateixa de les primeres ciutats del període neolític depenia d'intervencions de sanejament, com ara el proveïment d'aigua, l'evacuació de residus, l'emmagatzematge i conservació d'aliments o la inhumació de cadàvers.

Això no obstant, la formalització de les activitats de protecció de la salut com a intervencions de naturalesa política pertoca al moviment higienista i sobretot al desenvolupament social posterior a la Revolució Industrial.

El 1976, la Segona Ponència del Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, sobre la funció social de la medicina, a més de proporcionar una definició encara vigent de salut, va contribuir a reivindicar el paper dels ciutadans i les comunitats en la producció de la salut, i va influir decisivament en la formulació de l'àmbit sanitari del Congrés de Cultura Catalana, segons la qual la salut és un afer col·lectiu: “la salut, cosa de tots”.

Contemporàniament tenia lloc la Conferència Internacional d'Alma-Ata que promovia una perspectiva social de la salut i reconeixia la importància de la intersectorialitat per assolir l'objectiu de salut per a tots que s'hi va proclamar.¹⁵

Però va ser quasi deu anys més tard, a Ottawa,¹⁶ que a la Primera Conferència Internacional per a la Promoció de la Salut es va parlar explícitament de polítiques públiques saludables, i se'n van identificar les cinc àrees estratègiques prioritàries següents:

- 1) Construir polítiques públiques saludables
- 2) Crear entorns que els donin suport
- 3) Desenvolupar les capacitats i habilitats de les persones
- 4) Enfortir les accions comunitàries i
- 5) Reorientar els serveis sanitaris

Aquestes propostes van coincidir amb el desenvolupament de la iniciativa de la nova salut pública i el moviment de les ciutats saludables. Tot i que aquestes accions estan molt relacionades entre si, l'establiment de polítiques públiques saludables n'és la clau. A la posterior Conferència d'Adelaide el 1988 es va desenvolupar aquesta agenda, s'hi van incloure altres aspectes com la transparència i el rendiment de comptes sobre l'evolució de la salut, el desenvolupament d'aliances i el compromís per una salut pública global, i també s'hi van

assenyalar les àrees d'intervenció i els reptes futurs. L'any 1991, a la Tercera Conferència a Sundsvall es va insistir en la construcció d'entorns favorables per a la salut i en la importància de l'apoderament comunitari. Mentre que la de Jakarta el 1997 va accentuar la conveniència d'una aproximació multisectorial i la necessitat de col·laboració entre les administracions públiques i la societat civil. La Sisena Conferència que va tenir lloc a Bangkok el 2005 va ser l'antecedent directe de la Comissió de Desigualtats Socials de l'OMS, que el 2008 va publicar el seu informe final, al que es farà referència tot seguit.

Abans, però, cal constatar que, coincidint amb la presidència de Finlàndia a la Unió Europea, es va fomentar el desenvolupament d'un programa global de govern mitjançant la coordinació, primer, i, després, la integració, si escau, de les polítiques públiques amb impacte sobre la salut. Aquesta iniciativa es coneix com la de "Salut a totes les polítiques".¹⁷

Salut a totes les polítiques és, doncs, un plantejament polític global basat en la convicció que per millorar la salut de la població cal coordinar i harmonitzar les iniciatives de molts diversos àmbits d'actuació a més del sanitari. És un enfocament sistemàtic que té en compte les conseqüències sobre la salut i també sobre els sistemes sanitaris de les decisions d'altres sectors de la política, de l'Administració i de la societat. Aquest enfocament té el propòsit de prevenir els eventuais efectes perjudicials i també de promoure sinèrgies beneficioses, tant per a la millora de la salut de la població, com per a l'equitat —disminució de les desigualtats que són injustes i prevenibles— i la sostenibilitat mateixa dels sistemes sanitaris.¹⁸

Aquesta estratègia comporta que la millora de la salut de la població i la reducció de les iniquitats siguin objectius compartits transversalment per tots els sectors que tenen responsabilitats en les polítiques públiques. I també planteja que és factible donar una resposta conjunta als problemes i als reptes en els quals la salut i les desigualtats són elements rellevants.

L'estratègia introdueix com a element instrumental i avaluatiu la valoració de l'impacte en termes de salut de les intervencions, mesures i actuacions derivades de les polítiques sectorials que tenen influència sobre la salut. Això es fa tant des de la perspectiva més tradicional de contrastar els efectes de les intervencions que es duen a terme com des d'una de més proactiva i preventiva, tenint en compte les eventuais conseqüències de les propostes d'intervenció que configuren les polítiques específiques, amb un plantejament anàleg al de la valoració de l'impacte ambiental, per tal de garantir la viabilitat de l'entorn a mitjà i a llarg termini, aplicant el principi de precaució.¹⁹

El propòsit és que aquest plantejament faciliti un abordatge més adequat per millorar la viabilitat dels sistemes sanitaris i del conjunt de serveis per al benestar social de la població actual i de les noves generacions. Precisament, el mes de juny de 2013 ha tingut lloc la Vuitena Conferència Global de Promoció de la Salut a Hèlsinki, on s'ha presentat una segona edició de l'informe²⁰ que es va publicar per primer cop l'any 2006 i que ha merescut una aguda glossa d'Illona Kickbusch, antiga directora del Programa de Salut Global de l'OMS en el moment en què es van desenvolupar les bases de l'enfocament actual de la promoció de la salut.²¹

1.3. Les desigualtats socials i la seva repercussió sobre la salut

12

És un element conceptual essencial per al projecte del PINSAP la aportació de la perspectiva de reducció de les desigualtats socials proposada per la Comissió de Desigualtats socials en Salut de l'OMS.²²

Les desigualtats en la forma en què està organitzada la societat fan que les possibilitats de desenvolupar-se en la vida i gaudir de bona salut estiguin distribuïdes injustament dins d'una mateixa societat i entre diferents societats. Aquestes desigualtats s'observen en les condicions de vida de la primera infància, l'escolarització, la naturalesa de l'ocupació i les condicions de treball, les característiques físiques del medi urbanitzat i la qualitat del medi natural on viu la població. Segons el caràcter d'aquests entorns, les condicions físiques, el suport psicosocial i els esquemes de conducta varien per a cada grup, i fan que siguin més o menys vulnerables a la malaltia. L'estratificació social també crea disparitats en l'accés al sistema de salut i en la utilització del sistema de salut, i això dona lloc a desigualtats en la promoció de la salut i el benestar, la prevenció i les possibilitats de restabliment i supervivència després d'una malaltia.

L'anàlisi empírica demostra que les desigualtats socials en el factor de la salut per raó de la classe social, el gènere, l'ètnia, el territori o país d'origen tenen impacte en la salut de la població. Per tant, han de ser una prioritat de les polítiques de salut pública. Alhora han de ser un eix de les actuacions interdepartamentals, i sobretot de les intersectorials, que poden millorar la situació a partir de les accions sobre els determinants. Pel que fa a aquesta perspectiva, la Regió Europea de l'OMS acaba d'editar una revisió sobre això, coordinada per sir Michael Marmot i elaborada per l'Institute of Health Equity²³, amb la participació com a assessors de notòries personalitats com Amartya Sen i Guillem López Casasnovas i d'altres prestigiosos professionals catalans com ara Carme Borrell, Èlia Díez i Joan Benach, entre d'altres, que insisteix en la recomanació de:

- a) Desenvolupar polítiques que vetllin per una justa distribució del poder, la riquesa i els recursos: salut i equitat en totes les polítiques, finançament just i despesa pública per a l'equitat, poder polític i participació i bona governança.
- b) Millorar les condicions de vida i de treball en totes les etapes del cicle vital (infància, ocupació, envelliment) i, en general, a la creació d'entorns favorables per a la salut.
- c) Promoure les activitats de recerca, informació, vigilància, docència i recerca en matèria de desigualtats socials en l'àmbit de la salut.
- d) Reorientar els serveis dels sistemes sanitaris per tal que esdevinguin més efectius i segurs, més eficients i més equitatius.

L' Agència de Salut Pública de Barcelona, com a part dels projectes Medea i Ineq-Cities, ha elaborat un document útil com a guia del planejament davant les desigualtats pel que fa a la salut en l'àmbit urbà i les mesures efectives per reduir-les, que inclou com a annex un conjunt de 36 recomanacions a les autoritats locals per mitigar l'impacte de la crisi actual sobre la salut.²⁴ Aquestes recomanacions s'inspiren en l'informe de l'Observatori de Salut Pública de Liverpool.²⁵ Es tracta d'una perspectiva particularment oportuna per satisfer la moció del Ple del Parlament de Catalunya del dia 14 de març de 2013 que per unanimitat instava el Govern a presentar "el Pla amb les accions acordades per l'Agència de Salut Pública —pactades amb les associacions d'ens locals— i el Servei Català de la Salut amb explicitació de les mesures destinades a minimitzar les desigualtats en salut derivades de les desigualtats socials creixents". D'aquí la conveniència d'incloure un programa transversal de promoció i protecció de la salut comunitària adreçat específicament a les persones en situació de vulnerabilitat, sobretot de llarga durada i, en general, adreçat a les persones en situació de risc elevat d'exclusió social, particularment els infants.

1.4. La situació de la salut a Catalunya¹

Segons les dades de l'Informe de salut 2012,²⁶ Catalunya presenta uns bons indicadors de salut per al conjunt de la població i ocupa una posició intermèdia alta en relació amb els països de l'entorn europeu.

L'objectiu principal del Pla de salut, i subseqüentment del PINSAP, és incrementar l'esperança de vida en bona salut. L'esperança de vida en bona salut és un indicador compost que inclou la durada de la vida i la qualitat amb què és viscuda. Així doncs, inclou l'esperança de vida calculada a partir de la mortalitat i la percepció de salut calculada a partir de l'Enquesta de salut. L'objectiu s'ha formulat en termes de proporció de vida viscuda amb bona salut i, tot i que és un objectiu molt difícil d'assolir perquè l'esperança de vida es va incrementant, és important tenir-lo en compte perquè marca el camí que es vol seguir, cap a una prioritització dels elements més qualitius de la vida.²⁷

Taula 1. Percentatge de l'esperança de vida viscuda amb bona salut a Catalunya en diferents anys i objectiu per a l'any 2020.

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

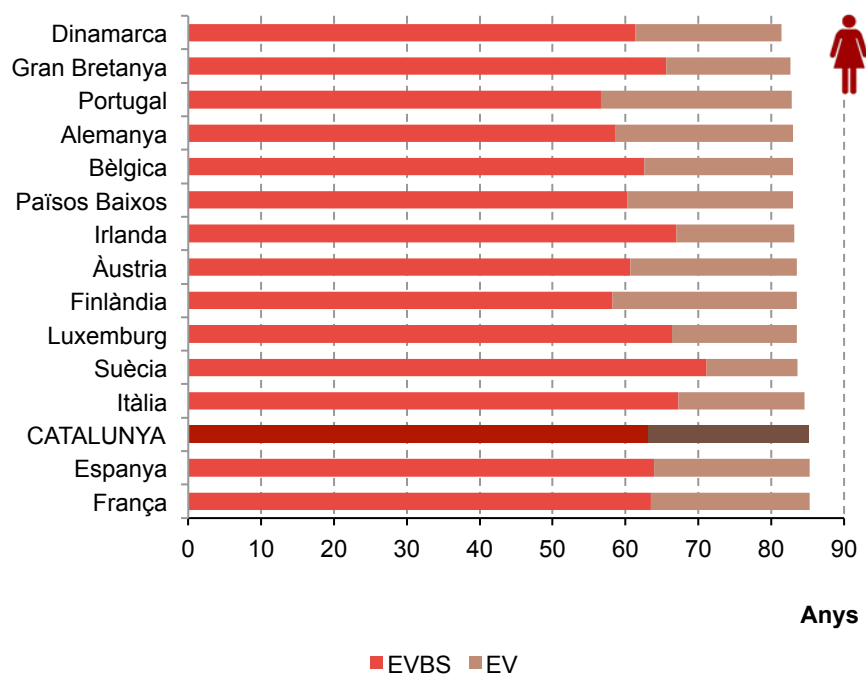
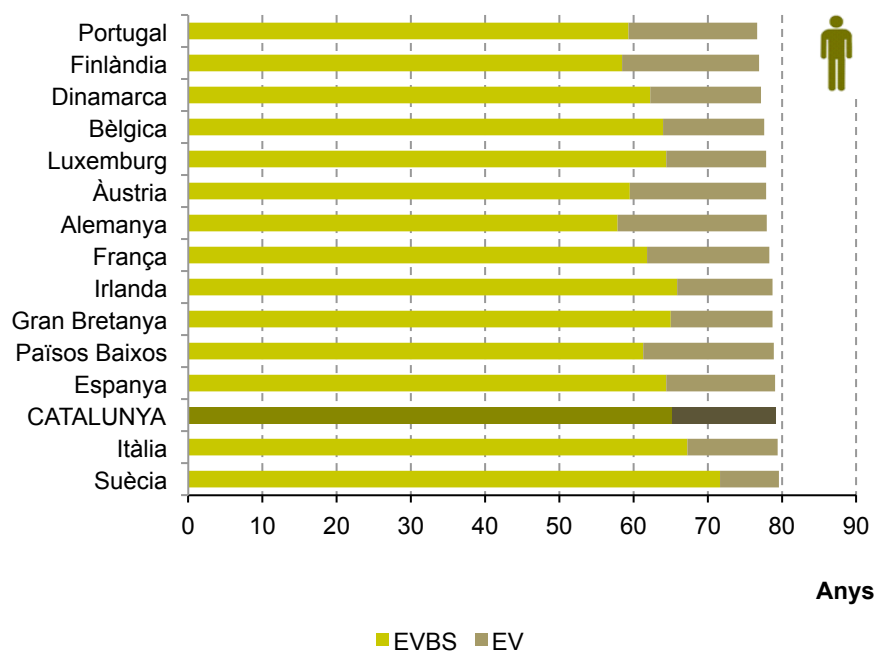
Font: [Marcant fites](#).

A Catalunya l'any 2011, l'esperança de vida (EV) en néixer segueix la tendència d'augment moderat. Cal assenyalar que les dones viuen quasi sis anys més que els homes. En canvi, l'esperança de vida en bona salut (EVBS) en néixer és quasi tres anys més elevada en els homes.

Als països de la UE-159 es donen valors similars en l'esperança de vida (EV), disparitats en els de l'esperança de vida en bona salut (EVBS) i es mantenen les diferències per sexe. Catalunya se situa en una posició intermèdia. Els valors de l'EV són relativament millors que els de l'EVBS, cosa que comporta que els homes ocupin la setena posició respecte al valor del quocient entre l'EVBS i l'EV, i les dones la desena posició (figura 1).

¹ Aquest apartat és un resum d'alguns aspectes de [Informe de Salut 2012](#) i del Document [El sistema de salut de Catalunya en procés de canvi. Balanç del Pla de salut 2011-2015 a meitat de període](#) del Departament de Salut

Figura 1. Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS) per sexe i països de la UE-14 (2009) i a Catalunya (2010-2011)



La càrrega més elevada de morbiditat es deu a la freqüència i l'impacte de les malalties cròniques: al voltant del 80% de la mortalitat és ocasionada per patologies cròniques, el 37,2% de la població general pateix algun problema de salut crònic i se sap que l'atenció a la cronicitat consumeix més del 50% dels recursos del sistema segons el pressupost del Departament de Salut.

Una altra dimensió de l'estat de salut és el benestar psicològic, que es focalitza en aspectes positius de la salut mental (afectivoemocionals, cognitivoavaluatius i psicològics). La població catalana mostra un nivell satisfactori de benestar psicològic en comparació amb la població general escocesa —a Escòcia es va desenvolupar l'instrument original per valorar-lo—, ja que en un interval de 14 a 70 punts possibles d'obtenir presenta una mediana de 59, mentre que en la població escocesa la mediana és de 51.

Les malalties infeccioses són un problema prioritari de salut pública, perquè cal evitar que a partir de casos de malaltia es produeixin casos secundaris. Per exemple, malgrat que la taxa d'incidència de la tuberculosi a Catalunya és la més baixa dels darrers 23 anys (16,2 per 100.000), continua sent superior a la de la majoria dels països de la UE (França, 7,9 per 100.000; Finlàndia, 6,1 per 100.000; Àustria, 8,2; Alemanya, 5,3; Dinamarca, 6,5, i UK, 13,7 per 100.000).

L'any 2012 s'han notificat 716 casos de VIH al Registre de malalties de declaració obligatòria individualitzada, xifra que representa una taxa global de 9,9 casos per 100.000 habitants. Segons els criteris actuals es considera diagnòstic tardà de la infecció pel VIH el cas que la xifra dels limfòcits CD4 al moment del diagnòstic és inferior a $350 \times 10^6/l$. A més s'ha considerat el diagnòstic tardà amb malaltia avançada quan el recompte dels limfòcits CD4 és inferior a $200 \times 10^6/l$. Del total de diagnòstics de VIH declarats l'any 2012 amb la informació sobre el recompte dels limfòcits CD4 (631), el 45% dels casos complien criteris de diagnòstic tardà. El nombre de casos de diagnòstic tardà és superior en les persones de més de 49 anys (64%) i en els homes homosexuals (56%). Malgrat que el percentatge dels diagnòstics tardans sigui força elevat, a Catalunya se n'observa un descens significatiu: passa del 60% el 2001 al 45% el 2012. El diagnòstic tardà de la infecció pel VIH té un impacte negatiu tant per a la persona que és diagnosticada tard (i que, per tant, tindrà un pronòstic pitjor) com per a la salut pública, ja que, sense un diagnòstic de VIH no es poden prendre les mesures de prevenció i tractament necessàries per reduir el risc d'infecció. Actualment, el diagnòstic precoç és una prioritat dels programes de prevenció.²⁸

El consum de drogues és un fenomen transversal que implica col·lectius heterogenis (joves, persones en tractament, persones usuàries en actiu, familiars, professionals, etc.), diferents problemàtiques i, per tant, múltiples professionals en funció de l'àmbit de treball (preventiu, assistencial, reducció de danys). Les tendències de consum han anat variant al llarg dels anys en consonància amb els canvis socials, així com també ho han fet els recursos per respondre a les problemàtiques que en deriven. Des de l'inici del 2000 fins avui en dia, pel que fa a les tendències de consum, es constata que en termes de salut pública, el tabac i l'alcohol continuen causant la morbiditat més elevada, i que la cocaïna supera l'heroïna en el consum i la demanda assistencial.



En general, si bé l'anàlisi de la situació de la salut mostra un territori bastant homogeni, s'observen diferències relacionades amb condicions sociodemogràfiques i econòmiques que situen determinats col·lectius en situació de vulnerabilitat. Clàssicament, s'accepta que el gènere, la classe social, el nivell d'estudis i el territori són els eixos principals de desigualtat en la salut i que la vulnerabilitat de les persones creix a mesura que se situen sobre un nombre més elevat d'eixos de desigualtat.

Entre l'any 2006 i el període de 2010-2012, el context familiar de la població infantil ha canviat. El canvi ha estat positiu perquè el nivell d'estudis de la població ha millorat i se sap que això té un efecte favorable en la salut dels infants, i especialment rellevant és el del nivell d'estudis de la mare. Però també ha tingut un caire negatiu, perquè el percentatge d'infants que com a mínim tenen a la seva llar un membre a l'atur ha passat del 9,7% al 20,7%, circumstància que pot actuar com a factor de risc per a la salut.

L'anàlisi dels indicadors s'ha dut a terme per sexe, i s'hi ha observat un patró ben diferenciat entre homes i dones. Pel que fa als indicadors de salut, excepte en el sedentarisme, les dones mostren comportaments més saludables (menys prevalença de tabaquisme, de consum de risc d'alcohol, etc.), però tenen una pitjor percepció de l'estat de salut, sofreixen en proporció més elevada malalties cròniques, tenen més probabilitat que els homes de patir trastorns mentals i fan més ús dels serveis sanitaris i consumeixen més medicaments.

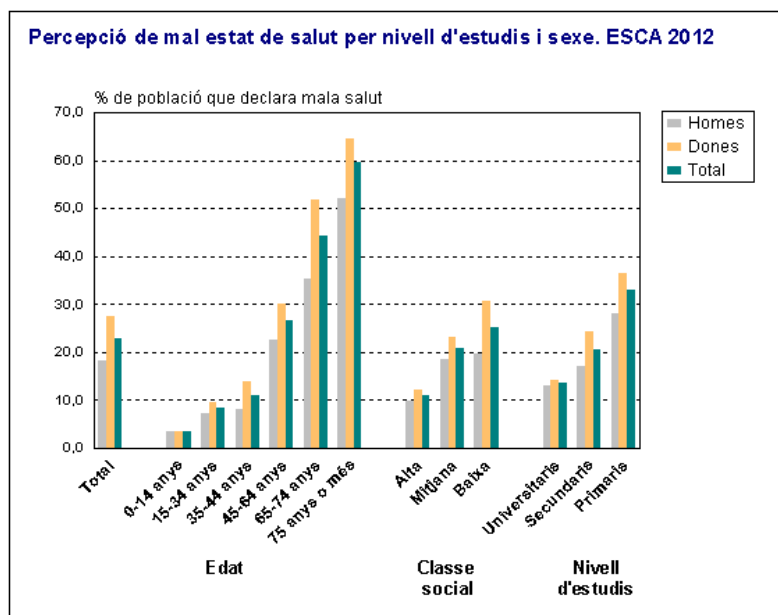
Segons la classe social i el nivell d'estudis, s'hi observa una gradació en el sentit que, en general, la població que pertany a les classes més desfavorides (grups IVb i V) i la que té un baix nivell d'estudis presenta una pitjor percepció de l'estat de salut i té comportaments no saludables en proporcions més elevades.

La població en situació d'atur té en conjunt pitjors indicadors de salut que la població que té ocupació amb percentatges significativament més elevats de mala salut percebuda i de depressió i/o ansietat. No hi ha diferències significatives pel que fa al sedentarisme i al consum de risc de begudes alcohòliques entre la població ocupada i la que és a l'atur, mentre que el consum de tabac és més freqüent entre la població aturada. Quant a la utilització de serveis sanitaris, no s'observen diferències significatives entre ambdues poblacions en la freqüència en el consum de medicaments, ni en les visites a un professional sanitari ni en la utilització d'urgències i l'hospitalització.

La salut percebuda

Les enquestes de salut realitzades periòdicament permeten que els ciutadans s'expressin sobre diferents aspectes de la seva salut. Una qüestió comuna en la majoria de les enquestes consisteix a preguntar "Com diria vostè que és la seva salut en general?", amb les respostes "Excel·lent, Molt bona, Bona, Regular o Dolenta". I per facilitar-ne l'anàlisi, les cinc categories de resposta s'agrupen en dues: "Bona salut (Excel·lent, Molt bona i Bona)" i "Mala salut (Regular o dolenta)".

Tot i que es tracta d'un mesurament basat en criteris subjectius, permet recollir dimensions difícils d'apreciar a través d'altres indicadors o paràmetres. Diversos estudis situen l'estat de salut percebut com un fort predictor de la mortalitat,^{29, 30} i la malaltia i de la utilització de



serveis de salut o socials.³¹

L'any 2012, vuit de cada 10 catalans declaren tenir un bon estat de salut (82,8%). Segons la seva valoració, els homes declaren tenir un millor estat de salut que les dones, amb percentatges del 87,2% i del 78,4%, respectivament. L'estat de salut percebut empitjora amb l'edat i a partir dels 45 anys la diferència entre els sexes creix en detriment de les dones.

Mentre que només el 15,0% de les persones amb estudis universitaris consideren que tenen mala salut, el percentatge puja fins al 18,7% en les persones amb estudis secundaris i fins al 36,3% entre les persones amb estudis primaris o sense estudis. S'observa un comportament similar en el cas de la classe social.

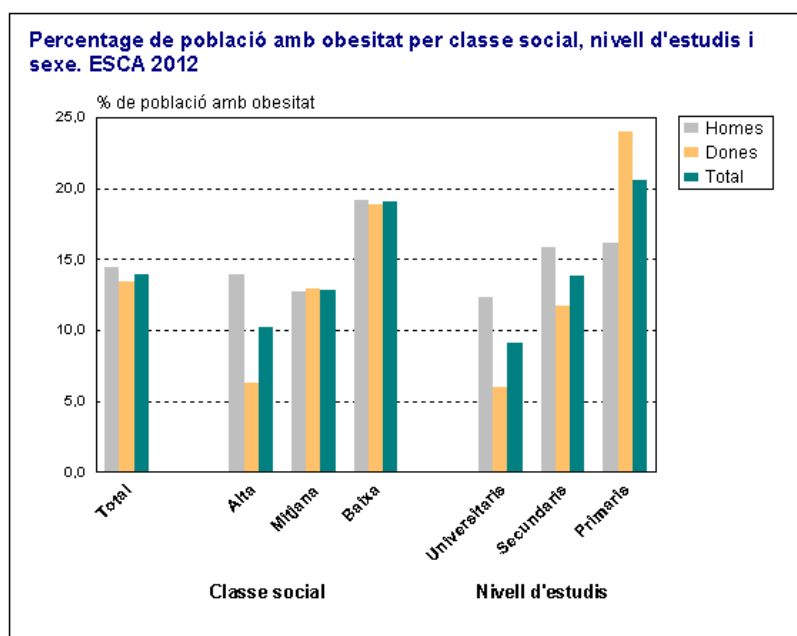
Prevalença d'excés de pes declarat

El percentatge de població amb excés de pes és un altre indicador condicionat per l'entorn social. L'any 2012 gairebé la meitat de la població de Catalunya de 18 a 74 anys té excés de pes (49,2%), el 57,8% dels homes i el 40,4% de les dones, segons les dades del pes i la talla declarades.

19

A Catalunya, en els homes la prevalença del sobrepès és pròxima a la mitjana d'Espanya i la de l'obesitat és inferior a la mitjana. En les dones, tant el sobrepès com l'obesitat se situen per sota de la mitjana d'Espanya.

L'excés de pes inclou el sobrepès i l'obesitat. El 35,4% de la població catalana de 18 a 74 anys presenta sobrepès i el 13,9%, obesitat. El sobrepès és més freqüent en els homes (42,6%) que en les dones (27,9%). La distància es redueix en l'obesitat, amb valors del 15,2% i del 12,5%, respectivament.



S'observa una relació clara entre l'excés de pes i la classe social o nivell d'estudis. Aquesta relació és més rellevant en el cas de l'obesitat. Així, mentre que el 7,7% de la població amb estudis universitaris té obesitat, el percentatge creix fins al 20,7% entre la població amb estudis primaris. Entre les dones el diferencial és superior: les dones amb un nivell d'estudis primaris o sense estudis tenen 4 vegades més probabilitats de patir obesitat respecte de les dones amb estudis universitaris.

El 34,4% de la població de 6-12 anys té excés de pes. En la població de 2 a 17 anys, Catalunya presenta tant en els nois com en les noies percentatges de sobrepès inferiors a la mitjana de les comunitats autònomes. La prevalença de l'obesitat en els nois és inferior a la mitjana d'Espanya i en les noies és similar.

2. MODEL I OBJECTIUS

El benestar de la població és un dels propòsits que justifiquen l'existència dels governs i les administracions, i el benestar de la població depèn en una bona part de la salut d'aquesta mateixa població. D'aquí que, en reconèixer aquestes influències, la finalitat del PINSAP sigui fomentar-les i contribuir a incrementar les que són positives i a limitar les negatives. Les iniciatives per dur-ho a terme cal que siguin desenvolupades conjuntament i coordinades perquè rendeixen més beneficis que si són unilaterals i esporàdiques.

20

Així doncs, en primera instància, el PINSAP és una manera de fer paleses les influències que tots els sectors de la societat i de l'Administració tenen sobre la salut de les persones i les poblacions i, en conseqüència, de reconèixer el paper respectiu com a agents de promoció i de protecció de la salut. Aquest paper és just i convenient que sigui capitalitzat pel sector social o pel departament corresponent del Govern, atès que esdevé un incentiu per construir una societat més saludable. Però també ha d'esdevenir una practica efectiva de coordinació que fomenti les sinèrgies i previngui les interferències i els solapaments entre les diverses iniciatives governamentals que afecten la salut dels ciutadans.

S'estima que el 80% dels determinants de la salut es troben fora del sistema sanitari. Actuar sobre aquests determinants des de la perspectiva governamental no és una tasca senzilla. Requereix un acurada planificació i accions articulades. No és sols una tasca tècnica, sinó que implica determinats canvis en la cultura i els valors dels qui tenen la responsabilitat de dur-ho a terme.

L'Administració pública disposa d'una estructura organitzativa potent i capaç de desenvolupar les seves funcions o serveis sovint amb un nivell de qualitat notable, però és menys àgil quan ha de resoldre problemes complexos o quan l'acció pertinent supera els àmbits de responsabilitat de cada departament. D'aquí que les iniciatives intersectorials requereixen crear nous espais de treball, tenir un punt de vista inclusiu en el disseny de les accions i finalment mancomunar o compartir recursos, coneixements, responsabilitats i accions.

L'acció sobre els determinants de la salut ha de tenir lloc des de les diverses perspectives i responsabilitats de cadascun dels sectors socials i de l'Administració implicats, perquè els temes abordats traspassen l'àmbit de competències d'un departament. Cal que els projectes impliquin l'acció global de govern i, encara que l'execució d'aquestes accions comporti intervencions descentralitzades, és bàsic el paper de la coordinació en el disseny, la formulació i la implementació de les polítiques.

Si s'accepta una concepció de la salut entesa com una manera de viure autònoma, solidaria i joiosa, cal també una actitud proactiva de les persones, que són responsables i protagonistes de la seva salut. Aquesta actitud i mentalitat de les persones s'ha de cultivar des de la família, l'escola i l'entorn comunitari, a més d'assegurar-ne la continuïtat al llarg de tota la vida. Una concepció positiva de la salut s'associa a una perspectiva de creació de salut,³² que prioritza l'actuació sobre els actius de salut, sobre allò que genera salut o és favorable per a la qualitat

de vida abans que la prevenció i atenció dels factors que poden disminuir-la i crear desigualtats. Aquest enfocament és clau per promoure l'autonomia personal i l'autonomia de les persones en relació amb les comunitats en el control i millora de la seva salut.

2.1. Mandat legal

21

La Llei de salut pública de Catalunya (18/2009) estableix que el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), coordinat amb el Pla de salut, sigui l'eina bàsica per desenvolupar les accions de salut pública a Catalunya, de manera que les seves propostes són vinculants per al Govern.

Tot i que l'elaboració del PINSAP pertoca als departaments del Govern —les activitats dels quals influencien la salut dels ciutadans— sota la direcció del Departament de Salut, en el seu disseny hi participen les administracions locals, els agents socials i econòmics, les societats científiques, les corporacions professionals, les institucions i la societat civil en general.

El PINSAP pot ser un instrument per impulsar que els ens locals prenguin consciència de la necessitat d'una "acció global de govern", amb la complicitat de la societat civil i el sector econòmic, per a la protecció i promoció de la salut dels ciutadans. El PINSAP ha de facilitar que tots els departaments de la Generalitat traslladin aquesta influència de les seves actuacions en l'àmbit de la salut de la població, en l'exercici de la seva activitat, als serveis municipals homòlegs, alhora que ha d'estimular que aquests tinguin en compte el valor del factor salut i posin l'accent en la capitalització d'aquest valor.

2.2. Finalitat

El propòsit del PINSAP és "mobilitzar i responsabilitzar els diversos àmbits de govern per millorar els nivells de salut per mitjà de l'actuació sobre els seus principals determinants, tant estructurals com d'estils de vida".

La iniciativa esdevé en el moment actual particularment oportuna, perquè la situació de crisi econòmica emfasitza encara més la necessitat d'optimitzar l'eficiència en la utilització dels recursos i fa inexcusable que es tinguin en consideració els factors que condicionen més l'efectivitat i la equitat de les intervencions sanitàries. Tal com recull la moció aprovada pel Parlament en la seva sessió plenària del 14 de març de 2013, el PINSAP ha d'incloure explícitament les mesures destinades a minimitzar les desigualtats en la salut derivades de les desigualtats socials creixents. Altrament i d'acord amb el que estableix la Llei 18/2009, el PINSAP ha de desenvolupar iniciatives destinades a afavorir la promoció específica de la salut de les dones, d'acord amb els plans de polítiques per a les dones aprovats pel Govern i, en general, ha d'adoptar una perspectiva de gènere.



2.3. Objectius generals i específics

- Millorar la salut de la població de Catalunya i disminuir les desigualtats en salut a partir de l'acció interdepartamental i intersectorial.
- Incorporar efectivament la salut com un dels eixos de la política governamental (la salut a totes les polítiques).
- Implicar tots els departaments del Govern perquè puguin capitalitzar la seva influència positiva sobre la salut.
- Millorar la coordinació i promoure sinèrgies que comportin un increment de la efectivitat, l'eficiència i la equitat de les polítiques intersectorials sobre la salut i el benestar.
- Contribuir a la simplificació i l'agilitat de les administracions públiques en les polítiques que afecten la salut de la població.
- Reconèixer i inventariar les accions sectorials i intersectorials que influeixen la salut de la població de forma rellevant.
- Monitorar els efectes sobre la salut de les polítiques sectorials i intersectorials amb el desenvolupament dels indicadors més adequats.
- Desenvolupar un procés continuat a partir d'una primera proposta d'actuacions i polítiques intersectorials.

2.4. Aspectes operatius

El PINSAP és concebut com un procés en el qual la salut, i el benestar associat a la salut, esdevé un objectiu bàsic de les polítiques públiques, de manera que cadascun dels departaments del Govern capitalitza les influències que les mesures i intervencions proposades tenen sobre la salut de les persones i de la població i assumeix, doncs, la responsabilitat que li pertoca, d'una manera coordinada, però, per tal de contribuir així a l'acció transversal del Govern i a la construcció de polítiques intersectorials.

23

Les activitats del PINSAP es desenvolupen en dues dimensions:

D'una banda, **les que promou cadascun dels departaments en l'exercici de la seva pròpia responsabilitat i les seves competències** i que poden ser objecte de millora com a conseqüència de la inclusió al PINSAP en fomentar les característiques intersectorials. La Comissió Interdepartamental ha analitzat les activitats i els serveis de cada departament que tenen un impacte rellevant sobre la salut de la població, tant pel que fa a la promoció com a la protecció de la salut, i tant si es tracta d'activitats singulars com d'activitats conjuntes amb d'altres departaments. Així mateix, la Comissió destaca algunes d'aquestes iniciatives com a exemples de bones pràctiques que mereixen una particular acreditació o reconeixement com a intervencions saludables.

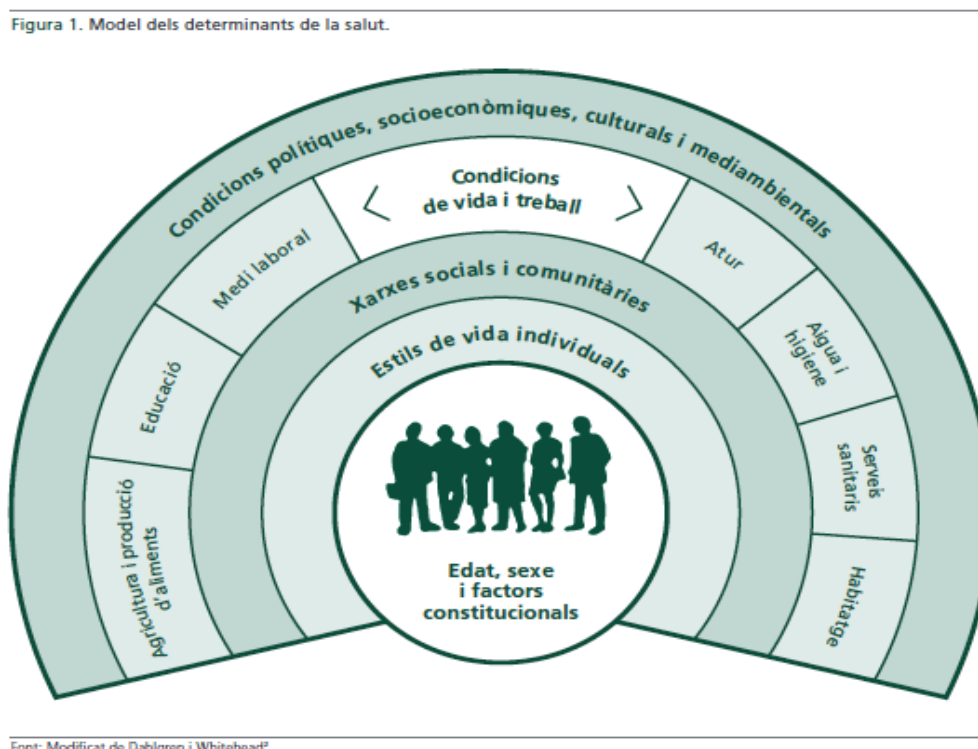
D'altra banda, **les que són una nova proposta d'actuació en el marc del PINSAP** en cadascun dels àmbits tractats. A més, es planteja iniciar un programa transversal de promoció i protecció de la salut amb una orientació conjuntural davant la crisi econòmica i social i els problemes que comporta per a la salut de la població, bàsicament adreçat als sectors exposats a un risc elevat de pobresa i d'exclusió social. Aquest programa, els propòsits del qual es desenvolupen a l'apartat 5 d'aquest document i on se n'inclou un esborrany inicial del disseny, és un programa l'aplicació del qual podria servir com un assaig per al desenvolupament de la dimensió territorial de les polítiques públiques de promoció de la salut i el benestar a Catalunya.

2.4.1. Mètodes

Els determinants de la salut de la població poden conceptualitzar-se com una sèrie d'estrats que se superposen com un arc de Sant Martí (figura 1) al voltant d'unes característiques individuals com són l'edat, el sexe i alguns factors constitucionals que no són modificables.

24

Figura 1. Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead (1991) modificat per l'ASPB



Al seu voltant, situades en capes concèntriques, es troben una sèrie d'influències que poden ser modificades per l'acció política. En primer lloc, hi ha els anomenats *estils de vida individuals*, entre els quals s'inclou el consum de tabac o d'alcohol i l'activitat física. En segon lloc, les persones interaccionen entre elles i amb la seva comunitat integrades en xarxes socials i comunitàries; la pertinença a aquestes xarxes condiciona els seus estils de vida i la salut. Al tercer estrat es troben les condicions de vida i de treball, l'alimentació, l'accés a béns i serveis fonamentals, com l'educació o els serveis sanitaris. Finalment, com a mediadors de la salut, les influències econòmiques, culturals i mediambientals actuen sobre totes les altres capes.

En tots els països del món s'observen desigualtats socials en la salut de la ciutadania, que principalment deriven de les condicions en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. D'acord amb la Declaració universal dels drets humans, tota persona té dret a un nivell de vida apropiat que assegurï, per a ell i la seva família, la salut i el benestar,

especialment quant a alimentació, vestir, habitatge, assistència mèdica i als serveis socials necessaris.

Les condicions de vida i de treball inclouen l'habitatge; la composició de la llar i familiar; les característiques del medi ambient en general i els entorns específics urbà, laboral, escolar o d'oci; l'existència de treball i les condicions laborals; la facilitat de desenvolupar conductes saludables, etc.

La classe social, el nivell de renda i la capacitat adquisitiva, el nivell educatiu, entre d'altres, són determinants estructurals de la salut, sobre la qual influeixen directament o indirectament a través de les condicions de vida i els comportaments de les persones.

Com que, malgrat la seva utilitat com a model de referència, el model fou dissenyat fa dècades i des d'una perspectiva conceptual, el grup de treball l'ha adaptat a la situació actual del nostre entorn. Així, els apartats "Atur" i "Condicions de vida i treball" s'han aplegat sota l'epígraf "Ocupació". L'apartat "Aigua i higiene" s'ha englobat en un de més ampli, "Entorn", que recull també la qualitat de l'aire i altres aspectes relacionats. S'hi han afegit dos apartats més que tenen una rellevància especial en la societat actual: "Mobilitat", que inclou tant la mobilitat activa de les persones com el transport i la seguretat viària, i "Cultura, lleure i activitat física". L'estrat "Condicions polítiques, socioeconòmiques, culturals i mediambientals", en canvi, s'ha englobat en l'àmbit "Polítiques socials", en especial aquelles que tenen que veure amb l'actuació sobre les desigualtats.

Molts dels problemes de salut més rellevants vénen influenciats per aquests determinants que conformen les condicions de vida de les persones. Una influència que, en circumstàncies socioeconòmiques com les actuals, incrementa les desigualtats en salut. Malgrat l'interès creixent per afrontar adequadament els determinants socials de la salut, com fa palesa una revisió sistemàtica de l'evidència generada en països desenvolupats entre 2000 i 2007 sobre els efectes en la salut en població adulta de les intervencions sobre el sanejament i l'aigua, l'agricultura i l'alimentació, l'accés als serveis socials i sanitaris, les condicions de treball, habitatge i vida, l'educació i el transport, cal avançar en la recerca, perquè els resultats obtinguts fins ara no són concloents, independentment de les millores observades per grups socials desfavorits pel que fa a les intervencions en condicions d'habitatge i ocupació.³³ Un altra revisió sobre els efectes sobre la salut infantil posa de manifest que hi ha una extensa literatura científica que dóna suport a la importància dels determinants de la salut i les desigualtats i la seva influència diferenciada al llarg del curs de la vida, però que manca recerca de qualitat sobre els efectes de les intervencions per reduir les desigualtats.³⁴

Aquesta manca de recerca de qualitat sobre els efectes de les intervencions no pot frenar l'actuació sobre els determinants de la salut; però obliga a ser curosos en la tria de les actuacions a portar a terme i a desenvolupar una estratègia d'avaluació rigorosa, al mateix temps que cal fomentar la sinergia amb grups de recerca que ajudin a avançar en la gènesi d'evidència.

El desenvolupament del PINSAP es beneficiaria notablement d'una recerca aplicada que millorés els coneixements actuals sobre els efectes de les intervencions intersectorials sobre la salut, recerca que haurien de dur a terme els investigadors dels centres de recerca del país i a

la qual podria contribuir el PINSAP amb la informació aplegada en els processos d'avaluació previstos.

Mentrestant, i inicialment, la Comissió ha seleccionat entre les diverses actuacions departamentals aquelles que ha estimat que tenen més incidència sobre les condicions de vida i que contribueixen potencialment a la disminució de les desigualtats en salut de caràcter col·lectiu injustes i evitables. Aquestes actuacions que han estat analitzades des de la perspectiva de cadascun dels departaments del Govern i des de la perspectiva del Departament de Salut mitjançant sessions de treball bilaterals.

26

En la tria de les intervencions seleccionades s'han tingut en compte els criteris elaborats per la Universitat Johns Hopkins³⁵ mirant de respectar els principis següents:

- Prioritzar les intervencions sobre les causes de les causes (*upstream*) que tenen efecte en els resultats en salut (*downstream*).
- Buscar i emfasitzar els costos i els beneficis per a tothom, en tot el gradient social.
- Escoltar a la societat i donar veu als seus interessos, incorporant-hi la visió de dones i homes i les seves associacions.
- Apoderar les persones i la societat, creant les condicions perquè tinguin el control sobre les seves vides i la seva salut. Prestar una atenció especial a les dones i a la gent gran.
- Començar per projectes concrets i anar ampliant-los.
- Estendre experiències o bones pràctiques d'èxit amb resultats provats.
- Incorporar la perspectiva de gènere i altres eixos de desigualtat en l'anàlisi de salut.
- Avaluar els resultats amb indicadors sensibles al gènere, l'edat i el nivell socioeconòmic i l'origen ètnic, que permeten estudiar les diferències causants de desigualtats.
- Col·laborar amb els mitjans de comunicació i les empreses de publicitat per canviar el discurs, incloent-hi els estereotips d'homes i dones i difondre la informació relativa a les diferències tant de condicions de vida com d'estat de salut entre homes i dones.
- Impulsar la col·laboració i el partenariat.
- Treballar conjuntament per un objectiu comú.
- Adaptar-se a un context globalitzat i en canvi permanent. Innovar i adaptar-se als reptes de futur. Usar les tecnologies de la informació i comunicació.

2.4.2. La participació de les administracions locals i de la societat civil

A partir de les aportacions de les administracions locals, es proposa dissenyar una proposta d'articulació operativa, que es pot basar en els aspectes següents:

27

- Creació d'un grup de treball per desenvolupar i implementar el PINSAP, amb la participació de les entitats municipalistes i les diputacions, així com d'altres institucions de la societat civil, particularment la Taula del Tercer Sector i les entitats de voluntariat, amb l'assessorament de les societats científiques i de les corporacions professionals. A l'annex 1 hi ha una relació de les institucions que han atès la convocatòria de la Comissió i les que hi han tramès aportacions específiques.
- Inclusió als convenis bilaterals entre Salut Pública i els ajuntaments i diputacions de les intervencions en el marc del PINSAP.
- Els plans locals de salut poden ser l'instrument de compromís polític dels governs locals per desenvolupar l'acció comunitària en el marc del Pla de salut i del PINSAP. Les actuacions i intervencions en salut comunitària recollides en els plans locals de salut necessàriament han de comptar amb la participació i la coresponsabilització de tots els actors clau al territori —administracions, professionals sanitaris, agents econòmics, tercer sector i ciutadania— en el marc del treball en actius comunitaris (mapa de recursos).

En resum, aquest Pla planteja una sèrie d'accions i recomanacions per promoure la salut i reduir les desigualtats en salut que afecten la població de Catalunya adreçades a millorar les condicions materials de vida, susceptibles d'intervenció intersectorial i coordinada del Govern en conjunt, a la manera de les propostes per a la lluita contra la pobresa i per a la inclusió social a Catalunya que, en aquest cas, coordina el Departament de Benestar Social i Família, amb la participació del Govern en conjunt i de l'Administració local i la societat civil.

En aquest sentit, s'han triat algunes de les actuacions de cada departament que tenen un impacte en la salut (ja formin part de plans interdepartamentals o siguin accions pròpies del departament implicat) i que guanyen valor atès que en potencien la dimensió intersectorial i esdevenen activitats del PINSAP durant el 2014-2015 (a l'horitzó de 2020). D'altres iniciatives, serveis i programes que puguin anar incorporant-se al PINSAP es recolliran en un pla operatiu d'actuació anual.

2.5. Finançament

El PINSAP compta amb un finançament específic per a les noves actuacions que es posin en marxa, i així mateix recull la dedicació pressupostària específica del Govern en relació amb les actuacions que tenen un impacte en la salut.

28

Malgrat que no comporta un cost addicional en els pressupostos públics, les millores d'eficiència i d'eficàcia lligades a desenvolupar-lo han de permetre portar-lo a terme i millorar els resultats en salut de les persones, sobretot dels col·lectius més vulnerables. En concret, els 123,8 milions d'euros de dedicació pressupostària a salut pública es dedicaran de manera prioritària a les intervencions que s'engloben dins del PINSAP.

3. VALORACIÓ I AVALUACIÓ DE L'IMPACTE EN LA SALUT

3.1. Consideracions per a l'elaboració dels indicadors

29

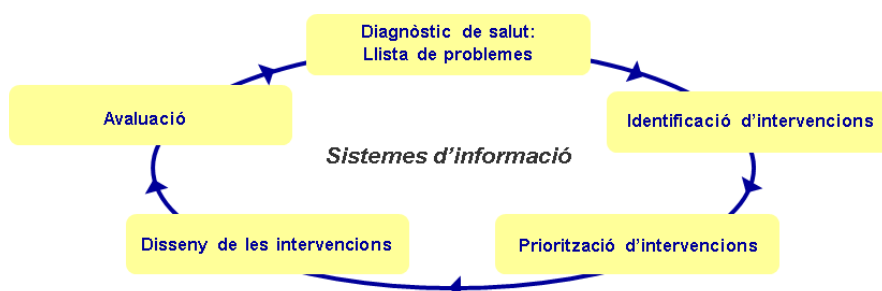
L'avaluació de l'impacte de les intervencions sobre la salut té un doble paper en el PINSAP. D'una banda, el més directe, que és el de contrastar si els objectius previstos són efectivament assolits i, de l'altra, el d'accentuar la contribució dels diversos sectors de l'Administració i de la societat al benestar que procuren les polítiques públiques. L'avaluació ha de ser un instrument útil per retre comptes i ha de contribuir a millorar el procés de planificació, de manera que es puguin introduir, si cal, les esmenes pertinents. Per assolir aquest propòsit, cal disposar d'informació que permeti conèixer quin és el punt de partida, quines són les polítiques més rellevants per a la salut que s'estan duent a terme i quins en són els resultats obtinguts.

3.1.1. Reconeixement i valoració de les iniciatives actuals

Des del PINSAP es detecten sistemàticament i es valoren els acords de Govern, plans, programes, projectes i intervencions que tinguin una influència rellevant sobre la salut i el benestar de la població i, particularment, els que es dediquen explícitament a algun aspecte de la salut. Es tracta de potenciar aquestes intervencions i les sinergies eventuais, així com prevenir superposicions i interferències potencials. Una de les activitats del PINSAP és la determinació dels indicadors adequats per valorar els aspectes més rellevants de les actuacions.

3.1.2. Requisits d'informació per a l'avaluació del PINSAP

Els indicadors, com a producte tangible dels sistemes d'informació, són imprescindibles en tot el procés de planificació. L'avaluació ha d'estar present en totes les fases del cicle de planificació i, per avaluar, es necessita informació.



La complexitat del fenomen salut/malaltia dificulta l'organització de tota la informació necessària per planificar les intervencions i avaluar-les. Els sistemes d'informació han de permetre relacionar l'estat de salut de la població amb la utilització de recursos i els costos, per poder avaluar la consecució dels objectius de les polítiques de salut en termes d'eficàcia, eficiència i seguretat.

Els sistemes d'informació disponibles han d'ajudar a prendre decisions basades en dades objectives que afecten la salut de les persones en un context d'escassetat de recursos, amb millors garanties d'equitat i eficiència.

Concretar els requisits d'informació necessaris per planificar i avaluar les intervencions i el mateix PINSAP, és una tasca ineludible que requereix l'esforç conjunt de tots els actors del Pla. Atesa la quantitat i l'heterogeneïtat de dades disponibles, és necessari identificar, analitzar i seleccionar la informació que s'ajusti millor a les necessitats actuals i futures del Pla. El procés d'identificació i priorització de les polítiques més rendibles contribuirà a determinar els indicadors més adequats en cada cas.

La selecció del conjunt d'indicadors que permetin mesurar i valorar l'evolució de l'associació entre les activitats intersectorials implementades i la millora de la salut i la qualitat de vida s'estructura en tres grans nivells:

- Indicadors de salut: millora de la salut i la qualitat de vida (inclou els estils de vida).
- Indicadors dels determinants (socials i mediambientals).
- Indicadors de les intervencions proposades: grau d'assoliment i abast.

A partir de l'anàlisi de la informació disponible se seleccionen els indicadors que millor ajudin a avaluar fins a quin punt s'estan assolint els objectius del PINSAP.

Per seleccionar els indicadors, s'han tingut en compte un conjunt de criteris. A fi que el PINSAP els consideri vàlids, els indicadors han d'aportar informació objectivable i quantificable procedent de fonts sistemàtiques o periòdiques estables. Alguns dels criteris de qualitat o atributs exigibles per aplicar-los són: validesa, fiabilitat, especificitat, sensibilitat, disponibilitat, rellevància i eficiència.

El procés d'establiment dels indicadors ha de fixar quines són les unitats de registre més adequades en cada cas. Pel que fa a la població, convé disposar d'informació d'àrees petites que permetin conèixer el comportament dels indicadors amb un nivell de desagregació suficient, com per exemple l'àrea bàsica de salut (ABS) o la secció censal. Per assolir els objectius generals del PINSAP, és imprescindible poder avaluar les desigualtats socials en salut, la qual cosa justifica la necessitat d'accedir a una desagregació suficient.

En aquest sentit, caldrà fer un esforç important amb tots els departaments implicats per delimitar unes àrees mínimes comunes. La col·laboració que s'ha establert amb l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) és imprescindible.

També cal establir els mecanismes de recollida, emmagatzematge, anàlisi i difusió de la informació. S'han de valorar els riscos de no preveure la complexitat de gestionar informació tan heterogènia. També s'han de definir les mètriques dels indicadors que permetin mesurar la variabilitat.

Inicialment, convé que el conjunt proposat tingui un nombre d'indicadors reduït i raonablement fàcil de gestionar a partir de fonts d'informació ja existents, actualitzades i accessibles.

31

Consideracions operatives:

- Els indicadors escollits han d'aportar informació quantificada procedent de fonts estables i disponibles, amb els criteris de qualitat habituals exigibles per seleccionar-los: validesa, fiabilitat, especificitat, disponibilitat, rellevància i factibilitat.
- Convé tenir molt en compte la possibilitat de desagregació de la informació (per territori, sexe, grups d'edat, classe social o d'altres) per tal de detectar i abordar adequadament les desigualtats i variabilitats potencials.
- El disseny de cada indicador ha d'incloure un seguit de dimensions bàsiques: definició, fórmula de càlcul, desagregacions, font d'informació, periodicitat, responsables de l'elaboració, etc.

3.1.3. Indicadors seleccionats

D'acord amb els criteris exposats prèviament, i principalment a partir dels sistemes d'informació del Departament de Salut i de l'Idescat s'inclouen els següents indicadors de seguiment i avaluació del Pla.

Cal, sempre que sigui factible, la desagregació per edat, sexe, classe social, nivell d'estudis i territori (previsió de càlcul per comarca, àmbit regional i municipis grans).



A. Indicadors bàsics de salut i estils de vida

1. Esperança de vida
2. Esperança de vida en bona salut
3. Percepció de mala salut
4. Taxa de mortalitat estandarditzada (global o específica)
5. Mortalitat evitable per causes susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials (global i per sida/infecció pel VIH, tumor maligne de pulmó, hepatopatia alcohòlica, col·lisions per trànsit, suïcidis, homicidis)
6. Prevalença de consum de tabac
7. Prevalença de consum d'alcohol
8. Prevalença de sobrepès i obesitat
9. Prevalença de sedentarisme

B. Indicadors bàsics de determinants socials

1. Taxes d'ocupació i atur
2. Nivell d'estudis acabats
3. Renda mitjana anual per llar, persona i unitat de consum
4. Taxa de risc a la pobresa o exclusió social
5. Persones amb reconeixement legal de discapacitat
6. Llars segons el règim de tinença de l'habitatge principal
7. Llars segons béns d'equipaments de què disposen
8. Satisfacció amb les condicions de treball
9. Existència de diferents situacions en el lloc de treball
10. Existència de discriminacions en el centre de treball (taxes baixes)
11. Contaminació de l'aire:
 - Diòxid de nitrogen (NO₂): percentatge d'estacions que compleixen el valor límit anual (VL_a) de NO₂ a la ZQA1 i ZQA2.
 - Partícules en suspensió de menys de 10 micres (PM10): percentatge d'estacions que compleixen el valor límit anual (VL_a) de PM10 a la ZQA1 i ZQA2.
 - Ozó (O₃): percentatge d'estacions amb superació del valor objectiu per a la salut humana (VOPS).

C. Indicadors d'impacte de les intervencions formulades

- Cada intervenció inclosa al PINSAP tindrà almenys un indicador que permetrà avaluar-ne el grau d'implantació i, en la mesura del possible, l'eficàcia i l'impacte. Atesa la multifactorialitat de la salut, els canvis observats en els indicadors de resultat (com, per exemple, l'esperança de vida o la mortalitat infantil) són difícilment atribuïbles a una sola intervenció, i per tant no permeten una atribució clara de l'impacte en la salut de les polítiques implementades.



- Per aquest motiu, a mesura que es concreten les intervencions del PINSAP es defineixen indicadors de procés, que faciliten el seguiment del compliment de les polítiques i actuacions definides a curt i mitjà termini. Aquests indicadors són de dos tipus:

- Indicadors del grau d'implementació i compliment de les polítiques i actuacions.
- Indicadors de resultat intermedis sobre la salut que s'haurien de poder vincular als primers indicadors i que permetrien avaluar-ne l'impacte específic.

3.1.4. Valors basals dels indicadors seleccionats disponibles

Valors basals dels indicadors del PINSAP proposats <i>Indicador</i>		Valor de referència	Any	Font d'informació
A. Indicadors bàsics de salut i estils de vida				
1 Esperança de vida (en anys)	Homes	79,5	2011	RMC
	Dones	85,3	2011	
	Total	82,5	2011	
2 Esperança de vida en bona salut (en anys)	Homes	65,2	2011	RMC + ESCAc
	Dones	63,1	2011	
	Total	64,2	2011	
3 Percepció de mala salut (% de la població)	Homes	12,8	2012	ESCAc
	Dones	21,6	2012	
	Total	17,2	2012	
4 Taxa de mortalitat estandarditzada (morts per 1.000 h.)	Homes	7,6	2011	RMC
	Dones	4,2	2011	
	Total	5,6	2011	
5 Mortalitat evitable per intervencions intersectorials (taxa per 100.000 h.)	Homes	94,2	2011	RMC
	Dones	43,4	2011	
	Total	68,5	2011	
6 Prevalença de consum de tabac (proporció de fumadors diaris + ocasionals)	Homes	34,2	2012	ESCAc
	Dones	22,9	2012	
	Total	28,5	2012	
7 Prevalença de consum de risc d'alcohol	Homes	6,0	2012	ESCAc
	Dones	1,7	2012	
	Total	3,9	2012	
8 Prevalença de sobrepès i obesitat en població adulta	Homes	57,7	2012	ESCAc
	Dones	40,1	2012	
	Total	49,0	2012	
9 Prevalença de sedentarisme en població adulta	Homes	16,4	2012	ESCAc
	Dones	19,2	2012	
	Total	17,8	2012	
10 Índex de benestar psicològic	Homes	59,0	2011	ESCAc
	Dones	57,8	2011	
	Total	58,4	2011	

B. Indicadors bàsics de determinants socials

1.1	Taxa d'ocupació total (per 100)	Homes	52,6	2012	Idescat + EPA
		Dones	43,9	2012	
		Total	48,1	2012	
1.2	Taxa d'atur total (per 100)	Homes	23,2	2012	Idescat + EPA
		Dones	22,1	2012	
		Total	22,6	2012	
2	Proporció de població de >15 anys sense estudis o amb estudis primaris	Homes		2012	ESCAc
		Dones		2012	
		Total	25,7	2012	
3.1	Renda mitjana neta anual per llar (€)	Total	26.418,0	2011	Idescat (INE)
3.2	Renda mitjana neta anual per persona (€)	Total	10.101,0	2011	Idescat (INE)
4	Taxa de risc de pobresa	Homes	18,0	2011	Idescat (INE)
		Dones	20,3	2011	
		Total	19,1	2011	
5	Nombre de persones amb reconeixement legal de discapacitat	Homes	239.726	2012	Idescat (DASF)
		Dones	250.408	2012	
		Total	490.134	2012	
5.1	Habitatges principals amb calefacció (per 100)	Total	91,7	2011	Idescat
6.2	Habitatge familiar en bon estat de conservació (per 100)	Total	91,1	2011	Idescat
7	Satisfacció global amb la feina (valoració de 0 a 10)	Homes	7,45	2010	Idescat (DEO)
		Dones	7,53	2010	
		Total	7,49	2010	
8	Existència de diferents situacions en el lloc de treball	Total	nd	nd	En procés
9	Contaminació de l'aire: punts de mesurament que han sobrepassat el valor límit diari de PM10 (nombre / nombre total de punts)	Total	9 /138	2012	XVPCA (DTS)

3.2. Elaboració d'una proposta de regulació de l'impacte en salut

Tant la Llei de salut pública com el Pla de salut recullen la necessitat d'avaluar l'impacte en salut de les intervencions i activitats públiques més rellevants pel que fa a la seva potencial influència en la salut de la població afectada. És important que l'avaluació sigui aplicable tant en les polítiques vigents com en les noves iniciatives, i tant en les polítiques no sanitàries (ocupació, urbanisme, habitatge, mobilitat, etc.) com en les sanitàries.

36

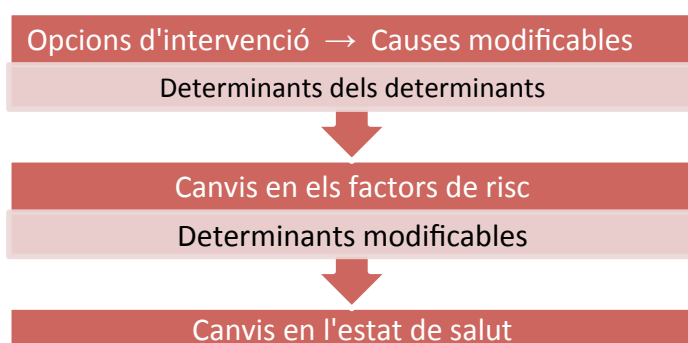
Una de les eines clau per desenvolupar la salut en totes les polítiques és l'avaluació de l'impacte en salut (AIS). L'AIS és “una combinació de procediments, mètodes i eines, mitjançant els quals una política, programa o projecte pot ser jutjat en relació amb els seus efectes potencials en la salut de la població i sobre la distribució d'aquests efectes dins de la població”.³⁶ És a dir, “l'estimació dels efectes que una actuació específica tindrà sobre la salut de la població”.³⁷ L'AIS ajuda a incorporar la salut i els seus determinants en el procés de fer polítiques.³⁸

L'AIS té com a objectius fonamentals:

1. Avaluar els impactes potencials en la salut, tant els positius com els negatius, de les polítiques, programes i projectes.
2. Millorar la qualitat del procés de presa de decisions públiques a través de les recomanacions per reforçar els impactes positius previstos, i minimitzar els negatius.

L'AIS és una eina que ajuda a fer efectiva la salut en totes les polítiques, ja que vehicula la introducció de la salut i l'equitat en salut en el disseny i la implementació de polítiques sectorials.³⁹ També ajuda a incorporar una visió de la salut més integral, els seus determinants socials, l'aspecte de l'equitat en salut, el treball intersectorial i la participació i, a la vegada, aporta transparència a la presa de decisions.⁴⁰ Hi ha un centre de recursos en l'àmbit de l'Estat espanyol.⁴¹

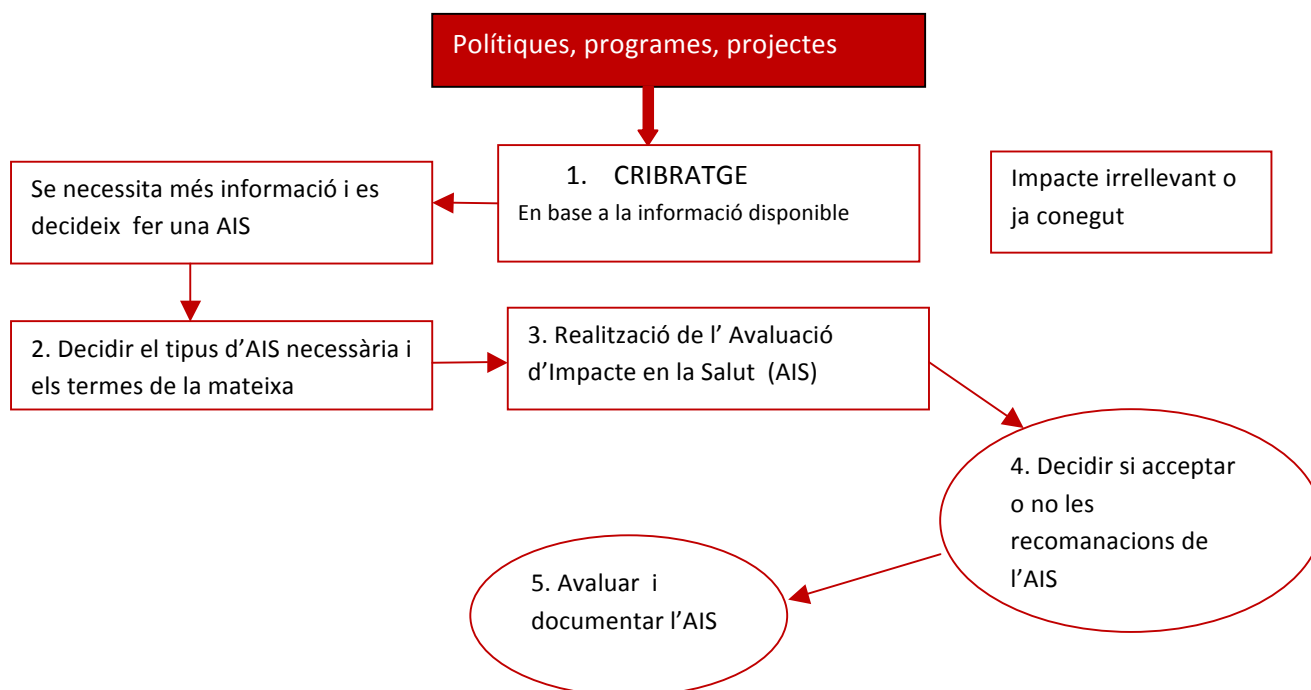
Marc conceptual



Marc conceptual per a l'AIS. A: 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 February; 56(2):132-8.⁴²

L'AIS, segons l'extensió i profunditat que tingui, pot ser ràpida (es realitza una valoració d'escenaris "de despatx" per valorar els possibles resultats dels impactes en salut de la política) o completa (valoració en profunditat, amb l'objectiu de tenir una bona estimació del grau dels impactes). Encara que l'AIS es planteja com una activitat prospectiva (anàlisi d'un impacte potencial futur en cas que la proposta es porti a terme), hi ha autors que consideren possibles la realització d'AIS concurrents (mentre s'implementa una proposta) o una AIS retrospectiva (una vegada implementada la proposta).

Etales de l'AIS



Model simplificat: etapes de l'AIS

1. Cribatge: és l'etapa més important. Comporta la selecció de polítiques, projectes o programes, sobre els quals s'haurà de fer l'AIS tenint en compte raons pràctiques, polítiques i legals no tan relacionades amb l'impacte potencial en salut. L'objectiu d'aquesta etapa és identificar els projectes que es poden beneficiar d'una AIS i els projectes en què és necessària més informació sobre la manera en què afectaran la població. L'etapa de cribatge permet establir prioritats quan es tracta de seleccionar les polítiques més adequades per a una AIS en funció de criteris preestablerts. D'aquesta manera, segons l'abast que tingui el cribatge, se'n poden diferenciar dos tipus: el cribatge en profunditat, que s'aplica de manera individualitzada i analitza els impactes amb més detall, i el cribatge sistemàtic, que consisteix a cribar totes les intervencions d'un sector determinat en un mateix procés.⁴³



2. Disseny i planificació: és l'etapa en què s'estableixen les condicions tècniques (termes de referència) de l'AIS. Els aspectes que cal especificar són: objectius de l'AIS, els tipus, els criteris que cal tenir en compte, els impactes que cal analitzar en més profunditat, els grups per consultar, els recursos disponibles i el calendari.
3. Realització de l'AIS (avaluació): és l'etapa en què es desenvolupa la metodologia de l'AIS i consta de les fases següents:
 - Anàlisi de la proposta
 - Realització dels perfils de salut o dels determinants de la salut de la comunitat potencialment afectada.
 - Consulta als agents socials afectats, entrevista a grups d'interès i informadors clau.
 - Recull i anàlisi de l'evidència, informes i estudis previs.
 - Identificació dels determinants de la salut afectats per la proposta estudiada i estimació de l'impacte.
 - Priorització dels impactes.
 - Recomanació i justificació de les opcions de canvi de la proposta.
 - Informe final al grup director.
4. Opcions alternatives: és un moment clau del procés, en què es decideix si s'accepten o no les recomanacions de l'AIS.
5. Avaluació de l'AIS: consisteix a avaluar la mesura en què les prediccions de l'AIS eren precises. Permet millorar la metodologia per a AIS futures. Aquesta avaluació de l'AIS conté els dos aspectes següents:
 - Avaluació del procés: rigor metodològic i document de l'avaluació.
 - Avaluació dels resultats en salut: comprovar si la presa de decisió ha servit per aconseguir un impacte positiu en la salut de la població, i estimar el benefici de la posada en marxa d'alguna de les recomanacions de l'AIS.

Incorporació de l'AIS al PINSAP

En el marc del PINSAP, es proposa treballar en el desenvolupament d'un instrument de cribratge que permeti identificar fàcilment les propostes sobre les quals seria important fer una AIS en profunditat, en la mateixa línia de treball que es porta a terme al País Basc.⁴⁴

D'altra banda, es realitzarà formació i sensibilització sobre l'AIS i aquesta eina de cribratge. La formació tindria com a objectiu donar eines a tècnics de diferents sectors sobre el cribratge de l'AIS, així com sensibilitzar sobre els elements definitoris de l'AIS: la presa de decisions basada en l'evidència, la salut en totes les polítiques, els determinants de la salut i l'equitat en salut, el treball intersectorial i la participació per a la millora de la salut de la població.

3.3. L'eix global d'intervenció

Incorporar la visió de la salut en el disseny i l'avaluació de les polítiques públiques és un dels propòsits principals del PINSAP, de manera que pugui esdevenir un incentiu per mantenir i ampliar les iniciatives dels diversos organismes governamentals que influeixen positivament la salut de la població, les quals es materialitzen com a propostes específiques d'actuacions del PINSAP en els apartats 4 i 5 d'aquest document.

39

Aquesta dimensió més global de promoure genèricament les actuacions intersectorials i interdepartamentals abasta quatre àmbits: el disseny de polítiques públiques saludables i equitatives; la informació i la recerca; el compromís entre les administracions responsables, i el compromís amb la comunitat.

3.3.1. La perspectiva de salut i d'equitat en les polítiques públiques

Per tal que l'orientació i el disseny de les polítiques públiques incorporin la perspectiva de la salut —que inclou la de l'equitat, atès que tracta d'evitar les desigualtats en salut injustes i evitables—, convé destacar l'efecte de les polítiques públiques sobre la salut de la població; reconèixer la contribució d'altres sectors, a més del sanitari, en la salut; fomentar les intervencions de les polítiques públiques que tenen una influència positiva en la salut i protegir la salut de la població de les conseqüències potencialment negatives de les aplicacions de les polítiques públiques.

D'aquí que calgui valorar les iniciatives de tots els departaments del Govern —acords de Govern, normes, projectes, programes, etc.— que tenen una influència potencial més rellevant sobre la salut de la població; promoure activament aquelles iniciatives susceptibles de millorar l'impacte des d'una perspectiva intersectorial i elaborar una normativa per valorar l'impacte en salut.

3.3.2. La informació i la recerca

Com a suport per dur a terme les actuacions específiques de la millor manera possible, convé optimitzar la generació i la gestió de la informació necessària d'una forma coordinada i, atesa la situació de crisi econòmica i social, controlar els efectes que provoca sobre la salut, particularment des de la perspectiva de la protecció a les persones i els grups més vulnerables. Finalment, també convé promoure línies de recerca aplicada que aprofitin les dades generades a propòsit de les actuacions i que millorin el coneixement sobre l'impacte d'aquestes intervencions sobre la salut, per modificar, si escau, els projectes en curs.

3.3.2.1. Optimitzar l'ús de les dades disponibles i garantir-ne l'aplicació i la transparència

Cal seleccionar les dades relatives als determinants col·lectius de la salut que actualment generen tots els departaments del Govern; homogeneïtzar-les de forma que puguin ser utilitzades per part de tots els implicats en el PINSAP i analitzar-les per garantir-ne la utilitat pràctica (per al disseny de les intervencions i per a l'avaluació dels resultats) en el desenvolupament del PINSAP.

40

Això comporta disposar de l'inventari de dades (amb la col·laboració de l'Idescat) de tots els departaments del Govern i de les institucions implicades; elaborar els indicadors per a la normativa sobre la valoració de l'impacte en salut (VIS) i els indicadors específics per a l'avaluació dels efectes de les intervencions sobre la salut, així com la publicació periòdica de les dades.

3.3.2.2. Vigilar els efectes de la crisi sobre les desigualtats i la salut

Malgrat que alguns indicadors macroeconòmics mostren signes de recuperació, atesa la gravetat i la profunditat de la crisi econòmica actual, està justificada sobradament la creació d'un dispositiu específic de reforçament de la vigilància epidemiològica que permeti detectar amb la màxima precocitat possible els efectes que té aquesta crisi sobre la salut i, particularment, identificar els determinants socials i col·lectius de la salut afectats, de manera que es puguin neutralitzar o, si més no, pal·liar al més aviat possible.

Per detectar precoçment els efectes negatius sobre la salut, cal dissenyar els indicadors més pertinents (canvis en els determinants col·lectius més rellevants; efectes negatius més precoços); elaborar una línia de base dels indicadors de què cal fer el seguiment; la recollida i l'anàlisi de les dades i la publicació d'informes periòdics i, si escau, immediats sobre els efectes negatius i propostes d'actuació. L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya i l'Observatori dels Sistemes de Salut tenen un paper de lideratge en aquest projecte.

3.3.2.3. Impulsar la recerca

Ateses les dificultats i l'escàs coneixement sobre la influència dels determinants socials i col·lectius sobre la salut de la població, convé millorar-lo. El PINSAP ha de ser una oportunitat de generar dades i informació d'utilitat, tant a partir de les experiències concretes de cadascuna de les intervencions, com de l'estudi de l'estratègia interdepartamental i intersectorial global. Així mateix, la recerca comportaria un retorn operatiu dels coneixements per desenvolupar polítiques públiques que contribueixin a la promoció i a la protecció de la salut col·lectiva.

41

Cal, doncs, col·laborar amb els centres de recerca del país, garantir el manteniment de les línies actuals de recerca sobre determinants col·lectius i elaborar un inventari dels projectes en marxa, així com fomentar noves línies de recerca en aquest mateix àmbit i promoure la cooperació en recerca en l'àmbit internacional.

3.3.3. El compromís intersectorial i entre les administracions

El PINSAP planteja millorar l'eficàcia, l'eficiència i l'equitat de les intervencions de les administracions que afecten la salut de la població; reduir les superposicions i les interferències entre les intervencions dels diversos sectors de l'Administració pública (autonòmica i local) a Catalunya que afecten la salut de la població i promoure la coordinació intersectorial en el territori mitjançant les administracions locals.

Per això, proposa desenvolupar la dimensió territorial (i local) de les intervencions seleccionades al PINSAP; el disseny i l'aplicació gradual del programa transversal de promoció i de protecció de la salut comunitària al territori, i la coresponsabilitat de les administracions implicades.

D'altra banda, la major part de les intervencions i el PINSAP en si mateix impliquen el compromís i l'esforç col·lectiu de tots els sectors de la societat, especialment el sector productiu, i els agents socials.

3.3.4. La participació de la societat civil

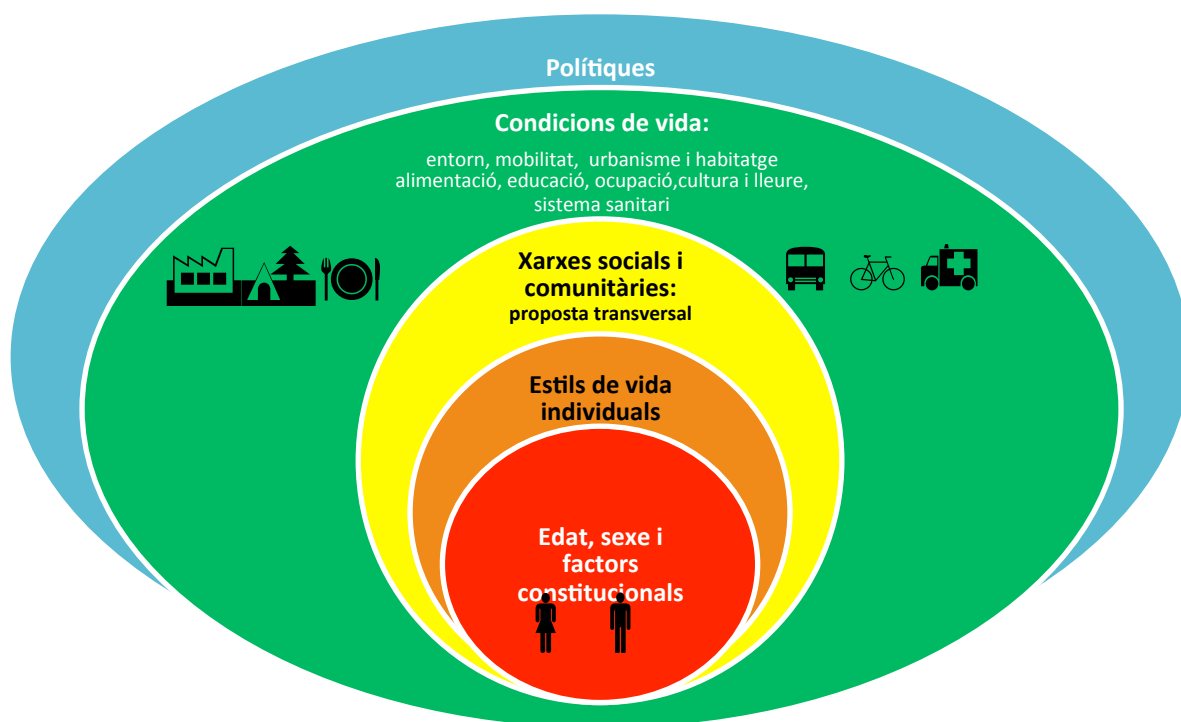
Sense la implicació de la societat civil no és possible el desenvolupament de la “salut en totes les polítiques”, de manera que convé incrementar l’apoderament social en l’àmbit de les polítiques públiques saludables, i establir una responsabilització proporcional quant a la utilització dels serveis sanitaris públics així com la construcció conjunta d’una societat més responsable i participativa pel que fa als determinants col·lectius de la salut i el benestar associat a la salut.

Tot plegat requereix facilitar adequadament la informació sobre el PINSAP i recollir les aportacions eventuais; dissenyar conjuntament la fase operativa del programa transversal (amb les entitats del tercer sector i l’Administració local); potenciar els plans de desenvolupament comunitari i els plans de salut locals i crear una plataforma compartida per al seguiment del PINSAP.

4. LES ACTUACIONS DEL PINSAP 2014-2015 A L'HORITZÓ 2020

Les actuacions prioritzades tenen en compte el model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead,⁴⁵ adaptat amb les aportacions referides a les desigualtats socials que influencien la salut,⁴⁶ els efectes de la crisi en els àmbits locals^{47,48} i els criteris de l'Institut de Salut Urbana de la Universitat Johns Hopkins. Com s'ha explicat anteriorment, el grup de treball ha adaptat el model a la situació actual del nostre entorn.

43



S'ha tingut en compte el model d'experiències internacionals, com la de [Califòrnia](#)⁴⁹ o la de [King's Fund](#).⁵⁰ La tria de les intervencions proposades ha considerat la factibilitat, atès que es tracta de mesures que els departaments del Govern responsables havien iniciat; la pertinença amb vista a la protecció i la promoció de la salut i el valor afegit que incorpora la selecció com a activitats del PINSAP a l'horitzó 2020, perquè n'amplia l'abast i la intersectorialitat.

S'han plantejat un conjunt de trenta àmbits concrets d'actuació interdepartamental i intersectorial per a l'horitzó 2020, agrupats en dos eixos i catorze àmbits:

- Eix 1. Incrementar els anys en bona salut de la població de Catalunya (promoure una Catalunya més saludable)
- Eix 2 (global). Incorporar la salut en el disseny i l'avaluació de les polítiques públiques



D'altra banda, es plantegen cinc reptes —un de centrat especialment en la salut mental— i que inclouen algunes actuacions universals i d'altres d'específiques en col·lectius prioritaris o en situació d'especial vulnerabilitat . Els reptes són els següents:

- Disminuir l'epidèmia d'excés de **pes**, tant en població infantil com adulta.
- Controlar les **infeccions**, amb un èmfasi especial en les de transmissió sexual i el virus de la immunodeficiència humana.
- Promoure la **salut mental** i mitigar els efectes de la crisi sobre la salut.
- Reduir l'impacte de les **addiccions**, sobretot en persones joves.
- Aglutinar i promoure l'esforç del **país** per millorar l'entorn, les condicions de vida i treball i el treball intersectorial i en xarxa sobre els determinants estructurals i socials de la salut.

4.1 Mobilitat i salut

Les polítiques de mobilitat i seguretat viària tenen un gran impacte sobre la societat, ja que contribueixen a fer possible el desplaçament de béns i persones, i són una font destacada de creixement econòmic.

45

Durant la segona meitat del segle xx, els països desenvolupats van viure un creixement molt destacat de l'ús dels vehicles privats amb motor de combustió interna (automòbils i motocicletes). Tot i els efectes positius que indubtablement va tenir el creixement del parc de vehicles i l'ús intensiu en termes de mobilitat, el desenvolupament industrial i la inversió pública, un model de mobilitat amb una gran dependència del vehicle de motor privat és insostenible des del punt de vista energètic i ambiental, i pot tenir un impacte global negatiu que desemboca en la reducció de l'activitat física i l'increment dels nivells de contaminants atmosfèrics i del risc de lesions.

Desplaçar-se habitualment caminant, en bicicleta o en transport públic, en comptes de fer-ho en un vehicle de motor privat, redueix les emissions de contaminants amb un efecte perjudicial sobre la salut i augmenta els nivells d'activitat física. Un nivell baix d'activitat física incrementa el risc de mortalitat per totes les causes en un 20-30%.⁵¹

Les lesions no intencionades, especialment les derivades de col·lisions de trànsit, continuen sent una de les principals causes de mort prematura. Per cada defunció per trànsit a Catalunya, es produeixen uns 12 ingressos hospitalaris per lesions, que sovint provoquen una discapacitat permanent. Les polítiques de seguretat viària impulsades a Catalunya en el període 2000-2010 van reduir la mortalitat en el 57%, i van evitar la mort de prop de 2.900 persones, 25.444 ingressos hospitalaris i uns 18.000 milions d'euros de despesa per a la societat.⁵²

La incidència en la qualitat de l'aire de les emissions de l'àmbit del transport terrestre i la mobilitat es localitzen en les zones més properes a la font d'emissió que, d'altra banda, és on amb caràcter general viu la major part de la població. És per aquest motiu que el trànsit urbà, té una incidència molt significativa en l'aire que es respira, atès el disseny i l'arquitectura de les ciutats de la Regió Metropolitana de Barcelona, on les vies es troben molt properes als habitatges que generalment formen blocs compactes de diversos pisos d'altura.

Aquest fet també es reflecteix en les dades de la Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació Atmosfèrica, que presenten valors més elevats en els punts de mesurament urbans classificats com a trànsit intens.

Un estudi del Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL) de 2013 mostra que les polítiques de transport per reduir els viatges en cotxe poden produir importants beneficis per a la salut en termes de reducció de la morbiditat, en particular per aquelles persones que utilitzen un sistema de transport actiu. L'estudi planteja vuit escenaris de transport diferents i estima els resultats de morbiditat relacionats amb la substitució dels viatges en cotxe a l'Àrea Metropolitana de Barcelona (3.231.458 habitants). Així, la reducció del 40% en els viatges de

llarga durada (uns 6 kilòmetres) en cotxe, i la substitució per viatges en transport públic i en bicicleta, es tradueix en una reducció anual de 127 casos de diabetis, 45 de malalties cardiovasculars, 30 de demència, 16 de ferits lleus, 0,14 de lesions greus, 11 de càncer de mama i 3 de càncer de còlon, que ascendeix a una reducció total de 302 anys de vida (ajustats per discapacitat) per any en els viatgers. A més, la reducció de l'exposició a PM2.5 en la població general es tradueix en una reducció anual de 7 casos de pes baix en néixer, 6 de part prematur, 1 de malaltia cardiovascular i 1 d'infecció de les vies respiratòries baixes.⁵³

Un estudi anterior del mateix grup investigador havia mostrat que l'impacte del Bicing, el servei de bicicletes públiques de Barcelona, equival a salvar cada any 12 vides i redueix l'emissió de més de 9.000 tones de CO₂. El treball mostra que els beneficis per a la salut de l'activitat física que es realitza en anar amb bicicleta dins de la ciutat són molt més grans que els riscos per a la contaminació de l'aire i les col·lisions de trànsit. Es tracta del primer estudi que quantifica l'impacte en la salut de la implantació d'aquest tipus de servei, estès en tot el món. En el cas del Bicing, l'any 2009 l'11% de la població de Barcelona s'havia abonat al servei. El 68% dels viatges es van realitzar per anar a la feina o a l'escola, i el 37% dels usuaris va combinar el Bicing amb un altre mitjà de transport. La distància mitjana per dia realitzada en Bicing va ser de 3,29 quilòmetres, amb una durada d'uns 14,1 minuts.⁵⁴

La reducció de l'ús dels vehicles de motor privats en els desplaçaments curts tindria efectes molt positius a Catalunya en termes de la millora de la fluïdesa del trànsit, la seguretat viària i la qualitat de l'aire que es traduirien també en un impacte favorable sobre la salut. Per exemple, s'ha estimat que si una part dels desplaçaments en automòbil amb origen i destinació a la ciutat de Barcelona fossin substituïts per viatges en bicicleta o en transport públic, els efectes sobre la salut de l'increment en l'activitat física i la reducció en la contaminació atmosfèrica permetrien evitar entre 58 i 117 defuncions anuals a la regió de Barcelona.⁵⁵ També s'ha estimat que, si totes les persones residents a Catalunya que no segueixen la recomanació de realitzar l'equivalent a 30 minuts diaris d'activitat física i efectuen desplaçaments en automòbil d'una durada inferior a 5 minuts efectuessin almenys un d'aquest viatges diaris a peu, l'impacte sobre la seva salut es traduiria en la reducció de 188 defuncions anuals i un benefici econòmic de gairebé 210 milions d'euros anuals.⁵⁶

Les polítiques de transport i de salut pública tenen nombrosos objectius coincidents, com els que ha seleccionat l'Organització Mundial de la Salut,⁵⁷ resumits en:

- **Desenvolupament econòmic sostenible:** els sistemes de transport sostenible contribueixen al desenvolupament i, al mateix temps, minimitzen els impactes negatius potencials.
- **Seguretat:** els sistemes de transport sostenibles milloren la seguretat.
- **Accessibilitat:** els sistemes de transport han d'assegurar que tothom hi pot accedir (sense barreres).
- **Sostenibilitat ambiental:** els sistemes de transport promouen opcions de transport sostenibles ambientalment.
- **Comunitats i formes de viure sostenibles:** els sistemes de transport sostenibles promouen formes de mobilitat que faciliten la millora de la qualitat de vida.

L'Organització de les Nacions Unides ha proclamat el Decenni d'Acció per a la Seguretat Viària 2011-2020, amb l'objectiu d'avançar en l'àmbit mundial per la reducció del nombre de defuncions per trànsit per a l'any 2020. Igualment, la Unió Europea s'ha plantejat per a aquest període una reducció del 50% de les defuncions per trànsit.

L'Organització de les Nacions Unides ha proclamat el període 2011-2020 com a Decenni d'Acció per a la Seguretat Viària, amb l'objectiu d'avançar a escala mundial en la reducció del nombre de defuncions per trànsit. Igualment, la Unió Europea s'ha plantejat per a aquest període una reducció del 50% de les defuncions per trànsit.

47

El Servei Català del Trànsit ha elaborat el Pla estratègic de seguretat viària a Catalunya per a l'any 2020, on l'objectiu és també una reducció del 50% de víctimes mortals respecte a les víctimes de l'any 2010, amb l'horitzó posat en la "Visió zero", és a dir, zero víctimes mortals i ferits greus amb seqüeles de per vida l'any 2050. El Pla estratègic de seguretat viària 2014-2020 té com a objectius estratègics:

- Protegir els usuaris de la mobilitat i controlar eficaçment les conductes de risc.
- Impulsar un espai continu de seguretat viària (zones urbanes i zones interurbanes).
- Involucrar i coordinar entitats públiques i privades en la millora de la mobilitat segura.
- Disposar de les estructures, instruments i mecanismes de gestió de seguretat viària que permetin la consecució de resultats.
- Facilitar l'aprenentatge de la mobilitat segura al llarg del cicle vital.
- Promoure la recerca, el desenvolupament i la investigació aplicades a la seguretat viària.

Com es veurà a l'apartat sobre l'entorn, el Pla de millora de la qualitat de l'aire a l'horitzó 2015 que impulsa el Departament de Territori i Sostenibilitat té l'objectiu de restablir els nivells de qualitat de l'aire dels anomenats contaminants de ciutat (diòxid de nitrogen i partícules en suspensió PM10) en 40 municipis de la Regió Metropolitana de Barcelona on se superen els valors límit que determina la legislació europea.

Les dades de l'inventari d'emissions per a aquesta zona constaten que el sector amb una contribució més important pel que fa a emissions és el del transport terrestre. Aquesta contribució encara és més elevada en les zones urbanes. Per aquest fet, el Pla de millora de la qualitat de l'aire a l'horitzó 2015 estableix mesures per disminuir l'impacte d'aquest àmbit, orientades a reduir el nombre de vehicles que circulen, així com incentivar l'ús de vehicles que generen menys contaminants de ciutat. Aquestes accions s'han d'implementar prioritàriament a les zones urbanes.

Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

- Reforç de les polítiques de seguretat viària, amb atenció especial a la seguretat de vianants i ciclistes en els entorns urbans.
- Promoció del transport actiu (desplaçaments a peu, en transport públic i en bicicleta) mitjançant carrils bici, serveis de bicicletes comunitaris, pàrquing de bicicletes, voreres



àmplies, semàfors adaptats a persones amb discapacitat, eliminació de barreres arquitectòniques.

- Potenciar, incentivar i impulsar el transport públic, urbà i interurbà. Per aconseguir-ho, cal treballar impulsant les mesures següents:
 - Transvasament modal cap al transport públic per carretera per mitjà de la millora de l'oferta i la intermodalitat en el marc del Pla de transport de viatgers de Catalunya (PTVC) i del Pla director d'infraestructures de la Regió Metropolitana de Barcelona (PDI).
 - Transvasament modal cap al transport públic ferroviari per mitjà de la millora de l'oferta i la intermodalitat en el marc del Pla director d'infraestructures de la Regió Metropolitana de Barcelona (PDI) i del Pla de transport de viatgers de Catalunya (PTVC).
 - Transvasament modal cap al transport públic per mitjà de la creació i promoció d'aparcaments d'enllaç, amb l'objectiu d'assolir un transvasament modal cap a serveis de transport públic de gran capacitat, especialment els ferroviaris, facilitant l'aparcament en una estació propera al punt d'origen del desplaçament.
 - Transvasament modal cap al transport públic mitjançant l'oferta de títols socials, amb l'objectiu de garantir l'accessibilitat al transport públic a tota la població amb títols socials que atreguin usuaris cap a aquest tipus de transport i evitin l'ús ineficient del vehicle privat.
- Afavorir l'intercanvi modal, la diversificació energètica i l'ús racional del vehicle privat.
- Fomentar l'ambientalització del parc de vehicles.
- Continuar regulant la seguretat viària així com la gestió dinàmica de la velocitat per reduir la congestió.
- Disseny de l'espai públic que faciliti circular i protegeixi el vianant i el ciclista (xarxa carril bici), així com l'impuls de la bicicleta en la mobilitat quotidiana en el marc del Pla director de mobilitat de la Regió Metropolitana de Barcelona (pdM) on es defineixen un conjunt d'aspectes relacionats amb la planificació de la mobilitat amb bicicleta que cal que siguin considerats en els plans de mobilitat urbana (PMU).
- Fomentar l'elaboració dels plans de mobilitat urbana (PMU).
- Generar un model de transport adaptat i assistit que faciliti l'accés als serveis d'atenció diürna a les persones amb dependència i discapacitat, per tal d'afavorir el manteniment de les persones en el seu entorn socioafectiu i comunitari, i potenciar el manteniment de les xarxes naturals de relació (família, amistats, etc.).

Àrea d'actuació interdepartamental i intersectorial del PINSAP

- Promoure la mobilitat activa (caminant: voreres, camins escolars; anant en bicicleta: carrils bici, serveis de bicicleta comunitàries, vies verdes, etc.) tant en l'activitat quotidiana com en l'oci. Integrar els conceptes de salut i seguretat en el disseny i els plans de mobilitat.



Bona pràctica

Pla estratègic de seguretat viària a Catalunya

Les lesions no intencionades, especialment les derivades de col·lisions de trànsit, continuen sent una de les principals causes de mortalitat prematura. Per cada defunció per trànsit a Catalunya, es produeixen uns 12 ingressos hospitalaris per lesions, que sovint ocasionen una discapacitat permanent. Les polítiques de seguretat viària impulsades a Catalunya en el període 2000-2010 van aconseguir una reducció de la mortalitat del 57% i un estalvi de prop de 2.900 morts, 25.444 ingressos hospitalaris i uns 18.000 milions d'euros de despeses per a la societat.

El Servei Català del Trànsit ha elaborat el **Pla estratègic de seguretat viària a Catalunya per a l'any 2020**, on es planteja una reducció del 50% de víctimes mortals respecte a les víctimes de l'any 2010, amb l'horitzó posat en la "Visió zero", és a dir, zero víctimes mortals i ferits greus amb seqüeles de per vida l'any 2050. El Pla estratègic de seguretat viària 2014-2020 té com a objectius estratègics:

- Protegir els usuaris de la mobilitat i control eficaç de les conductes de risc.
- Impulsar un espai continu de seguretat viària (zones urbanes i zones interurbanes).
- Involucrar i coordinar entitats públiques i privades en la millora de la mobilitat segura.
- Disposar de les estructures, instruments i mecanismes de gestió de seguretat viària que permetin la consecució de resultats.
- Facilitar l'anrenentatge de la mobilitat segura al llarg del cicle vital

4.2. Alimentació i salut

Tot i que una part important de la població mundial experimenta dificultats per accedir als aliments més bàsics (s'estima que la desnutrició és la responsable del 35% de les morts de menors de 5 anys a escala mundial) el sobrepès i l'obesitat representen un problema molt important a la majoria dels països de rendes altes. A Catalunya, l'excés de pes de la població afecta 1 de cada 2 adults i 4 de cada 10 infants, especialment en els grups socials més desfavorits, i aquest fet es relaciona amb l'accessibilitat a aliments processats molt energètics i amb el sedentarisme. Tot i això, la crisi econòmica sembla incrementar, també en els països més rics, la proporció de persones que no tenen accés a una alimentació suficient entre els grups més desfavorits.

Un altra problema que cal considerar és la prevalença de trastorns de la conducta alimentària, en què tenen influència, entre d'altres factors, la imatge i la moda, especialment en alguns grups d'edat i sexe, com ara les noies adolescents.

A Catalunya, la indústria agroalimentària té un paper molt important en el complex industrial, al qual contribueix en més d'un 20% i amb unes vendes anuals netes superiors als 18.000 milions d'euros. És un sector que dona ocupació a més de 75.000 persones (Pla de seguretat alimentària 2012-2016).⁵⁸

Una part fonamental de les polítiques del Govern de la Generalitat de Catalunya en matèria d'alimentació –recollides en el Pla de seguretat alimentària de Catalunya 2012-2016– està enfocada a garantir la seguretat dels aliments que es produeixen i es consumeixen a Catalunya; però per poder introduir millores en l'alimentació de la població catalana (una alimentació variada i equilibrada, rica en fruites i verdures, oli d'oliva i fruita seca, i baixa en sucres refinats), és indispensable una acció coordinada de les polítiques de salut pública, agricultura, ramaderia i pesca. El seguiment d'una alimentació saludable té un efecte molt positiu sobre la salut; s'ha observat, per exemple, que l'increment del consum diari en una ració de fruita i/o verdura (80 g) redueix un 4% la mortalitat per cardiopatia isquèmica.⁵⁹

Catalunya, com tota la Mediterrània, es caracteritza per una oferta alimentària àmplia i variada, sobretot la relacionada amb la dieta mediterrània. A més, es disposa d'una cadena de distribució que inclou establiments minoristes que posen a l'abast de la població una oferta alimentària de proximitat. El conjunt dels mercats, supermercats i comerços de proximitat de Catalunya fan accessible a la població de tot el territori el consum d'aliments segurs i saludables.

També a Catalunya existeix una excel·lent tradició culinària que es plasma en la qualitat de la seva cuina familiar, que s'ha transmès fins ara de generació en generació, i també en el nivell dels establiments de restauració.

Partint de la base que no hi ha aliments dolents per si mateixos, sinó que del que es tracta es de seguir una alimentació saludable, és molt important que l'accés als aliments saludables sigui més fàcil que als aliments que s'haurien de consumir només ocasionalment.

La globalització del comerç fa augmentar la diversitat de l'oferta d'aliments posats a disposició del consumidor final, però també comporta la introducció de nous perills que s'han de controlar. La ingesta d'aliments contaminats per agents biològics o fisicoquímics repercuteix de forma directa en la salut de la població. Les conseqüències d'aquests riscos poden afectar poblacions grans o també allunyades del lloc on han estat produïts els aliments, i els seus efectes observar-se a curt, a mitjà o a llarg termini. Els riscos químics es relacionen amb exposicions cròniques i efectes a llarg termini, en què es fa difícil establir correlacions directes entre malalties i la causa. Els riscos biològics s'associen normalment a conseqüències pròximes i a curt termini, i donen lloc a les anomenades toxiinfeccions alimentàries (TIA) que acostumen a presentar-se en forma de brots epidèmics, dels quals, més del 80% s'associen a àmbits concrets de les fases finals de la cadena alimentària. D'acord amb les dades del [Butlletí Epidemiològic de Catalunya](#) de l'any 2009, els principals agents causals de toxiinfeccions alimentàries són *Salmonella* (30,8% dels brots), *Norovirus* (17,6%), *Clostridium perfringens* (5,8%) i *Staphylococcus aureus* (5,8%). Pel que fa als aliments vehiculadors, el peix i el marisc (17,6%) van ser els més freqüents, seguits de la maionesa i altres ovoproduïdes (16,6%), la carn i els embotits (7,3%), i la pasta (7,3%).

Dels 1.415 patògens humans coneguts al món, el 61% són zoonòtics i, per tant, tenen relació directa amb les activitats de la salut pública veterinària.⁶⁰ L'OMS⁶¹ defineix les zoonosis com "aquelles malalties i infeccions que es transmeten, de forma natural, entre els animals vertebrats i l'home". Aquesta definició és molt àmplia perquè inclou infeccions que l'home adquireix dels animals, malalties produïdes per agents no infecciosos com les toxines o els tòxics i infeccions que els animals adquireixen de l'home. La disminució de la incidència de les zoonosis i dels agents zoonòtics per prevenir infeccions requereix seguir un plantejament pluridisciplinari.

Per prevenir l'aparició de problemes de salut associats amb els riscos alimentaris cal assegurar el compliment de condicions correctes per part de tots els agents relacionats amb la cadena alimentària i al mateix temps avaluar l'existència final de riscos en els aliments que es troben en el mercat. Actualment, l'organització dels controls oficials dels aliments que es lliuren al mercat tenen en compte els requeriments sorgits de la globalització del mercat dels aliments, de manera que es té en compte que es comercialitzen a Catalunya aliments de multitud de procedències que arriben als punts de venda en molt poc temps i, en molts casos, amb una vida útil per a la comercialització molt breu, així com la producció d'aliments que es destinen a països o llocs situats a molts quilòmetres de distància. El Departament de Salut porta a terme programes de vigilància i control sanitaris dels establiments alimentaris en fases posteriors a la producció primària –inclosos els establiments d'exportació– i dels aliments comercialitzats a Catalunya per comprovar que els operadors econòmics compleixen els requisits sanitaris necessaris, i verificar els nivells de contaminants en els aliments, amb la finalitat de prevenir, eliminar o reduir a nivells acceptables els riscos per a la salut de les persones.

L'acció coordinada de les polítiques agroalimentàries i de salut pública poden contribuir a protegir i promoure la salut a través de l'alimentació, en línia amb els objectius següents:⁶²

- Incrementar el consum d'aliments saludables, principalment fruita i hortalisses, oli d'oliva i fruita seca.
- Potenciar el consum de productes de temporada i de proximitat.
- Promoure l'alimentació saludable en punts de venda i restauració.
- Reduir el consum de productes de baix valor nutricional.
- Garantir l'accés a una alimentació bàsica adequada.
- Promoure la seguretat alimentària.

52

Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

- Impuls del consum de fruites i verdures de proximitat i de temporada; per exemple, a l'entorn escolar amb el projecte "A l'escola la fruita entra sola", en què participen els departaments d'Agricultura, Ensenyament i Salut i és cofinançat per la Unió Europea.
- Afavorir l'accés a fruites i hortalisses a preus baixos (IVA reduït).
- Ajudes a les xarxes de distribució de proximitat.
- Pla integral per a la promoció de la salut a través de l'activitat física i l'alimentació saludable, de l'Agència de Salut Pública del Departament de Salut, que inclou més de 65 accions en els àmbits escolars, comunitari, laboral i sanitari. Entre les quals, la revisió de menús escolars i el projecte AMED d'establiments promotors d'alimentació mediterrània.
- Projectes d'ajuda a la presa de decisió en punts de venda i establiments de restauració.
- Promoció de l'oferta de menús saludables als menjadors escolars i altres menjadors col·lectius.
- Accions orientades a garantir les necessitats alimentàries bàsiques a totes les persones que no disposen dels recursos necessaris per alimentar-se suficientment, especialment centrades en els infants i les dones embarassades: Taula de distribució solidària d'aliments, actuacions contra el malbaratament d'aliments, actuacions de prevenció dels trastorns de la nutrició...
- Informació sobre com es pot mantenir una alimentació saludable i segura amb un pressupost limitat, i difusió entre els col·lectius amb risc de problemes en l'alimentació (per exemple, el projecte "Menjar sa amb menys diners").
- Col·laboració amb les entitats del tercer sector perquè les ajudes a persones en situació de pobresa s'ajustin al màxim a les necessitats alimentàries.
- Potenciació del consum d'aliments saludables (oli d'oliva, fruita seca, peix blau).
- Potenciació de l'ús de parcs naturals.
- Potenciació de les actuacions intersectorials orientades a la prevenció dels trastorns de la conducta alimentària, amb una atenció adequada a les especificitats de gènere (Taula de trastorns de la conducta alimentària).

Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial del PINSAP

- | |
|--|
| ■ Ampliar la disponibilitat d'aliments saludables potenciant l'opció de fruita en els àpats als establiments de restauració. |
| ■ Impulsar la qualitat sanitària com a criteri de prestigi dels aliments produïts a Catalunya i destinats al mercat internacional. |
| ■ Prevenir els trastorns de la nutrició infantil protocol·litzant l'actuació coordinada dels serveis socials, d'Ensenyament i de Salut. |
| ■ Ampliar l'accés a una alimentació saludable i mediterrània en menjadors laborals, mitjançant el projecte AMED, prioritzant els del Sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT). |

53

Bona pràctica

"A l'escola la fruita entra sola"

És una iniciativa de la Unió Europea, que a Catalunya es fa efectiva a través de la coordinació dels departaments d'Agricultura, Salut i Ensenyament de la Generalitat de Catalunya. Consisteix en la distribució gratuïta de fruita fresca als escolars. Es va iniciar l'any 2009.

Els objectius són:

- Oferir fruita gratuïta en els esmorzars i/o berenars des del centre escolar per tal d'augmentar el grau d'acceptació i fidelitzar el consum de fruites entre els escolars i les seves famílies.
- Informar sobre els beneficis de l'increment del consum de fruites i verdures, la diversitat, les característiques, la producció, l'estacionalitat...
- Proposar la fruita com una excel·lent alternativa al consum d'altres aliments amb menor qualitat nutricional.

Durant una setmana de cada mes, es distribueix fruita seleccionada (en funció de l'estacionalitat, la proximitat de producció, la qualitat...).

La fruita es distribueix entre els nens i les nenes de cicle inicial i de cicle mitjà (1r, 2n, 3r i 4t de primària) perquè la consumeixin durant l'esmorzar i/o el berenar, i dins del recinte de l'escola.

Es facilita a les escoles un calendari dels productes i les setmanes en què es farà la distribució, així com unes fitxes amb informació sobre les característiques més destacables dels productes seleccionats, per tal que n'informin les famílies. Els centres educatius desenvolupen activitats complementàries al consum de fruita.

4.3 Entorn i salut

L'entorn és un conjunt d'influències físiques, químiques i biològiques que interaccionen amb les persones i produeixen efectes sobre la salut. L'entorn pot tenir efecte, també, sobre les generacions futures. A Europa es considera que és el determinant decisiu de les malalties i s'estima que és el responsable de gairebé el 20% de les morts que s'hi produeixen.⁶³ Els principals problemes de salut ambiental estan relacionats amb la contaminació de l'aire exterior i interior, la qualitat deficient de l'aigua i el sanejament, i els productes químics.

Els efectes sobre la salut inclouen malalties respiratòries i cardiovasculars, càncers, asma i al·lèrgies, així com disfuncions en la reproducció i el neurodesenvolupament. Tanmateix, cal tenir en compte que el fet d'establir vincles causals entre uns determinats factors ambientals i els efectes perjudicials per a la salut planteja moltes dificultats, a causa de la variació del tipus de càrrega ambiental (barreges de contaminants a les quals hom pot estar exposat quotidianament), les diverses vies d'exposició, la diversitat de la població, la variabilitat genètica, la diversitat de tipus d'efectes, a curt o llarg termini, etc.

La contaminació atmosfèrica és un dels principals riscos ambientals per a la salut. S'estima que la contaminació de l'aire urbà provoca 1,3 milions de morts a l'any al món.⁶⁴ Dels contaminants que generen més preocupació en les aglomeracions urbanes destaquen les partícules en suspensió (PM) i els òxids de nitrogen (NO_x). La presència d'ozó troposfèric (O₃) també té incidència sobre el medi ambient i la salut de les persones, atès que la seva concentració pot arribar a nivells elevats en diferents zones del territori, sovint rurals, que reben les emissions dels contaminants precursors de l'ozó procedents de les àrees de concentració. A Europa s'estima que aproximadament l'1-3% de les morts per malalties cardiorespiratòries i el 2-5% de les morts per càncer de pulmó són atribuïbles a les PM, i que l'any 2010 els nivells anuals de PM_{2,5} van representar 3,1 milions de morts i al voltant de 3,1% d'anys de vida ajustats per discapacitat. L'exposició a PM_{2,5} redueix l'esperança de vida de la població al voltant de 8,6 mesos de mitjana.

Així mateix, s'estima que la mortalitat diària per totes les causes augmenta en 0,2-0,6 % per 10 µg/m³ de PM₁₀ i que l'exposició a llarg termini a PM_{2,5} s'associa amb un increment de risc a llarg termini de mortalitat cardiopulmonar de 6-13% per 10 µg/m³ de PM_{2,5}. Els grups amb malalties pulmonars o del cor preexistents, així com les persones d'edat avançada i els infants, hi són especialment vulnerables. No hi ha evidència d'un nivell segur de l'exposició o d'un llinar per sota del qual no es produeixin efectes adversos per a la salut.⁶⁵ La reducció dels nivells de contaminació de l'aire pot permetre reduir la càrrega mundial de morbiditat per infeccions respiratòries, malalties del cor i càncer de pulmó. Aquesta reducció requereix accions de les autoritats de diferents àmbits: medi ambient, indústria, transport, ordenació del territori, salut pública, habitatge i energia.

El canvi climàtic està produint un augment gradual de temperatures mitjanes (escalfament global) i canvis importants en tots els elements del sistema atmosfèric i dels seus patrons. Aquests canvis afecten amb més intensitat determinades àrees del planeta, entre les quals l'àrea mediterrània. Les temperatures extremes de l'aire contribueixen directament a les

defuncions per malalties cardiovasculars i respiratòries, sobretot entre les persones d'edat avançada. En un estudi realitzat pel Centre de Recerca d'Epidemiologia Ambiental (CREAL) sobre les onades de calor i les causes específiques de mortalitat en totes les edats,⁶⁶ es va observar que tres dies calorosos consecutius produïen un augment relatiu de la mortalitat diària total d'un 19%, i es va calcular que l'1,6% de totes les morts van ser atribuïbles a la calor. Així mateix, es va determinar que en els nadons la primera setmana de vida és la finestra més crítica de vulnerabilitat.

Els productes químics tenen un paper vital en la nostra vida diària. Molts productes químics, quan s'utilitzen correctament, contribueixen de manera significativa a la millora de la nostra qualitat de vida, la salut i el benestar. No obstant això, altres productes químics són perillosos i poden afectar negativament la nostra salut i el medi ambient quan són usats inadequadament. Existeixen més de 100.000 substàncies químiques contaminants. El plom o el mercuri, de coneguda afectació sobre la salut, es poden trobar, en determinats casos, en l'aigua de consum, en aliments o formant part d'articles i productes diversos. D'altra banda, els contaminants poden derivar també d'emissions o residus industrials. Les polítiques actuals europees d'avaluació, autorització, registre i restriccions de comercialització i ús de les substàncies químiques són eines bàsiques de prevenció dels riscos per a la salut de la població. Així mateix, un important conjunt de normes sanitàries i ambientals estableixen valors i límits màxims per a diferents compostos químics en l'aire, l'aigua i el sòl, amb l'objectiu final de protegir la salut de la població i el medi ambient.

La gestió dels residus, tant dels municipals com dels especials –ja sigui directament o indirectament a través de la contaminació de sòls, aqüífers o de l'aire– s'està gestionant a Catalunya de manera satisfactòria. En vint anys s'han clausurat i sanejat 3.000 abocadors que no reunien les condicions i s'han construït 1.500 noves instal·lacions de gestió. La Llei 6/1993 reguladora de residus, posada al dia pel Decret legislatiu 1/2009 (text refós) regula el cicle complet de gestió de residus a Catalunya i en fixa els sistemes de gestió i el finançament. S'ha de destacar l'eficàcia dels sistemes integrats de gestió de residus, que s'apliquen a sectors específics, com és el cas dels residus sanitaris o el control total dels residus industrials.

S'estima que més d'un terç de la càrrega de malaltia en els infants és atribuïble a factors de risc ambiental.⁶⁷ Els infants són un grup de població especialment vulnerable, atès que es troben en fase de desenvolupament, per la qual cosa la seva capacitat per degradar i eliminar els tòxics és menor, pel fet de tenir un pes inferior als adults i pel seu comportament, que pot implicar, en determinats casos, més risc d'exposició (posar-se les mans a la boca o anar per terra).

La inhalació d'aerosols contaminats pel bacteri de la legionel·la pot produir la malaltia de la legionel·losi, que afecta les vies respiratòries. L'origen es troba en edificis i instal·lacions amb característiques estructurals incorrectes o amb un manteniment sanitari deficient. L'establiment de requisits tècnics de les instal·lacions de risc i el seguiment del seu compliment és important per evitar els casos i brots produïts per aquest agent infecciós.

Les polítiques públiques de protecció de la natura i del paisatge, de gestió forestal sostenible o de control de la contaminació lumínica en espais oberts tenen repercussions positives en la salut humana, mentre que fenòmens de degradació de l'entorn natural, com la desforestació o la destrucció del paisatge, especialment si és a causa d'un incendi forestal, tenen repercussions negatives.⁶⁸ L'any 2008 es va encunyar el terme "síndrome de dèficit de natura"⁶⁹ per descriure el conjunt de símptomes relacionats amb els efectes negatius derivats del distanciament dels entorns naturals: dèficit d'atenció i hiperactivitat, absència de creativitat i curiositat, analfabetisme natural, manca de connexió i identitat amb l'entorn, individualisme i escàs sentiment de comunitat. Entre els principals efectes positius sobre la salut física de la freqüentació d'espais naturals es pot destacar: disminució de la freqüència cardíaca i de la pressió arterial, disminució del risc de desenvolupar malalties cardiovasculars, producció de vitamina D, recuperació de malalties i augment de la resposta immune. La declaració dels espais com a espais naturals protegits (ENP) comporta la seva gestió conservacionista amb programes específics, i és especialment rellevant en espais periurbans i amenaçats.

El soroll és un contaminant susceptible d'afectar la salut de les persones i la seva qualitat de vida. Els estudis epidemiològics mostren prou evidència sobre la relació entre exposició al soroll ambiental i els efectes adversos sobre la salut. Per aquest motiu, la contaminació acústica és considerada no només una molèstia ambiental sinó també un problema de salut pública. Pot causar problemes de salut a curt i llarg termini, com ara alteracions del son, efectes cardiovasculars, deteriorament cognitiu, problemes d'audició, etc.⁷⁰ S'ha estimat que al voltant del 20% de la població de la Unió Europea, prop de 80 milions de persones, està exposada a nivells de soroll considerats inacceptables, és a dir, que poden produir molèsties, alteracions del son i efectes adversos per a la salut.⁷¹ Així mateix, s'ha estimat una càrrega total de malaltia deguda al soroll ambiental als països de l'oest d'Europa de 61.000 anys per malaltia isquèmica i de 45.000 anys per deteriorament cognitiu en infants i joves d'entre 7 i 19 anys.⁷² El compliment dels llindars de soroll ambiental establerts, així com certes pautes de comportaments individuals, permeten reduir l'exposició global de les persones al soroll.

Des de fa temps són coneguts els beneficis de la llum solar per sincronitzar els ritmes biològics dels humans i produir vitamina D a la pell. Tanmateix, una llarga exposició pot ser perjudicial per a la salut si no s'adopten algunes precaucions. D'altra banda, l'exposició a la llum artificial durant la nit pot alterar el rellotge biològic natural i això pot produir alteracions dels ritmes circadianis dels humans, i afectar el descans i el cicle del son. Així mateix, les radiacions ultraviolades, les blaves i les infraroges, poden produir danys a la retina, a la còrnia o cataractes.

D'acord amb els coneixements científics actuals no hi ha evidència d'una relació directa de causa a efecte entre camps electromagnètics i salut, però tampoc hi ha evidència que no n'hi hagi. Organismes internacionals estan estudiant des de fa anys aquesta temàtica, i l'Agència Internacional de Recerca sobre el Càncer (IARC) els ha classificat en el grup 2B, que aplega els "possibles carcinògens", per la qual cosa s'aconsella continuar els estudis sobre el tema. Seguint el principi de precaució, a diversos països europeus es comencen a aplicar protocols consistents a mesurar nivells i informar la ciutadania; alhora, els responsables en aquesta matèria fan seguiment de les recerques científiques que es fan.



Només amb la col·laboració entre els diferents sectors implicats es pot protegir la salut de la contaminació del medi: la comunitat científica, amb l'estudi i avaluació dels perills, riscos i mesures de substitució; les administracions, amb l'establiment de normes, guies, recomanacions, polítiques informatives i de sensibilització, control dels agents implicats i gestió del risc, seguint el principi de precaució en cas d'incertesa, i els sectors industrials i de serveis, complint els criteris i les normes i impulsant millores. Pel que fa als ciutadans, cal promoure comportaments saludables, com la ventilació adequada d'espais tancats, la higiene i bona conservació d'edificis, la racionalització de l'ús de productes químics o evitar exposicions innecessàries o inadequades (al soroll, per exemple).

L'Organització Mundial de la Salut per a Europa, juntament amb els responsables de la salut i el medi ambient dels estats membres de la regió europea, en la darrera Conferència Ministerial sobre el Medi Ambient i la Salut celebrada a Parma el març de 2010, van acordar intensificar els esforços en:^{73,74}

- Els efectes del canvi climàtic sobre la salut i el medi ambient.
- Els riscos per a la salut dels infants i d'altres grups vulnerables derivats de condicions ambientals, de treball i de vida precàries (en particular, la manca d'aigua i sanejament).
- Els efectes de les desigualtats socioeconòmiques i de gènere en l'entorn humà i la salut, amplificats per la crisi financera.
- La càrrega de les malalties no transmissibles, en la mesura que es pot reduir a través de polítiques adequades en àrees com el desenvolupament urbà, el transport, la seguretat alimentària i la nutrició, i els ambients laboral i de vida.
- Les inquietuds suscitades per les substàncies químiques nocives persistents, disruptors endocrins i bioacumulatius, nanopartícules, així com per problemes emergents.
- Recursos insuficients en algunes parts de la Regió Europea de l'OMS.

Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

Les principals línies d'actuació que actualment es duen a terme en coordinació entre diversos departaments o organismes de la Generalitat són les següents:

- **Accions per a la millora de la qualitat de les aigües.** El Departament de Salut porta a terme programes de vigilància i control sanitaris del subministrament d'aigua de consum humà. Per altra banda, l'Agència Catalana de l'Aigua (ACA) realitza el control de l'aigua del medi natural i fomenta millores en els abastaments públics, donant suport als ajuntaments. Ambdós departaments treballen de forma coordinada, a fi i efecte d'impulsar i prioritzar les accions de millora de la qualitat de l'aigua de consum humà dels subministraments públics que siguin més adients. Pel que fa a la problemàtica d'excés de nitrogen d'origen agrari en masses d'aigua i la seva repercussió, en determinades zones, en els nivells elevats de nitrats en les aigües de consum, s'està treballant també amb l'ACA i el Departament d'Agricultura, Ramaderia, Pesca, Alimentació i Medi Natural per a la definició de les zones vulnerables, en les quals s'apliquen diverses mesures per reduir-ne la presència. Així mateix, s'estableix coordinació entre els departaments esmentats pel que fa al control i seguiment de plaguicides en aigües de consum humà i aliments. D'altra banda, davant noves concessions d'aigua de consum o modificacions de les existents, així com d'abocaments i concessions de reutilització d'aigües residuals regenerades, l'ACA, o la Confederació Hidrogràfica de l'Ebre si escau, sol·licita al Departament de Salut l'informe sanitari pertinent i es treballa conjuntament en la definició de criteris. Pel que fa a la qualitat de les aigües de bany, cal seguir impulsant el Pla de vigilància de la qualitat de les platges i aigües litorals, que coordina l'ACA, amb la col·laboració dels ajuntaments i la participació del Departament de Salut en la comissió de seguiment.
- En el marc de l'avaluació de la **qualitat de l'aire a Catalunya**, el Departament de Territori i Sostenibilitat disposa de l'instrument principal que és la **Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació Atmosfèrica**. La Xarxa és un complex sistema de detecció i gestió per obtenir informació sobre els nivells de concentració dels principals contaminants atmosfèrics. El marc legal per a la gestió de la qualitat de l'aire ambiental ja estableix la necessitat de reduir els nivells de contaminació atmosfèrica que limitin al mínim els efectes perjudicials per a la salut; en aquest sentit, l'avaluació de la qualitat de l'aire es fa de manera general amb la determinació de contaminants com el diòxid de nitrogen, el diòxid de sofre, les partícules en suspensió PM10 i PM2.5, el monòxid de carboni, l'ozó troposfèric, el benzè, els hidrocarburs aromàtics policíclics i els metalls pesants. El 18 de desembre de 2013, la Comissió Europea ha adoptat, en el marc de les noves mesures per millorar la qualitat de l'aire, un nou programa anomenat "Aire net" per garantir que es compleixin els objectius de qualitat de l'aire a curt termini i ha identificat la mala qualitat de l'aire com una de les primeres causes mediambientals de morts prematures a la UE. Pel que fa a la gestió i avaluació de la qualitat de l'aire a Catalunya, destaquen dues de les actuacions que porta a terme el Departament de Territori i Sostenibilitat:



- D'una banda pel que fa al diòxid de nitrogen (NO_2), les partícules en suspensió (PM_{10}), l'ozó (O_3) i altres contaminants amb efectes sobre la salut que són contaminants atmosfèrics locals, a diferència de la contaminació produïda per altres agents més globals, com ara els gasos amb efecte d'hivernacle, que poden tenir una afectació sobre el comportament del clima planetari. Aquests primers tenen un radi d'afectació de poca extensió territorial, però poden suposar una afectació directa sobre la salut de les persones. El component local d'afectació sobre la salut dels contaminants esmentats fa que les accions a emprendre hagin de realitzar-se en el mateix àmbit on es produeixen les emissions de contaminants. El Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire a l'horitzó 2015 que impulsa el Govern de la Generalitat de Catalunya té com a objectiu assolir els valors límit de qualitat de l'aire per a aquest dos contaminants fonamentalment urbans. Atenent l'evolució de les dades de qualitat de l'aire i la normativa europea i catalana sobre protecció de l'ambient atmosfèric, en data 23 de maig de 2006, el Govern de la Generalitat va aprovar el Decret 226/2006 i, posteriorment, el 31 de juliol de 2012 mitjançant l'Acord de Govern 82/2012, es van declarar 40 municipis de la Regió Metropolitana de Barcelona com a "zones de protecció especial" de l'ambient atmosfèric pels contaminants diòxid de nitrogen i partícules en suspensió PM_{10} . El Pla d'actuació esmentat preveu les accions mínimes que s'han d'implantar amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'aire que respira la població. Cal tenir present que aquestes mesures afecten principalment l'àmbit de la mobilitat de les persones i les mercaderies, així com els hàbits dels ciutadans. Aquest Pla tindrà continuïtat amb un nou Programa 2015-2020 d'acord amb l'estratègia "Aire net" de la Unió Europea.
- D'altra banda, el Departament de Territori i Sostenibilitat desenvolupa anualment la campanya de vigilància dels nivells d'ozó troposfèric a Catalunya. El darrer any s'ha incorporat, per primer cop, la predicció dels nivells d'ozó i un preavis als municipis per facilitar que es puguin adoptar les mesures de prevenció adients. Les concentracions d'ozó que superen uns determinats nivells i una certa durada d'exposició poden provocar efectes adversos sobre la salut humana: tos, irritacions a la faringe, al coll, als ulls, dificultats respiratòries, disminució del rendiment, empitjorament de la funció pulmonar i de la capacitat defensiva enfront de les malalties respiratòries, símptomes de malestar general (cansament, mal de cap, abatiment). La sensibilitat a l'ozó pot variar molt d'una persona a una altra, però hi ha uns quants grups particularment sensibles: persones amb asma o altres malalties de les vies respiratòries o cardíques, persones que fan exercici físic a l'aire lliure, especialment a les hores en què els nivells d'ozó són més alts (entre les 12 h i les 16 h, hora solar), infants i gent gran. Per això, el Departament de Salut recomana adoptar unes mesures bàsiques de prevenció en cas de superació d'uns determinats nivells establerts per la normativa vigent: el llindar d'informació ($180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en 1 hora) i el llindar d'alerta ($240 \mu\text{g}/\text{m}^3$ durant 3 hores consecutives). Com a sistema de prevenció, cal renunciar a fer esforços corporals a l'aire lliure que no



siguin usals, principalment si produeixen fatiga, són de llarga durada i es duen a terme dins el període comprès entre les 10 h i les 16 h (hora solar).

- També realitza la vigilància dels contaminants d'origen industrial, que són motiu d'atenció especialment a les zones de concentració d'aquesta activitat, com és el cas del Camp de Tarragona o determinats indrets del Vallès i el Baix Llobregat, entre d'altres, però també indrets on hi ha localització puntual de determinades activitats del sector del ciment, químic o energètic, per esmentar-ne uns exemples.

- EL Govern va aprovar el 13 de novembre de 2012 l'**Estratègia catalana d'adaptació al canvi climàtic. Horitzó 2013-2020**, la qual proposa una sèrie de mesures d'adaptació d'acord amb el grau de vulnerabilitat dels sectors i sistemes, i especifica quina és l'entitat o el departament impulsor. Un dels sectors és la salut, en el qual consten diverses mesures, com el foment de la recerca en la relació entre la salut i el canvi climàtic, les campanyes de vigilància i control de les malalties transmeses per vectors, el control i seguiment de plagues, i el desenvolupament del Pla d'actuació per prevenir els efectes de les onades de calor sobre la salut. Aquesta Estratègia facilita la coordinació entre polítiques sectorials diverses amb clara incidència ambiental.

- **Accions d'assegurament de la conformitat de les substàncies químiques i mesclades que es fabriquen, comercialitzen i usen a Catalunya.** Catalunya és una de les regions químiques més importants d'Europa i representa gairebé la meitat de la producció de l'Estat; afecta unes 1.500 empreses.

- **Informació al ciutadà sobre la possible relació entre els camps electromagnètics (CEM) i la salut.** Els possibles efectes dels CEM sobre la salut és motiu de gran preocupació ciutadana i, alhora, un tema de recerca constant per part de diferents organismes internacionals experts en la matèria. L'estudi i la gestió de la possible implicació sobre la salut pública dels camps electromagnètics requereixen disposar d'informació tècnica procedent d'àmbits molt diferenciats, com ara de la tecnologia relacionada amb l'ús de radiofreqüències per a la telefonia mòbil o per a altres usos, de la relacionada amb les línies elèctriques, dels coneixements científics sobre possibles efectes per a la salut i de la recerca epidemiològica, entre d'altres. Per això és important compartir la informació, buscar sinergies entre els departaments que tenen funcions en aquesta matèria i promoure accions conjuntes, impulsant especialment les relacionades amb la informació a la ciutadania. En aquest sentit, el Departament d'Empresa i Ocupació, amb la col·laboració del Departament de Territori i Sostenibilitat, el Departament de Salut i el CREAL, ha elaborat el web Governança radioelèctrica,⁷⁵ des del qual s'informa el ciutadà dels resultats de la vigilància que es porta a terme i de l'estat de coneixement sobre la possible repercussió dels CEM sobre la salut. Així mateix, a fi i efecte de seguir fomentant la coordinació entre els departaments implicats en aquesta matèria, s'impulsarà la creació d'una comissió interdepartamental, que preveu englobar tot l'espectre del CEM.

- La contaminació lumínica pot afectar la salut de les persones a més de perjudicar el medi ambient i la visió del cel nocturn. Catalunya disposa de la **Llei 6/2001 per protegir el medi**

ambient de la contaminació lumínica a la nit, la qual limita l'emissió de radiacions de longitud d'ona curta a l'enllumenat artificial exterior.

- **La Llei 20/2009, de 4 de desembre, de prevenció i control ambiental de les activitats** és un instrument normatiu de caràcter preventiu que té la finalitat, entre d'altres, de garantir un nivell alt de protecció de la salut de les persones. La Llei regula el grau d'intensitat de la intervenció administrativa en funció de la contaminació potencial de les activitats. Per tal d'adaptar la Llei al funcionament real del teixit productiu, s'hi estableix la creació d'una Comissió d'Avaluació i Seguiment. Aquesta Comissió és coordinada pel Departament de Territori i Sostenibilitat, i la seva funció principal és la d'avaluar i fer el seguiment de les recomanacions i regulacions prescrites a les activitats productives motivades per l'aplicació de la Llei i proposar, si escau, correccions i millores en la seva execució.
- **L'Estratègia per a la prevenció i el control del mosquit tigre a Catalunya**, elaborada per una comissió interinstitucional formada per diverses entitats locals i departaments implicats en la matèria (departaments d'Agricultura, Ramaderia, Pesca, Alimentació i Medi Natural i de Salut), defineix els criteris bàsics per a les actuacions de prevenció i control del mosquit tigre. El seu objectiu és minimitzar la densitat i la dispersió del mosquit, les molèsties produïdes a la població per les picades i prevenir el risc que actuï com a vector de malalties. Preveu com a àmbits d'actuació la vigilància ambiental del mosquit, el control del mosquit, la vigilància sanitària, la sensibilització ciutadana, la formació a professionals i la recerca, i indica els agents i les institucions implicades actualment en cada àmbit d'actuació. Cal impulsar-ne el desenvolupament, en particular pel que fa als models de gestió, tant del mosquit tigre com d'altres tipus de problemàtiques de mosquits, i a la definició d'un protocol d'actuació davant possibles arbovirosis.
- Elaboració del **protocol d'actuacions de vigilància veterinària d'animals susceptibles de transmetre la ràbia**, que defineix les activitats realitzades pels diferents organismes implicats en episodis de mossegada o agressió d'un animal d'una espècie susceptible de ser transmissora de la ràbia i les característiques de l'animal agressor. Des de l'Agència de Salut Pública es realitza la tramitació i coordinació d'actuacions en casos d'agressions d'animals de companyia a una persona quan comporten sospita de ràbia animal. Les actuacions principals consisteixen a tramitar els expedients i fer el seguiment de l'animal agressor, per tal que els ens locals requereixin al seu propietari el control i l'examen clínic per descartar-ne la sospita. En cas que calgui sacrificar l'animal, es recull una mostra per a confirmació i s'envia al laboratori; l'Agència encarrega aquesta tasca al Centre de Recerca en Sanitat Animal (CreSA) (proposta de conveni pendent). D'altra banda, es comuniquen al Ministeri de Sanitat les dades anuals relatives a la ràbia animal i humana, d'acord amb el model normalitzat que l'OMS té establert.
- **Pla d'actuació 2012-2014 per a la prevenció i control de la mosca negra** a les comarques afectades de Catalunya. És finançat per diversos departaments de la Generalitat (Territori i Sostenibilitat; Agricultura, Ramaderia, Pesca, Alimentació i Medi Natural, i Salut) i les diputacions implicades (Tarragona, Lleida i Dipsalut) i executat pel Consorci de Serveis Agroambientals del Baix Ebre i el Montsià i la Mancomunitat Intermunicipal Voluntària de



Servei de Control de Mosquits de la Badia de Roses i Baix Ter, amb la participació també de l'Institut per al Desenvolupament de les Comarques de l'Ebre (IDECE) i la Unitat d'Ecosistemes Aquàtics de l'Institut de Recerca i Tecnologia Agroalimentàries (UEA-IRTA). Cal continuar el desenvolupament del Pla a fi i efecte de reduir les molèsties que les picades de la mosca negra produeixen a la població.

- **Accions de prevenció i control de la legionel·losi.** En el marc de la Comissió de coordinació en matèria d'inspecció sanitària d'instal·lacions de risc de dispersió de legionel·la, formada per l'Associació Catalana de Municipis, la Federació de Municipis de Catalunya i el Departament de Salut, es preveu impulsar l'elaboració de material d'informació i eines de gestió que afavoreixin una millora en aquesta matèria, especialment pel que fa a instal·lacions de baix risc de proliferació de legionel·la, amb la col·laboració de les administracions locals, que són les responsables del control d'aquest tipus d'instal·lacions.
- En el marc de l'**impuls de l'ús sostenible i segur de plaguicides** que estableix la Unió Europea i l'Organització Mundial de la Salut, els departaments d'Agricultura, Ramaderia, Pesca, Alimentació i Medi Natural i de Salut treballen en l'elaboració de criteris de prevenció per a l'ús de productes fitosanitaris en espais de concurrència pública, amb l'objectiu d'evitar les exposicions indegudes de les persones als compostos plaguicides que puguin generar riscos per a la salut.

Àrea d'actuació interdepartamental i intersectorial del PINSAP

- Millorar i vigilar la qualitat de l'aire, i reduir les emissions derivades del transport de persones i mercaderies i de les activitats industrials i de generació energètica.



Bona pràctica

Pla de millora de la qualitat de l'aire a l'horitzó 2015

El Pla de millora de la qualitat de l'aire a l'horitzó 2015 que impulsa el Departament de Territori i Sostenibilitat té l'objectiu de restablir els nivells de qualitat de l'aire dels anomenats contaminants de ciutat (diòxid de nitrogen i partícules en suspensió PM10) en 40 municipis de la Regió Metropolitana de Barcelona on se superen els valors límit que determina la legislació europea.

Per tal determinar les mesures que configuren el Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire a l'horitzó 2015 s'han seguit els criteris següents:

- Incorporació de mesures ja existents en altres plans i que tenen una repercussió directa en la millora de la qualitat de l'aire de les zones de protecció especial.
- Incorporació de noves mesures avaluant-ne la viabilitat econòmica i tècnica.
- Fomentar la participació i la incentivació enfront de la prohibició.
- Adopció prioritària de les mesures que afecten les administracions públiques.

Així, s'han considerat dos tipus de mesures:

- Mesures existents: impulsades inicialment des d'altres plans ja existents dels quals en formen part i que comparteixen els objectius de millora de la qualitat de l'aire del Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire a l'horitzó 2015.
- Mesures noves: s'aproven ara per primera vegada i no són compartides amb cap altre pla o bé formen part d'altres plans però per a les quals el Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire a l'horitzó 2015 estableix objectius propis.

4.4 Ocupació i salut

L'ocupació (el treball) proporciona ingressos, sentit d'identitat i ajuda a estructurar la vida diària.

Es relaciona amb altres importants determinants de la salut i els condiona:

- Condicions de vida.
- Factors socioeconòmics, culturals i ambientals.
- Factors socials i comunitaris.
- Estils de vida i factors individuals com l'edat i el gènere.

La desocupació condueix amb freqüència a la privació material i social i a l'estrès psicològic. La manca d'ocupació s'associa amb problemes de salut físics i de salut mental que inclouen, entre d'altres, la depressió i l'ansietat.

L'atur i la inseguretat laboral han augmentat a Espanya i Catalunya i han arribat a unes xifres molt elevades, sobretot en la població jove, en una etapa crítica de la seva vida. També són més freqüents en dones i persones amb un nivell d'estudis més baix.

Els treballs temporals, els treballs a temps parcial (no voluntaris) i altres formes de treball precari també tenen efectes adversos sobre la salut. La relació de l'atur amb l'aparició de problemes de salut es produeix per diverses vies. En primer lloc, la desocupació condueix sovint a la privació material i la pobresa mitjançant la reducció d'ingressos i l'eliminació de beneficis que abans eren proporcionats per la mateixa empresa. En segon lloc, la pèrdua d'una feina és un esdeveniment estressant que baixa l'autoestima, trenca la rutina diària i augmenta l'ansietat. En tercer lloc, la desocupació augmenta la probabilitat de conductes d'afrontament poc saludables, com el consum de tabac i d'alcohol.

L'estudi que s'ha fet amb dades de l'Enquesta de salut de Catalunya a l'informe [*Població ocupada i aturada: comparació d'indicadors de salut ESCA, 2006 i 2011-2012*](#)⁷⁶ conclou que estat de salut de la població a l'atur és pitjor que en la població ocupada, tant el 2006 com el 2011-2012.

Sovint, la precarietat laboral implica treballar moltes hores de forma no estàndard, amb condicions de treball dolentes que s'associen a índexs d'estrès més elevats, dolors corporals i un alt risc de lesions.

L'excés d'hores de treball fa augmentar les possibilitats de problemes fisiològics i psicològics, com la privació del son, la pressió arterial alta i les malalties cardiovasculars. En conseqüència, l'atur, la inseguretat i els altres problemes laborals tenen efectes negatius en les relacions personals, i també en el rol familiar i la cura dels infants.

L'efecte de l'atur i les crisi econòmiques sobre la salut, en especial sobre la salut mental, s'ha estudiat a la Unió Europea.^{5,6,77}



L'actual context de crisi del sistema productiu està ocasionant un deteriorament de les condicions laborals i de la qualitat en el treball, que requereixen una adaptació de les polítiques públiques a les noves circumstàncies del mercat per tal d'evitar l'increment de les desigualtats i de prevenir els efectes que aquesta situació provoca en la salut dels treballadors i treballadores. En aquest sentit, si bé és cert que la taxa d'atur dels homes supera en 1,53 punts la de les dones, també és veritat que aquestes continuen registrant uns índexs d'activitat i d'ocupació sensiblement inferiors a la dels homes (12 i 8 punts, respectivament), a més d'una taxa de parcialitat tres vegades superior a la del sexe masculí (23,8% enfront del 7,4%) o una diferència salarial per la mateixa feina del 16,9% en perjudici de les dones. Aquestes dades, juntament amb la segregació ocupacional (horitzontal i vertical) i la doble presència, conformen un panorama de desigualtat laboral que també té efectes negatius en la salut de les dones.

Per altra part, alguns indicadors macroeconòmics comencen a mostrar un canvi positiu, que cal esperar que repercuteixi en una activació del mercat laboral.

Un ampli rang de polítiques regulen aspectes d'aquests determinants de la salut relacionats amb el món laboral. Hi ha implicades tant polítiques sectorials com polítiques socials, d'ocupació, empreses i mercat laboral, i polítiques educatives. Cal considerar també la influència de pràctiques de participació de les persones en el mercat laboral i el seu desenvolupament en salut.

La prevenció de riscos laborals, entesa com les activitats que les empreses han de dur a terme per tal de garantir la seguretat i salut dels treballadors, no és només una obligació legal sinó que és també un imperatiu ètic i de responsabilitat social. A més, cal tenir en compte que unes condicions d'ocupació i de treball deficientes tenen una gran repercussió econòmica negativa en la competitivitat de les empreses i suposen una greu càrrega per a la seva economia i la del país.

Les polítiques públiques de prevenció de riscos laborals es configuren al voltant del concepte de la promoció i de la prevenció essencialment primària; la defensa i millora de la salut dels treballadors en constitueixen l'objectiu i la raó de ser.

Més allà de la prevenció dels riscos específics, l'entorn laboral proporciona un àmbit idoni per a la promoció de la salut dels treballadors i treballadores. Així, nombroses empreses treballen en el marc del que es considera una empresa saludable o promotora de la salut.

Per a l'Organització Mundial de la Salut,⁷⁸ un lloc de treball saludable és aquell en què treballadors i directius col·laboren en un procés de millora contínua per protegir i promoure la salut, la seguretat i el benestar de tots els treballadors, així com la sostenibilitat del lloc de treball, basant-se en necessitats identificades que tenen en compte els aspectes següents:

- La salut i seguretat pel que fa a l'entorn físic de treball.



- La salut, la seguretat i el benestar en relació amb l'entorn psicosocial de treball, incloent l'organització del treball i la cultura organitzacional.
- Recursos personals de salut al lloc de treball (donant suport i estimulants estils de vida saludables).
- Sistemes de participació comunitaris per millorar la salut dels treballadors i treballadores, les seves famílies i altres membres de la comunitat.

Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

■ Estratègia catalana de seguretat i salut laboral

És el marc comú i compartit de les accions en matèria de prevenció de riscos laborals que han de desenvolupar el Govern i els mateixos agents implicats.

Les actuacions desenvolupades en el marc de l'Estratègia han incidit en l'objectiu de reduir la sinistralitat laboral i millorar les condicions de treball de les empreses. Han tingut com a eixos fonamentals:

- L'assessorament per a la millora de les condicions de treball.
- El foment de les bones pràctiques pel que fa a prevenció de riscos laborals.
- El desenvolupament del coneixement i la cultura de la prevenció.
- La potenciació de la formació i la investigació en matèria de seguretat i salut laboral.
- La contribució al compliment normatiu.
- La implicació de tots els actors relacionats amb la prevenció (administracions, agents socials i econòmics).
- La millora en la detecció i seguiment dels danys derivats del treball.

■ Estratègia catalana per l'ocupació (ECO)

L'Estratègia catalana per l'ocupació (ECO), amb el seu Pla de desenvolupament de polítiques actives (PDPA), preveu la realització de polítiques d'ocupació flexibles i ajustades a les necessitats específiques de cada territori, sectors i col·lectius de persones desocupades.

Potencia els programes de treball i formació amb polítiques de rendes per ajudar a pal·liar aquesta situació, sense oblidar els programes d'orientació professional, els de qualificació professional de les persones, els de desenvolupament local, els d'emprenedoria i els dirigits a les persones amb discapacitats o malalties mentals.

L'objectiu principal de la programació del Servei d'Ocupació de Catalunya (SOC) és, per tant, intentar generar oportunitats per mantenir actives les persones i incrementar-ne l'ocupabilitat. En un moment excepcional com el present, es tracta d'aconseguir que el màxim nombre de persones sense feina i sense cap mena de prestació puguin participar en programes amb contractació laboral que després els donin dret a prestacions o subsidis i que, tanmateix, no siguin una mera substitució de rendes, sinó que serveixin per millorar la seva qualificació i, per tant, la seva ocupabilitat.



En el marc del PINSAP, l'Estratègia catalana per l'ocupació té una rellevància especial, sobretot pel que fa a les persones joves i als col·lectius amb més dificultats d'accedir a una ocupació segura. Totes aquestes línies de treball són altament prioritàries.

■ **Dintre del Pla integral de salut mental i addiccions:**

Programes d' *Individual Placement and Support* (IPS) per a persones amb trastorn mental greu, respectant les preferències de la persona i en entorns de treball competitiu i integrats en el mercat de treball.⁷⁹

67

Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial del PINSAP

- | |
|---|
| ■ Millorar la salut de la població ocupada mitjançant la creació d'una marca d'empresa promotora de la salut i la seva consideració en els contractes del sector públic. |
| ■ Prevenir i millorar els problemes de salut mitjançant una actuació coordinada intensiva dels serveis d'ocupació, de salut i de serveis socials en zones d'especial concentració d'atur. |

4.5 Urbanisme, habitatge i salut

L'entorn urbà és el medi on es desenvolupa bona part de la vida de les persones i, com a conseqüència d'això, les característiques de les ciutats esdevenen un dels determinants col·lectius de salut més importants. De fet, la salut pública, o quan menys el sanejament, és un dels elements bàsics de la protecció de la salut a les ciutats contemporànies. Però el planejament urbanístic té una influència encara més amplia, ja que afecta d'una manera directa les condicions de vida dels ciutadans, tant pel que fa a la residència, com a la feina, a la mobilitat i al transport, sense oblidar el paper del paisatge com a element de confort i promoció de la salut. Així, doncs, li són d'aplicació moltes de les consideracions dedicades a l'entorn. També la rehabilitació urbana ofereix possibilitats per a la protecció i la promoció de la salut comunitària, com ha fet palesa l'experiència del programa "Salut als barris".

68

Tant la planificació com el disseny urbà, amb la promoció dels espais verds i la racionalització dels sistemes de transport, són factors que, de manera conjunta, poden influir positivament en el nivell d'activitat física de la població, en la seva salut i benestar.

El contacte amb la natura ajuda a alleujar la fatiga mental mitjançant la relaxació. Dins dels entorns construïts, parcs i espais verds fomenten la relació social i l'activitat física i redueixen l'estrès. Les zones verdes urbanes proporcionen un espai neutral en el qual les persones es reuneixen, de manera que augmenten les interaccions socials (i això inclou persones de diferents orígens) i es canalitzen les relacions. Hi ha, doncs, beneficis sanitaris individuals i col·lectius.⁸⁰

El fet de traslladar el domicili a una zona urbana amb més zones verdes s'associa amb millores mantingudes en la salut mental (5 anys); per tant, augmentar l'espai verd urbà pot comportar beneficis sostenibles per a la salut pública.⁸¹

L'habitatge també influeix en la salut de diverses maneres. Des de fa moltes dècades es té coneixement de la relació entre les condicions de l'habitatge i la salut; es disposa d'estudis d'avaluació dels principis de la dècada de 1930 i una sèrie d'estudis experimentals controlats, que el converteixen en un dels camps més ben estudiats. Hi ha més de nou revisions sistemàtiques centrades en l'habitatge i la salut, dues de les quals se centren en canvis "socials" (com programes d'ajuda per al lloguer perquè les persones puguin triar on viuen), cinc plantegen canvis "ambientals" a l'habitatge (per exemple, canvis en la il·luminació o en les infraestructures físiques com l'aïllament, els serveis, etc.) per reduir el risc de caigudes o lesions, i dues són iniciatives més globals (regeneració urbana de la zona, prohibició d'ús d'armes de foc a la zona).²⁰

Tant les intervencions socials com les ajudes al lloguer, que eviten que les persones amb dificultats econòmiques es concentrin en zones determinades, milloren la salut, però el seu efecte és reduït. Les millores globals de l'habitatge es relacionen amb millores socials globals, amb la sensació de la seguretat i amb un increment de la participació social.²⁰

Per altra part, les dificultats desiguals que les persones han d'afrontar per fer efectiu l'accés a l'habitatge i les seves característiques són una causa destacada de desigualtats socials en l'àmbit de la salut. Algunes d'aquestes característiques (subministrament d'aigua inadequat, absència de vàter, dutxa o banyera, sobreocupació, humitat o climatització inadequada) incrementen el risc de patir lesions i malalties.⁸²

En el cas de la gent gran, les característiques físiques de l'habitatge i de l'entorn urbà tenen efectes importants sobre l'autonomia personal, la mobilitat i la seguretat. S'han publicat diverses recomanacions per a la modificació de les llars on viuen persones grans amb l'objectiu de reduir el risc de caigudes i lesions (eliminar o fixar catifes, retirar obstacles situats al terra i mobles poc estables, millorar la il·luminació, adaptar el bany i el vàter, instal·lar baranes a les escales, augmentar l'alçada del llit, etc.),⁸³ un conjunt de mesures que poden reduir el risc de caigudes en un 26%.⁸⁴

El soroll a la llar pot provocar alteracions del son, estrés i afectar la salut física i mental. Per evitar alteracions del son, es recomana que el nivell màxim de soroll als dormitoris sigui menor de 30 dB(A). En general, a les llars no ha de sobrepassar els 35 dB(A). Per reduir el soroll, cal construir els edificis seguint la normativa i instal·lar vidres dobles i ventilació mecànica en aquelles llars amb un alt soroll ambiental. El soroll provocat pels vehicles també s'ha de tenir en compte i establir mesures de pacificació del trànsit.⁸⁵

Les millores en els sistemes per escalfar les llars ajuden a reduir els problemes respiratoris a la infància i, fins i tot, a millorar la salut mental.⁸⁶ A Escòcia, Portugal i Espanya, a causa de les temperatures interiors, hi ha més excés de mortalitat a l'hivern que a Escandinàvia, on els hiverns són més freds.⁸⁷

Les persones més grans i les més joves són les més afectades per les baixes temperatures. Finançar o subvencionar la calefacció (la factura de llum, gas o butà) pot fer disminuir l'excés de morts a l'hivern, i també els nivells d'humitat i d'al·lèrgens de la llar.

S'ha observat que els infants de les famílies que viuen en habitatges subvencionats tenen més accés a una quantitat adequada d'aliments i millors paràmetres en salut que els de les famílies similars que estan en llista d'espera.⁸⁸

Aquesta connexió entre habitatges assequibles, pobresa i estat de salut també es troba en les persones adultes. Per exemple, les que viuen en habitatges no assequibles es descriuen amb més mala salut que les persones similars que viuen en habitatges més assequibles.⁸⁹

També hi ha evidències que suggereixen que tenir dificultats per pagar els rebuts, la hipoteca o el manteniment de l'habitatge es relaciona amb nivells baixos de benestar psicològic i més probabilitat de necessitar assistència mèdica.⁹⁰

L'Organització Mundial de la Salut ha seleccionat diversos objectius compartits per les polítiques de salut pública i habitatge, que han de facilitar la col·laboració intersectorial en aquest àmbit.⁹¹ Entre aquests, hi ha:



- **Construcció sòlida.** Els habitatges proporcionen un refugi apropiat davant dels elements naturals i les substàncies perilloses.
- **Seguretat i protecció.** Els habitatges asseguren una adequada privacitat, seguretat i protecció.
- **Dimensions apropiades.** Els habitatges proporcionen un espai apropiat per a la composició i el nombre de residents.
- **Serveis bàsics.** Hi ha uns nivells raonables de serveis bàsics a disposició del veïnat.
- **Assequibilitat.** Els costos de l'habitatge són raonables i assequibles.
- **Accessibilitat.** La ubicació de l'habitatge fa possible l'accés als serveis personals, els serveis i les activitats per a la vida quotidiana, i oportunitats econòmiques.
- **Tinença.** Està assegurada l'ocupació de forma raonablement contínua.
- **Protecció davant del canvi climàtic.** Els habitatges protegeixen els residents del canvi climàtic.

Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

■ Pla pel dret a l'habitatge

Aquest Pla regula l'habitatge de protecció oficial i les línies d'ajuts amb un règim jurídic propi de Catalunya alhora que preveu desenvolupar accions específiques a les àrees principals de risc d'exclusió residencial i degradació urbana. També inclou els nous models de tinença intermèdia d'habitatge per evitar desnonaments i facilitar l'accés a un habitatge i altres mesures de reforç de les polítiques socials. A més, el Pla també ofereix els serveis següents:

- Atorgament de prestacions urgents per a famílies amb quotes de lloguer impagades o quotes d'amortització de l'habitatge i el servei *Ofideute*, que treballa en la mediació entre les entitats bancàries i les famílies amb dificultats per pagar la hipoteca.
- Xarxa d'habitatges d'inclusió que gestionen les entitats del tercer sector, amb el suport de l'Agència de l'Habitatge de Catalunya.
- Mesa d'emergències que permet adjudicar habitatges de lloguer del parc públic a famílies que pateixen situacions d'urgència social i econòmica.
- En el cas de les persones que ja han estat desnonades, hi ha una línia d'ajuts d'urgència especial.

- Elaboració de la nova *Llei d'Urbanisme, Ordenació del Territori, Arquitectura i Paisatge* amb l'objectiu de crear noves eines de planificació territorial i apostar per l'urbanisme de qualitat. Un comitè d'experts col·labora i assessora el Departament De Territori i sostenibilitat en aquesta reforma de les polítiques d'ordenació del territori.



Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial del PINSAP

- Incorporar el valor salut en la valoració d'ajuts a l'habitatge en situacions d'emergència econòmica, social i altres casos amb necessitats especials.
- Millorar les condicions promotores de salut en projectes de rehabilitació d'edificis i de nova construcció (escales com a opció prioritària, ascensors, aïllament i aclimatament tèrmic i sonor. Actuació prioritària en edificis públics.

4.6. Educació i salut

La salut i l'educació interactuen a nivells diferents.

L'educació proporciona habilitats i coneixements que influeixen de manera directa i indirecta sobre el benestar de les persones. L'educació en general i l'educació per a la salut en particular són algunes de les eines principals que permeten corregir els desavantatges socials associats a les desigualtats en matèria de salut que tendeixen a ser transmesos de generació en generació.

Un major nivell educatiu s'associa a una reducció de la morbidimortalitat per diverses causes i a una reducció de la prevalença de comportaments que suposen un risc per a la salut com el sedentarisme, el tabaquisme i l'abús de l'alcohol i altres drogues.⁹² D'altra banda, els infants i els adolescents amb un millor perfil de salut i comportaments relacionats amb la salut (com l'activitat física) mostren un menor absentisme i un millor rendiment acadèmic.⁹³

El benestar dels escolars i dels ensenyants es considera indispensable per a uns bons resultats de l'educació. D'una banda, els escolars amb problemes de salut tenen sovint dificultats de concentració i aprenentatge i uns nivells més elevats d'absentisme i abandonament del sistema educatiu. I, de l'altra, l'efectivitat del sistema educatiu se sustenta en gran part en el rendiment d'un col·lectiu nombrós de docents professionalment competents i amb un bon nivell de salut. En aquest sentit el benestar del professorat és també un element clau de l'èxit del sistema. Diversos estudis han posat de manifest que els sistemes educatius que proporcionen poc suport al professorat es caracteritzen per un deteriorament de la salut d'aquest col·lectiu professional que es tradueix en uns nivells elevats d'absentisme i rotació dels docents que, finalment, acaben perjudicant la qualitat de l'educació.

Alguns objectius comuns de les polítiques educatives i de salut pública que han estat identificats per l'OMS⁹⁴ són:

- **Accés universal** amb prou serveis i oportunitats educatives per a tothom.
- **Equitat en l'accés.** Tothom pot accedir als serveis i les oportunitats educatives.
- **Millora de la qualitat.** S'implementen millores de la qualitat en tot el sistema.
- **Equitat en els resultats.** Es corregeixen les desigualtats en el nivell educatiu i el rendiment dels escolars.
- **Períodes crítics i aprenentatge al llarg de la vida.** L'educació en els períodes crítics i l'aprenentatge al llarg de la vida prepara la ciutadania perquè pugui fer front als reptes i capitalitzar les oportunitats.

Així mateix, és important avançar en el desplegament de l'educació per a la salut a l'escola tenint en compte que, tradicionalment, l'entorn escolar ha estat considerat una gran oportunitat d'espai i de temps, per crear actituds i hàbits propis d'un comportament saludable en els escolars. El desenvolupament de l'educació per a la salut com a part del currículum transversal escolar és un repte per a tots els sectors implicats en la promoció i l'educació per a la salut d'infants i adolescents amb l'objectiu de millorar la salut individual i la de la comunitat.



En aquest sentit experiències com la del programa “Salut i escola” potencien la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia a l’escola com un context més de la comunitat.

Línies d’actuació en marxa que s’engloben en el PINSAP

- En general s’entén l’èxit educatiu com un element bàsic per promoure el benestar de l’alumnat i reduir les conductes de risc. En aquest sentit, el Departament d’Ensenyament ha elaborat el pla [“Ofensiva de país a favor de l’èxit escolar”](#) que recull els eixos i les mesures necessaris per aconseguir millorar l’èxit educatiu. En la mesura en què el nivell educatiu d’una població és un dels determinants principals de la seva salut, aquest Pla constitueix un dels elements principals que cal considerar en el PINSAP.
- Els Departaments d’Ensenyament i d’Empresa i Ocupació col·laboren per al desenvolupament d’una oferta de programes adreçats a joves que no han obtingut el títol de graduat en educació secundària obligatòria.
- D’altra banda, les actuacions específiques en l’àmbit de l’educació i la salut serien les següents:
 - Detectar les dificultats d’aprenentatge en l’educació infantil i primària i intervenir-hi precoçment.
 - Promoure una educació integral que contribueix a compensar les desigualtats socials pel que fa a l’accés a prestacions sanitàries determinades (vacunes, etc.), necessitats bàsiques (alimentació), adquisició d’un estil de vida saludable (activitat física, etc.) i del benestar emocional (educació emocional), prevenció de riscos (tabac, alcohol i altres drogues, accidentalitat).
 - Promoure projectes educatius i de promoció de la salut d’àmbit comunitari i alinear-los amb els ja existents com els plans educatius d’entorn o altres projectes socioeducatius.
 - Promoure estratègies formatives per afavorir la reincorporació al sistema educatiu de persones en situació d’absentisme i abandó prematur dels estudis i de la formació.
 - Promoure la implicació de la família en l’educació per uns hàbits saludables dels seus fills i filles.

Àrees d’actuació interdepartamental i intersectorial del PINSAP

- Obrir els patis i equipaments escolars a la comunitat (potenciació dels plans educatius d’entorn).



Bona pràctica

Servei comunitari

El Departament d'Ensenyament, en la seva funció de promoure entre l'alumnat el compromís cívic i el voluntariat, desenvolupa el Projecte d'impuls del servei comunitari per a l'alumnat de secundària obligatòria.

L'objectiu d'aquest projecte és el de garantir que els estudiants, al llarg de la seva trajectòria escolar, experimentin i protagonitzin accions de compromís cívic, aprenguin en l'exercici actiu de la ciutadania, i posin en joc els seus coneixements i capacitats al servei de la comunitat. El servei comunitari permet a l'alumnat conèixer associacions, entitats i persones compromeses en els diferents àmbits i així augmentar la participació en el teixit associatiu, fomentar el compromís en la millora de la societat i promoure el seu arrelament en el territori.

El servei comunitari es porta a terme amb la proposta educativa Aprenentatge servei. Aquest combina processos d'aprenentatge i de servei a la comunitat en un sol projecte ben articulat. L'alumnat, alhora que ofereix un servei comunitari, adquireix competències socials i de ciutadania, aprèn a responsabilitzar-se en la societat que l'envolta i a adquirir compromís cívic.

4.7. Cultura, lleure, activitat física i salut

En considerar la cultura com el conjunt de tradicions, normes i valors que cohesionen i desenvolupen les comunitats humanes, la relació entre cultura i salut esdevé molt àmplia, tant pel que fa al concepte mateix de salut que es percep i s'interpreta segons les influències culturals com pel que fa a la pràctica o a la participació en activitats denominades culturals (artístiques, històriques, científiques, etc.) i a l'estat de salut de les persones. Una relació que no solament abasta dimensions com la familiar, l'educativa o la laboral sinó que afecta també el temps de lleure durant el qual es concentra bona part del consum cultural de la població.

75

Cultura

Alguns dels trastorns alimentaris com l'anorèxia i la bulímia són, almenys en part, conseqüència de convencions socials quant a cànons estètics suposats.⁹⁵ Més enllà d'aquesta dimensió cultural de la salut, s'observa una correlació notòria entre la pràctica cultural i l'assoliment d'un estat de salut més bo, inclosa l'autopercepció de la salut en la població general. L'assistència a actes culturals té una influència positiva en la supervivència de les persones.^{96 97} Hi ha també proves dels beneficis de la utilització de les arts (música, arts visuals, etc.) en unitats oncològiques, cardiovasculars i també d'alleujament del dolor, o en persones amb problemes de salut mental, etc.⁹⁸

La participació, per exemple, de museus i altres centres patrimonials en programes de salut comunitària incrementa l'educació per a la salut i el capital social^{99,100,101} contribueix a mantenir la salut¹⁰² i a disminuir els factors de risc cardiovascular en comunitats amb baixos recursos socioeconòmics,¹⁰³ i fins i tot s'ha mostrat beneficiosa com a complement de l'atenció als pacients amb problemes de salut mental i a les persones afectades per demència o càncer.¹⁰⁴

Els beneficis de la pràctica d'activitats culturals per a la salut es poden resumir en els punts següents:

- Desenvolupament de la capacitat cognitiva com a resultat de l'estimulació neuronal.
- Millora de la capacitat d'anàlisi i crítica la qual cosa «dóna apoderament» a les persones de cara a defugir mites i estereotips socials relacionats amb els hàbits que poden perjudicar la salut.
- Augment de la sociabilitat, especialment en les persones que participen del món associatiu. Com a resultat d'això, la creació posterior de xarxes de contactes, solidaritat, col·laboració, etc. enforteixen el caràcter de les persones per afrontar situacions difícils.¹⁰⁵
- Percepció de plaer com a resultat de la vivència d'una experiència estètica.
- Alliberament o control de les emocions mitjançant la pràctica de disciplines artístiques com la pintura, el teatre, l'escriptura, etc. o la participació en actes culturals.
- Reforçament de l'autoestima com a resultat de la satisfacció percebuda de la participació activa en les disciplines artístiques.



- Manteniment d'un grau d'activitat física relacionat amb la mobilitat per assistir a espectacles o centres culturals (exposicions, museus, biblioteques, etc.).

Segons les dades del darrer Eurobaròmetre¹⁰⁶ sobre accés i participació culturals, les visites a museus i galeries i l'anada al cinema, a concerts i al teatre han experimentat un descens, mentre que les visites a biblioteques públiques i el consum de programes culturals a la ràdio i la televisió han experimentat un augment. La barrera principal a l'hora d'anar al cinema i d'assistir a un concert és econòmica, mentre que per anar al teatre o assistir a un espectacle d'òpera, ballet o dansa l'obstacle més gran és la manca d'interès seguida del preu.¹⁰⁷

Així doncs, des de la perspectiva de la salut i del benestar social és convenient incrementar les pràctiques culturals i mantenir al màxim el nivell de consum cultural que fins ara s'havia assolit.

Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

- Fomentar l'associació entre centres de salut i centres culturals de cara a reforçar el tractament d'estats de salut determinats (promoció de la salut, recomanació d'activitats culturals, etc.).
- Promoció de la participació de les persones en l'associacionisme de caire cultural.
- Millorar els índex de lectura de la població en general com a indicador bàsic de la capacitat cultural d'un país.
- Inclusió de determinades pràctiques culturals en els plans locals de salut comunitària com a eines complementàries de millora de la salut.
- Incrementar l'assistència d'alumnes i estudiants a les activitats culturals adreçades especialment a aquests col·lectius.
- Incloure en els equipaments culturals sistemes de millora dels hàbits (com menús saludables en els equipaments cultural amb restaurants) i estendre la instal·lació de màquines de venda de preservatius en els equipaments culturals de proximitat (biblioteques, etc.).
- Organització d'activitats culturals que ofereixen una alternativa atractiva d'oci nocturn (la Nit dels museus, etc.).

Lleure

Bona part de les activitats culturals es duen a terme durant el temps de lleure, de manera que constitueixen una proposta saludable per emplenar aquesta dimensió de la vida social que cada vegada adquireix més protagonisme. Atesa la importància per a la gent jove esdevé un dels escenaris idonis per a la promoció d'uns estils de vida determinats¹⁰⁸ molts dels quals estan associats a la salut emocional de les persones. Una bona salut emocional implica benestar psicològic a partir del qual es pot fer front a l'estrès, mantenir relacions personals i funcionar eficaçment.¹⁰⁹ La salut emocional millora si hi ha xarxes socials de suport i es manté un estil de vida saludable, i empitjora amb el consum de drogues, la desigualtat social i

l'aïllament o l'exclusió social.^{110,111} Ésser membre actiu d'una comunitat s'associa a un benestar mental més alt i a nivells de depressió i trastorns psicològics més baixos.¹¹²

El suport social, que expressa el nombre, la força i la qualitat de les relacions entre l'individu i els que els envolten, està associat a l'estat de salut, modera l'efecte de l'estrès ambiental i pot tenir un efecte protector contra malalties psicossomàtiques, la depressió i l'ansietat, a més de promoure el benestar mental. La presència de recursos socials redueix el risc de deteriorament cognitiu amb l'envelliment.^{113,114} L'aïllament social disminueix la capacitat mental i redueix l'activitat neuronal, i la capacitat de processament intel·lectual i de presa de decisions,¹¹⁵ i té un efecte sobre la mortalitat comparable al de la l'obesitat o el tabaquisme.¹¹⁶

L'entorn social determina la salut mental. Per tant, la promoció de la salut mental ha d'incloure intervencions socials que afectin els determinants socials fonamentals del benestar: estils de vida actius, participació comunitària en activitats de lleure i suport social.¹¹⁷

Pel que fa als factors que poden generar problemes de salut, com intoxicacions agudes, accidentalitat vial, relacions sexuals de risc, comportaments agressius i violència, un dels decisius ha estat el consum d'alcohol i d'altres drogues en els entorns d'oci.¹¹⁸ A més, la globalització del mercat de l'oci i, en paral·lel, del mercat de les drogues ha suposat un increment ràpid de l'accés de la població a noves substàncies psicoactives. Així mateix, ha implicat la diversificació de les rutes de tràfic i dels mètodes de transport, a més de l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació en el circuit de l'oferta i la demanda.

A Catalunya, tot i que les enquestes en la població general mostren unes tendències a l'estabilització de les prevalences de consum de les diverses drogues, entre els grups d'edat més vulnerables (14-18 anys) i joves (15-29 anys) es mantenen uns patrons preocupants de consum d'alcohol (*binge drinking*), cànnabis i de les anomenades drogues emergents.^{119,120} La majoria dels consums els joves d'aquests grups d'edat els solen fer durant els caps de setmana amb l'objectiu de relacionar-se amb el grup d'iguals i crear espais on es puguin sentir lliures dels condicionants i les responsabilitats del dia a dia.¹²¹ Alguns dels factors que s'associen amb un major risc per al consum en aquestes edats són la durada de les sortides dels joves, la seva capacitat adquisitiva i les característiques dels entorns recreatius.^{122,123}

El consum d'alcohol i d'altres drogues s'ha associat a una relaxació de l'adopció de mesures de protecció pel que fa al risc de contraure el virus de la immunodeficiència humana (VIH) i altres infeccions de transmissió sexual (ITS) per via sexual.¹²⁴ Que el 29,2% dels nous diagnosticats de VIH a Catalunya l'any 2012 siguin persones menors de 30 anys¹²⁵ i que la taxa d'embarassos entre les noies de 14 a 17 anys abasti el 10,3 per mil aquest mateix any¹²⁶ exigeix reforçar les actuacions pel que fa a la prevenció dels problemes de salut vinculats a les relacions sexuals de risc.

El pes creixent de la transmissió sexual del VIH, l'increment de les ITS, la potenciació mútua de VIH i ITS, la similitud en la transmissió i la sinergia de l'acció preventiva combinada fan que sigui clau l'abordatge de la salut afectiva i sexual en edats joves. El reforç de les intervencions preventives fora de l'àmbit reglat, en aquells espais habituals per a la població jove, ha de permetre que hi accedeixin joves en situacions de vulnerabilitat¹²⁷ i ha de millorar l'accés



d'aquests als instruments de prevenció de reconeguda eficàcia, com el preservatiu, en els llocs on poden iniciar o mantenir contactes sexuals.¹²⁸

Des d'una perspectiva de promoció de la salut i prevenció dels problemes relacionats amb el consum de drogues, les intervencions que afavoreixen la vinculació dels joves amb institucions i activitats socialitzadores són un factor de protecció important,¹²⁹ sobretot les propostes de lleure i d'oci adreçades als infants i joves dels entorns socioeconòmics més desfavorits.¹³⁰ També s'ha de considerar la necessitat de comptar amb estratègies per millorar l'accés a les alternatives de lleure saludables adreçades a adults en situació de risc d'aïllament social. Pel que fa al sector de l'oci nocturn, s'ha d'establir un abordatge equilibrat entre les mesures preventives, les mesures de reducció de riscos i les que estableixen i reforcen el compliment de la llei (*Law Enforcement*).¹³¹

El document “ *Conclusions del Prevenció i la Reducció dels Riscos Socials i de Salut associats a l'ús de drogues il·lícites en els entorns d'Oci*” del Consell de la Unió Europea, conjuntament amb les actuacions proposades pel *Pla d'Acció Europeu sobre Drogues 2009-2012*, el *Pla d'Actuació Europeu per a la Reducció del Consum Nociu d'Alcohol 2012-2020*¹³² i les línies estratègiques de la *Nova Estratègia Europea sobre drogues 2013-2020*,¹³³ defineixen alguns dels objectius i les línies d'intervenció preventius per a l'abordatge de les problemàtiques socials i de salut en l'àmbit del lleure i de l'oci nocturn que es recullen al *Pla de Prevenció sobre Drogues i Salut Mental 2012-2016*. S'exposen a continuació:

En relació amb el consum d'alcohol

- Disminuir les prevalences de consum d'alcohol, els episodis d'intoxicacions i l'anomenat *binge drinking* en menors i joves.
- Disminuir l'accidentalitat vial associada a consums d'alcohol i altres drogues.
- Sensibilitzar i incrementar la consciència sobre els riscos del consum d'alcohol relacionats amb la salut i la conducció.

En relació amb els espais d'oci nocturn

- Informar i assessorar els usuaris de drogues sobre els riscos del consum de drogues.
- Implementar mesures ambientals per a la promoció d'entorns d'oci més segurs i saludables.
- Formar els professionals de l'àmbit de la nit en la dispensació responsable d'alcohol i en la gestió de conflictes i primers auxilis.
- Implementar programes preventius comunitaris de manera coordinada entre els ens locals, els professionals, els propietaris dels locals d'oci, les entitats i les associacions del territori.
- Establir mesures per promoure el compliment de les lleis (*Law Enforcement*)



Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

Les iniciatives adreçades a prevenir els problemes relacionats amb el consum de drogues les desenvolupen conjuntament el Departament de Salut (Agència de Salut Pública de Catalunya) amb els Departaments d'Ensenyament i de Benestar Social i Família (Direcció General de Joventut i Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència) i el Departament de Justícia (Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil), amb el suport de la Federació de Municipis de Catalunya i l'Associació Catalana de Municipis.

79

- Facilitar eines de suport al treball educatiu i de sensibilització amb infants i joves per a professionals de l'àmbit educatiu i del lleure: el Programa "L'aventura de la vida"; el Projecte esport escolar i prevenció: EP@; les exposicions "Febre del divendres nit" i "Coca, què?"; el material didàctic "Sortim?", etc.
- Ús de les TIC per difondre missatges preventius en relació amb el consum d'alcohol i drogues entre joves a partir de 12 anys a través de les pàgines "el pep.info" i "la Clara.info", i les xarxes socials (Facebook i Twitter).
- Elaborar material de sensibilització i difusió d'informació al voltant del fenomen de les drogues adreçat a la població general a través del Canal Drogues (Canal Salut) i l'exposició "Entre nosaltres".
- Implementació del cribatge del consum de risc d'alcohol i del consell breu des dels serveis de salut de l'atenció primària. Programa "Beveu menys".
- Difusió de materials de reducció de riscos entre joves consumidors en espais d'oci.
- Promoció d'espais d'informació i assessorament sobre els riscos del consum de drogues en espais de consum.
- Promoció de la creació de grups de joves per a la difusió de missatges de reducció de riscos mitjançant la metodologia de l'educació entre iguals.
- Suport a l'establiment d'espais d'anàlisi de substàncies en entorns de consum. Projecte "Energy Control".
- Difusió de mesures ambientals per crear espais d'oci més saludables i segurs (facilitar accessos a aigua fresca, senyalitzar zones de descans, evitar aglomeracions, etc.) entre els organitzadors de festes locals. A través de la "Guia de recomanacions per a la prevenció de problemes relacionats amb l'alcohol i altres drogues".
- Desplegament del segell de qualitat per identificar els locals d'oci o festivals amb serveis bàsics relacionats amb la salut i el benestar dels seus clients.
- Realització de cursos per a professionals de l'àmbit de la nit de locals d'oci i festivals, i formació de grups de joves que organitzen "barres" o "barraques" en el context de festes locals.
- Desplegament del programa de la Plataforma Nits Q per a l'abordatge comunitari de les actuacions preventives sobre drogues en l'àmbit de la nit.

Les iniciatives relacionades amb la prevenció i la promoció de la salut mental que desenvolupa l'Agència de Salut Pública de Catalunya en l'àmbit del lleure són:



- Implementació del programa pilot Prescripció social a una mostra de serveis de salut de l'atenció primària per tal d'estimular la participació social de persones amb risc d'aïllament en les activitats organitzades per les entitats ciutadanes del seu entorn local i perquè en puguin treure partit. Es tracta d'augmentar la seva participació en activitats comunitàries.
- Mesura de la salut mental positiva (benestar emocional) de la població de Catalunya mitjançant la introducció a l'Enquesta de salut de Catalunya contínua (ESCAc) de l'escala *WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale)* adaptada i validada al català. Es tracta d'un qüestionari que recull els últims avenços sobre mesures psicològiques per tal d'aplegar-ne els aspectes positius, d'acord amb la definició de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que estableix que aquesta noció va més enllà de l'absència de malaltia. La salut mental positiva té relació amb molts indicadors de qualitat de vida i permet entendre el benestar fins i tot en etapes de la vida en què es fan molt presents l'efecte dels símptomes o les malalties cròniques.

Les iniciatives adreçades a prevenir la infecció pel VIH i altres ITS en el col·lectiu jove en l'àmbit del lleure han estat dissenyades en el marc de la Comissió Interdepartamental de la Sida de Catalunya i queden reflectides en el **Pla d'Acció enfront del VIH/Sida 2010-2013**. Són desenvolupades conjuntament pel Departament de Salut (Agència de Salut Pública de Catalunya) i els Departaments d'Ensenyament i de Benestar Social i Família (Direcció General de Joventut, Àrea per la igualtat de tracte i no discriminació de les persones LGTB, Direcció General d'Immigració, Institut Català de les Dones), el Departament de Justícia, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, ens locals i organitzacions no governamentals de servei en sida, amb el suport de les diputacions provincials, la Federació de Municipis de Catalunya i l'Associació Catalana de Municipis. Són les següents:

- Treballar les habilitats preventives de la població adolescent i jove en l'àmbit social:
 - Promoure la inclusió de l'educació afectiva i sexual en l'àmbit de la salut en la formació dels educadors d'activitats d'educació en el lleure.
 - Fomentar l'educació afectiva i sexual en joves en situació de vulnerabilitat especial.
 - Afavorir la formació entre iguals.
 - Proporcionar informació, orientació i assessorament en línia.
- Facilitar l'accessibilitat al material de prevenció:
 - Fer difusió de l'accés gratuït al preservatiu.
 - Dispensar de forma gratuïta preservatius i lubricants.
 - Augmentar la cobertura de la dispensació de preservatius a baix preu.
 - Reforçar la disponibilitat de material informatiu als llocs d'oci.
 - Potenciar la implicació del món empresarial relacionat amb el lleure.

Aquestes actuacions estaran en la línia de l'**Acord nacional per a afrontar l'epidèmia del virus de la immunodeficiència humana a Catalunya i lluitar contra l'estigma relacionat amb aquest virus**, que s'ha aprovat al Parlament de Catalunya el gener de 2014. Tal com s'indica, aquest Pla interdepartamental de salut pública ha de garantir enfocaments que tinguin en compte les desigualtats socials des d'un punt de vista comunitari sobre la prevenció i l'atenció a les persones que viuen amb el VIH. El PINSAP, com eix vertebrador de la salut pública a Catalunya, és un punt d'entrada a l'abordatge més òptim per reduir desigualtats en salut i potenciar el lideratge fort i integrat de la participació comunitària tant en la planificació i avaluació com en la pràctica.

Activitat física i esport

L'activitat física i l'esport s'han convertit en un dels fets socials més importants del segle XXI. El fenomen esportiu ha contribuït al desenvolupament harmònic i complet de l'ésser humà, ha fet possible la formació integral de les persones i n'ha afavorit el benestar social i la qualitat de vida. Avui dia es pot considerar que la relació entre l'activitat físicoesportiva i la salut esdevé cada vegada més àmplia i estreta, sobretot quan parlem de la gran influència de la pràctica d'activitats físiques i esportives en l'estat de salut de les persones.

Segons dades de l'última enquesta sobre la pràctica esportiva feta per l'Observatori de l'Esport Català el 2010, un 50,5% de la població a partir de 15 anys practica esport i la primera de les motivacions és mantenir-se en forma i millorar la salut (82%).

La pràctica d'activitat física i de l'esport està associada a quatre principis fonamentals:

- La salut, atesa l'evidència científica dels beneficis de la pràctica d'activitat física i l'esport i el seu impacte en la salut de les persones.
- L'educació. L'activitat física i l'esport s'entenen com a generadors de valors i hàbits.
- La igualtat efectiva entre homes i dones en tots els àmbits (pràctica, direcció i gestió) i també en relació amb els tècnics de l'activitat física i l'esport.
- La inclusió social. L'activitat física i l'esport es consideren instruments generadors de cohesió social.

Segons els informes de l'OMS, la inactivitat física es el quart factor de risc de mortalitat més important a tot el món. Aquests efectes s'evidencien sobre tres tendències: l'envelliment de la població, la urbanització ràpida i no planificada, i la globalització i les noves tecnologies, factors que es tradueixen en comportaments poc saludables. L'OMS ha elaborat unes recomanacions mundials sobre l'activitat física per a la salut, amb l'objectiu general de proporcionar als formuladors de polítiques, en l'àmbit nacional i regional, una orientació sobre la relació dosi-resposta entre freqüència, durada, intensitat, tipus i quantitat total d'activitat física, en relació amb la prevenció de les malalties no transmissibles.

L'OMS diu que Espanya és un dels països europeus amb el nivell més alt de sobrepès i obesitat infantil. Aquest fet coincideix amb la disminució de l'horari de l'exercici físic escolar, i Espanya

és un dels països de la UE que menys part del seu horari de l'ESO dedica a l'assignatura d'educació física (3%-4%).

Practicar activitat física moderada de manera regular és una eina efectiva de prevenció primària, secundària i terciària que presenta pocs efectes negatius si es fa de forma controlada i supervisada. Tots els estudis duts a terme fins a aquest moment demostren i confirmen els beneficis que suposa la pràctica d'un estil de vida actiu.

82

Està demostrat que l'activitat física practicada amb regularitat redueix el risc de cardiopaties coronàries, accidents cerebrovasculars, diabetis mellitus de tipus 2, hipertensió, càncer de còlon, càncer de mama i depressió. A més a més l'activitat física és un factor determinant en el consum d'energia i, per tant, és fonamental per aconseguir l'equilibri energètic i el control del pes.

Aquests beneficis es poden caracteritzar en funció de l'edat, segons les "Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud" de l'OMS, que formula unes conclusions sobre la base de l'evidència científica dels resultats d'estudis diferents (s'han examinat recensions bibliogràfiques de fonts com CDC (2008), Jansen (2007) i Jansen i Leblanc (2009)), que han observat que l'augment de l'activitat física està associat a uns paràmetres de salut més favorables.

Amb aquestes evidències científiques podem arribar a dir que la relació entre l'activitat física i l'esport i la salut perdura en el temps durant bona part de la vida de les persones. S'inicia la seva relació des que són molt petites, a través de l'educació física escolar i l'activitat física i l'esport extraescolar; continua per la pubertat i l'adolescència a través també d'una activitat física escolar a la qual es pot afegir una activitat física o esportiva de lleure, o la pràctica d'un esport més reglat i federat; passa per l'edat adulta on la dimensió de l'activitat física i l'esport es diversifica cap al lleure esportiu que ha experimentat una expansió considerable, i l'esport federat i/o d'alt rendiment, i acaba amb una gran incidència sobre l'activitat física de la gent gran.

Aquesta relació estreta entre l'activitat física i la salut fa que la salut millori en aquella part de la societat que està activa i, per tant, els responsables de l'organització de les activitats esportives són alhora responsables de la salut dels que en practiquen.

La majoria d'infants i joves fan exercici gairebé sense proposar-s'ho mitjançant el joc i les activitats quotidianes d'un estil de vida actiu: anar caminant a l'escola, jugar al pati o al parc, pujar escales o passejar el gos.

Pel que fa l'educació física escolar, tots els infants escolaritzats fan un mínim d'una hora de classe d'educació física a la setmana (40 minuts reals de pràctica), tot i que alguns centres de primària en fan dues hores a la setmana (1,20 hores és el temps real de pràctica), dins de l'horari lectiu i del currículum. Però aquesta activitat física escolar és insuficient i, de fet, un estudi recent de l'oficina d'estadística escolar de la UE (Eurydice) situa Espanya com un dels països d'Europa que menys temps dedica a l'assignatura d'educació física durant l'ESO.



D'altra banda, un estudi recent fet per l'Observatori de Salut de la Infància i l'Adolescència de Sant Joan de Déu demostra que l'activitat física millora l'aprenentatge i el rendiment escolar i mostra els beneficis de l'activitat per a la salut física, mental i la construcció de valors. També cal afegir, en l'àmbit educatiu, que la pràctica d'activitat física i l'esport comporta millores en l'índex d'assistència a l'escola i en la relació amb els pares, i redueix els trastorns de la conducta, de la delinqüència i del consum de drogues.

Per aquest motiu resulta bàsic fer accessible, com a eina preventiva, l'activitat física i l'esport a tots els col·lectius de la societat, i intentar aconseguir que, des de ben petits, es generin uns hàbits saludables de pràctica regular que puguin perdurar al llarg de tota la seva vida. I cal tenir en compte que en les edats primerenques en les quals es treballen els hàbits la responsabilitat d'una vida activa difícilment recau sobre els mateixos infants. Per tant, cal dedicar molts esforços a facilitar les accions en l'entorn escolar, que és on trobem tots els infants, i també cal mirar de conscienciar les famílies que l'activitat física i esportiva dels seus fills els pot aportar molts beneficis.

Les **persones grans** que es mantenen actives físicament aconsegueixen alentir, i fins i tot arribar a invertir, molts dels efectes de l'edat, la qual cosa repercuteix favorablement tant en la persona com en la societat.

Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

La Secretaria General de l'Esport du a terme:

■ **Pla estratègic d'esport escolar de Catalunya 2013-2020 (PEEC).** Pla per a la consolidació i l'increment de la pràctica físicoesportiva dels infants i adolescents catalans desenvolupat per la Secretaria General de l'Esport i el Departament d'Ensenyament, amb la col·laboració dels consells esportius de Catalunya, que inclou 3 programes concrets: el Pla català d'esport a l'escola, el programa Jocs esportius escolars de Catalunya i el FITJOVE.

■ **Pla català d'esport a l'escola (PCEE).** Pla de promoció de la pràctica esportiva extraescolar dels infants i joves en els centres educatius de primària i secundària desenvolupat entre la Secretaria General de l'Esport i el Departament d'Ensenyament.

El PCEE té com a objectiu principal incrementar la participació dels infants i joves en activitats físiques i esportives en horari no lectiu en el mateix centre educatiu i, alhora, emprar aquestes pràctiques per a la difusió i l'educació en valors i per a l'adquisició d'hàbits saludables.

■ **Programa Jocs esportius escolars de Catalunya (JEEC).** Programa de promoció de l'esport escolar en l'àmbit comarcal, desenvolupat entre la Secretaria General de l'Esport i els consells esportius.

En les directrius de JEEC s'afirma que, a més de fomentar la pràctica esportiva: "...també caldrà fer accions específiques per al reconeixement i la promoció dels valors educatius de l'esport així com per al foment de l'adquisició d'hàbits saludables, amb la col·laboració



d'entitats que els impulsin, a fi de promoure'n la difusió tant entre els escolars i les famílies com entre el personal tècnic i dirigent”.

- **Programa FITJOVE.** Programa de promoció d'exercici físic adreçat a adolescents que fan quart d'ESO en centres educatius del PCEE com a estratègia de prevenció del consum de drogues, desenvolupat entre la Secretaria General de l'Esport i l'Agència de Salut Pública de Catalunya.
- **Pla estratègic d'esport universitari de Catalunya (PEUC).** Pla per a la consolidació i l'increment de la pràctica físicoesportiva dels estudiants universitaris catalans, desenvolupat per la Secretaria General de l'Esport i el Consell Interuniversitari de Catalunya, amb la col·laboració de les universitats catalanes.
- **Programa “Dones i esports”.** Programa desenvolupat per la Secretaria General de l'Esport i l'Institut Català de les Dones que pretén impulsar actuacions adreçades a corregir els desequilibris existents entre dones i homes en l'àmbit de l'esport, en tots els nivells, i fomentar mecanismes d'intercanvi de coneixements i d'experiències entre les entitats esportives i les entitats de dones que facin possible avançar cap a la igualtat efectiva de dones i homes en l'àmbit de l'esport.
- **Pla nacional de promoció de l'activitat física (PNPAF).** Pla que està desenvolupant la Secretaria General de l'Esport, amb la implicació d'administracions catalanes diferents i el sector privat, i que afavoreix una major sensibilització social de la necessitat de ser actiu en totes les franges d'edat de la població, i que aprofita la feina feta pel Programa d'activitat física, esport i salut (PAFES). El PAFES està impulsat conjuntament pel Departament de Salut i la Secretaria General de l'Esport des del 2007 per lluitar contra el sedentarisme en les persones adultes i recomana l'activitat física i la pràctica esportiva a l'atenció primària per millorar la qualitat de vida dels pacients i prevenir l'aparició de determinades malalties.

D'altra banda, el Departament de Salut, a través de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, du a terme:

- **Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable**

Per tal de promoure la salut per mitjà de l'activitat física el Departament de Salut va posar en marxa el [Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable \(PAAS\)](#)¹³⁴ en consonància amb l'estratègia NAOS del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, i l'Estratègia sobre dieta, activitat física i salut de l'OMS.

Es basa en l'evidència que afirma que els abordatges multidisciplinaris, multifactorials i integrals són els més efectius per canviar els hàbits i els estils de vida. El PAAS té la voluntat de la universalitat, promou l'equitat en el territori i en col·lectius desfavorits i l'aprofitament dels recursos ja existents i treballa per capacitar tant professionals com pacients. Des de la seva posada en marxa ha dut a terme més de 65 accions en els àmbits educatiu, comunitari, sanitari i laboral, amb la participació d'altres departaments de la



Generalitat, ajuntaments i ens locals, fundacions, centres universitaris i de recerca, la indústria, i altres institucions i recursos de la comunitat. El PAAS s'integra en el projecte 2.2 del Pla de salut 2011-2015 (Potenciar els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties) en el marc de les malalties cronicitat.

En el marc del Pla de salut i del PAAS se situa el **Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES)** en conjunció amb la Secretaria General d'Esport i els ajuntaments, que s'ha estès pràcticament a la totalitat dels centres d'atenció primària i que ha arribat a quasi 400.000 persones. Amb la seva aplicació s'ha observat una disminució relativa d'un 19% en sedentarisme que s'ha concentrat en la població diana del PAFES. S'estima que a Catalunya entre l'any 2006 i el 2011 hi ha 240.000 persones sedentàries menys. Atès que l'OMS estima que el cost d'una persona sedentària és d'entre 150-300 euros l'any, això suposa un estalvi aproximat d'uns 54 milions d'euros.

Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial que s'engloben en el PINSAP

■ Utilitzar les tecnologies de la informació i comunicació (TIC) en la prevenció de les infeccions de transmissió sexual en joves.
■ Prevenir i reduir els riscos (consum d'alcohol i altres drogues, addiccions no tòxiques) i promoure la salut a la joventut a través de xarxes socials i programes comunitaris. Ús correcte i segur de les TIC i les xarxes socials entre les persones joves.
■ FITJOVE. Impulsar l'esport per a la promoció de la salut en adolescents de risc.
■ Vigilar i controlar noves formes de consum, especialment de productes relacionats amb el tabac (cigarretes electròniques).
■ Impulsar la participació en activitats culturals. Posada en marxa de programes com "Lletres i salut". Fomentar la lectura i la reflexió en centres sanitaris, comunitaris i culturals sobre temes que tinguin a veure amb l'autocura, la promoció de la salut, l'afrontament de la malaltia, la mort, etc.
■ "Salut: tu pots decidir". Campanya informativa i d'educació per a la salut per facilitar que el ciutadà pugui prendre una decisió informada favorable a la seva salut.
■ Programa de prescripció d'activitats socials i culturals en persones en situació de vulnerabilitat.

4.8. Sistema sanitari i salut

Malgrat que la majoria dels determinants de la salut se situen fora del sistema sanitari, els sistemes sanitaris tenen una influència directa sobre la salut de les persones i de les comunitats i les poblacions i, en els casos dels sistemes sanitaris amb finançament públic, també una influència indirecta com a elements de cohesió social. Quant a les influències directes, tot i que la pretensió, òbviament, és que siguin beneficioses per a la salut, també poden ser negatives.

86

Tot i que s'ha estimat que la contribució del sistema sanitari solament aporta una petita proporció (xifrada en un 10 al 20% de la salut global i la longevitat),¹³⁵ l'accés oportú i fàcil a uns serveis de salut resulta fonamental per mantenir la salut de les persones i les poblacions, sempre que aquests serveis sanitaris siguin adequats i incloguin la promoció –millora–, la protecció –prevenció de les malalties–, el tractament i la rehabilitació.

Això no es pot aconseguir, si no és per a una petita minoria de la població, sense un finançament públic suficient que garanteixi la cobertura o l'assegurament per al conjunt de la població. Precisament en el context de la crisi econòmica en què estan implicats molts països l'OMS va dedicar el seu Informe de Salut de 2010 al finançament dels sistemes sanitaris com un camí cap a la cobertura universal.^{136,137} L'informe estructura els seus arguments al voltant de tres temes principals:

- (i) Garantir que els recursos dedicats als sistemes sanitaris siguin suficients.
- (ii) Reduir els riscos financers i les barreres a l'atenció sanitària.
- (iii) Potenciar l'ús eficient dels recursos.

Com es deia al principi, les influències directes dels sistemes sanitaris també poden ser negatives, en alguns casos, com a conseqüència de la presentació de reaccions adverses de les intervencions, més preocupant encara en el cas d'intervencions poc indicades i, en d'altres, com a conseqüència de la ineficiència en la utilització dels recursos. Els autors de l'informe esmentat estimen que un 20-40% de tota la despesa sanitària és ineficient, fins i tot als països en què la despesa és clarament insuficient. Per reduir la ineficiència proposen:

1. Disminuir la medicalització excessiva a través de la gestió i l'ús adequats i racionals dels medicaments i les tecnologies sanitàries i una millora de tot el procés (des de la seva compra, emmagatzematge i distribució en la seva indicació, prescripció i utilització).
2. Maximitzar l'eficiència de les tecnologies i els serveis de salut.
3. Motivar els professionals de la salut.
4. Millorar l'eficiència dels centres sanitaris, especialment els hospitals.
5. Obtenir una atenció correcta des del primer moment mitjançant la reducció dels errors sanitaris.
6. Eliminar el malbaratament i la corrupció
7. Fer una avaluació crítica dels serveis que són necessaris.

Un altre problema és el de les desigualtats en salut, una part important de les quals té a veure amb les desigualtats socials; d'altres, però, són conseqüència de l'organització i la utilització dels mateixos serveis sanitaris. Per tant, cal identificar biaixos, desigualtats i iniquitats diversos, siguin ètnics, de classe social, d'edat o de gènere en l'atenció sanitària.

Pel que fa a les desigualtats de gènere, que afecten els dos sexes i que, d'acord amb la Llei de salut pública vigent, s'han de considerar específicament, convindria tenir en compte:

87

- a) Si els homes i les dones consulten de forma diferent pel mateix problema els diferents graons dels serveis sanitaris i si aquestes diferències es deuen a actituds de les dones o dels homes relacionades amb els models de comportament de gènere.
- b) Si els homes i les dones presenten les seves queixes i símptomes de diferent manera, en el mateix moment de gravetat i si tenen el mateix tipus de queixa sobre el problema. Així, se sap que les dones acudeixen més als serveis d'atenció primària i els homes més als serveis hospitalaris. Això és atribuïble, en part, a la socialització que normalitza la possibilitat de queixar-se i demanar ajuda de les dones i, no ho fa en els homes en què es pot considerar una aparent debilitat fins que una malaltia greu és evident.
- c) S'aprecien diferències per sexes en la forma en què el personal sanitari atén els pacients, tant en l'atenció com en l'esforç diagnòstic i terapèutic.
- d) Cal aportar una mirada de gènere en l'elecció o les prioritats dels problemes de salut als quals es destinen recursos i intervencions que afecten majoritàriament dones i homes, ja que és en aquesta prioritització on també es poden detectar elements desencadenants de la iniquitat de gènere.

Cal tenir en compte, a més, que el sistema sanitari no és homogeni sinó que coexisteixen diversos subsistemes com el públic i el privat. També que coexisteixen sistemes d'assegurança per malalties comunes i per malalties laborals.

Cal estar amatents i intentar prevenir i actuar sobre els efectes que l'actual crisi econòmica, profunda i duradora en països com el nostre, pot tenir en la salut de la població i adaptar els sistemes sanitaris a la nova situació. Segons l'Informe de Thompson i col,¹³⁸ la investigació fins ara s'ha concentrat en els resultats de salut a curt termini de les crisi econòmiques com són els seus efectes sobre la salut mental, les infeccions i les lesions. No obstant això, és molt probable que hi hagi efectes sobre la salut que tardin en manifestar-se, com els que tenen a veure amb algunes malalties cròniques i les seves complicacions. En qualsevol cas, i pel que fa a les conseqüències sobre la salut mental, convé evitar una medicalització inadequada com a resposta i afavorir les intervencions adreçades a les causes dels trastorns de l'estat d'ànim, els neguits i les depressions. D'una banda, cal considerar la rellevància de les mesures de salut pública i d'actuacions sobre totes les polítiques com les que estan a la base del PINSAP i, de l'altra, també cal introduir l'avaluació de l'impacte sobre la salut de les mesures tant sanitàries com no sanitàries que s'utilitzen per afrontar les crisi (per exemple, polítiques de protecció social o polítiques d'austeritat).

Els serveis de salut pública han de ser considerats com una part del sistema sanitari. De fet, atès que la majoria de les causes estan fora del sistema sanitari, es requereix l'abordatge intersectorial de la salut pública. L'Institut de Medicina dels EUA parla dels sistemes de salut pública com d'unes xarxes complexes de persones i organitzacions que quan treballen plegades representen el que la societat fa col·lectivament per garantir les condicions per tal que una persona pugui portar a terme una vida saludable.

Un estudi mostra com el 50% dels guanys en l'esperança de vida experimentats als EUA des de 1950 són atribuïbles a estratègies de salut pública relacionades amb l'alimentació, el consum de tabac i altres mesures.¹³⁹

Sabem també que la inversió en salut pública es relaciona amb una disminució de mortalitat que es pot prevenir, especialment en comunitats amb recursos baixos.¹⁴⁰

Les estratègies internacionals de prevenció i control de la cronicitat donen un paper clau a la prevenció. Solament a través de la prevenció i la promoció de la salut s'aconseguirà l'objectiu d'augmentar l'esperança de vida en bona salut.

Moltes de les intervencions de salut pública són eficients i d'altres tenen una relació cost-efectivitat més bona o equivalent a la d'intervencions plenament establertes a l'atenció sanitària. Entre les intervencions que generen estalvi o tenen una relació cost-efectivitat molt bona cal assenyalar les vacunacions, el control del tabaquisme, la prevenció cardiovascular o la promoció de la salut als llocs de treball.¹⁴¹

Segons l'informe americà "Prevention for a healthier America" la inversió en programes provats de prevenció i promoció (per exemple, una despesa de 10 dòlars per persona/any en programes de prevenció de tabaquisme i alimentació saludable) es pot recuperar en disminució de despesa sanitària en un temps proper d'un a dos anys i en cinc anys per cada dolar invertit s'estalvien 5,6.¹⁴²

Aquest estalvi es tradueix en despesa no produïda (diners virtuals) en un futur més o menys llunyà. Per exemple, els casos evitats de xarampió o poliomielitis s'associen a uns estalvis econòmics i un impacte social evidents. Un aspecte que cal considerar és la dificultat de visualitzar les persones concretes que es beneficien de les intervencions.

La crisi econòmica actual fa encara més prioritari l'ús eficient dels recursos. Com hem vist anteriorment, la despesa en salut pública, més que una despesa, és una inversió.

Una societat que inverteix en salut pública és una societat més sana i amb més capacitat productiva. A Catalunya cada any s'administren més de 3.200.000 vacunes a més d'1.700.000 persones. Amb aquestes vacunes s'han evitat més de 900.000 casos de malalties en vint anys i les complicacions i morts associades. La Llei de prevenció i control del tabaquisme s'ha associat a un descens de l'11% d'ingressos per infarts, i així s'ha evitat tota la despesa i la càrrega de malalties associades. Les 240.000 persones que han passat de ser sedentàries a actives gràcies a programes com el Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES) s'estima que han contribuït a disminuir en 54 milions la despesa sanitària anual. Les quasi 3.000 morts evitades en deu anys



per trànsit s'associen a un estalvi estimat de 18.000 milions d'euros. Cada any es fan més de 30.000 controls sobre establiments alimentaris i instal·lacions de risc que garanteixen que el menjar que arriba a les nostres taules, l'aigua que bevem i l'aire que respirem reuneixen les característiques de salubritat adequades. Es redueix el risc d'aparició de brots de legionel·la mitjançant les inspeccions anuals de les instal·lacions de més risc. Es fan els controls sanitaris oficials als escorxadors sobre un volum de més de 314 milions de caps de bestiar sacrificats per evitar la transmissió de malalties. La vigilància de la salut pública, sobretot la de les malalties transmissibles i els seus determinants, i la resposta ràpida a emergències de salut pública i el suport a la gestió del sistema d'alertes, permet actuar per millorar la salut de la població.

A partir de la detecció de les necessitats de salut de la població i els riscos de l'entorn i del monitoratge de les tendències, tant en factors de risc com en malalties, que es fa des de la vigilància de salut pública es planifiquen i programen actuacions de protecció, promoció i prevenció, i fins i tot de salut laboral i seguretat alimentària. De vegades, aquestes actuacions les duen a terme els recursos propis de salut pública, tant els autonòmics com els de les administracions locals; altres vegades, es treballa conjuntament amb els recursos del sistema assistencial.

La salut pública treballa per donar apoderament a les persones i les comunitats, i per aconseguir entorns més segurs i saludables. Es tracta que les persones siguin responsables i protagonistes de la seva pròpia salut, en entorns que la facilitin a tothom de la mateixa manera. Això implica fer actuacions universals i fer actuacions específiques per a persones o col·lectius en situació de vulnerabilitat. Cal incorporar la perspectiva de trajectòria vital i també la de gènere i d'origen. Per aconseguir-ho cal el compromís de tots els professionals de la salut pública.

L'acció de la salut pública dona resposta a les necessitats de salut de la població. Rarament respon a demandes explícites. És per això que cal una acció proactiva de les administracions públiques per anticipar-se als problemes de salut a través de:

- La gestió dels riscos per a la salut (aire, aigua, aliments) representats pels objectes de risc (escorxadors, menjadors, xarxes d'aigües, etc.).
- L'actuació sobre els determinants de la salut (salut a totes les polítiques) i de les desigualtats.
- El foment d'estils de vida personals d'autorresponsabilitat. Al mateix temps cal facilitar que les opcions saludables siguin les més fàcils.
- Les accions preventives, especialment les vacunacions.
- La seguretat alimentària.
- La salut laboral.
- La vigilància de la salut pública i dels determinants de la salut.
- La salut internacional i la cooperació.



Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

- **Totes les activitats de la cartera de salut pública**, en especial aquelles que tenen a veure amb la protecció de la salut, la promoció de la salut, la prevenció de les malalties tant infeccioses (específicament vacunacions i altres), com la prevenció i el control de les addiccions, la vigilància epidemiològica i la salut laboral.
- Dintre d'aquestes, per la seva especificat i caràcter intersectorial, entre d'altres, destaca el **Pla integral de promoció de la salut a través de l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS)**, que inclou el Pla d'activitat física, esport i salut; el Projecte AMED d'establiments promotors d'alimentació mediterrània, etc.
- **Plans interdepartamentals de prevenció i control de drogodependències i de prevenció i control de la infecció per VIH i sida.**
- Impuls a la **salut comunitària**, mitjançant el desenvolupament d'intervencions comunitàries, d'una banda, pròpies del Departament de Salut i del sistema sanitari públic català i, de l'altra, amb el foment de les iniciatives intersectorials amb d'altres dispositius de les administracions públiques i de la societat civil; les primeres, bàsicament compartides entre els serveis de salut pública i els d'atenció primària a l'àmbit territorial, a partir de xarxes com AUPA, ASACO, etc. i l'afavoriment de la dedicació a la salut comunitària dels dispositius assistencials del SISCAT.
- Transformació del model assistencial per aconseguir un **sistema integrat més resolutiu**, mitjançant els acords de col·laboració entre els equips assistencials al territori, les aliances entre els serveis, la reorganització de processos, etc.
- **Pla de prevenció i atenció a la cronicitat** per orientar el sistema de salut envers una atenció més proactiva i/o continuada dels pacients crònics, sense menystenir els programes preventius, i en col·laboració entre els àmbits sanitaris i socials.
- **Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.** Contribueix a la millora de la salut mental de la població i a la disminució de les desigualtats socials de les persones amb trastorn mental i addiccions mitjançant la identificació de les seves necessitats integrals, la millora de l'atenció que reben, l'increment de les seves oportunitats d'integració i el reforç de l'acció interdepartamental planificada dels serveis sanitaris, socials educatius, d'integració laboral i de justícia.
- **Projecte Essencial.** Té l'objectiu d'aconseguir un consum més racional dels recursos per tal de limitar els malbarataments en la utilització de productes i serveis que no són efectius i que no aporten salut a la pràctica clínica, i també per disminuir les reaccions adverses que s'hi associen, mitjançant l'elaboració de recomanacions i el desenvolupament de polítiques que incentivin efectivament la prevenció de la sobreutilització i la sobremedicalització.
- Projectes de **seguretat del pacient** per disminuir les reaccions adverses associades a la pràctica clínica com a conseqüència de factors singulars o sistemàtics.
- Projectes de **millora continua de la qualitat** per incrementar la pertinència, l'efectivitat, l'eficiència i l'equitat de les intervencions sanitàries.
- **Benchmarking i rendició de comptes**, mitjançant la transparència i la claredat en la informació accessible a la població sobre les activitats del sistema sanitari a través les publicacions de la Central de Resultats.

Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial del PINSAP

- | | |
|---|---|
| ■ | Prevenició de conductes suïcides amb l'activació del Codi risc de suïcidi en persones d'alt risc. |
| ■ | Implementació de la prova ràpida del VIH a l'atenció primària en àrees prioritàries. |
| ■ | Impulsar la salut comunitària a través del treball en xarxa entre la salut pública i el sistema assistencial i la ciutadania. |

91

Bona pràctica

Prevenició de suïcidis

El seguiment telefònic dels pacients atesos a les urgències després d'una conducta suïcida redueix la taxa de reintents i allarga el temps entre nous episodis, cosa que es pot acabar traduint en un descens de la mortalitat per suïcidi. Aquesta és la conclusió principal a la qual ha arribat un equip de professionals de salut mental del Parc Taulí. Els resultats de l'estudi han estat tan positius que al Centre de Salut Mental Parc Taulí un infermer gestor de casos ja l'aplica en la pràctica clínica real sobre tots els pacients –adults i joves– atesos en el servei d'Urgències després d'una conducta suïcida. En el cas dels adults, el programa implica la prioritització d'una visita psiquiàtrica durant la setmana posterior a l'alta, i un seguiment telefònic regular durant 12 mesos per assegurar la continuïtat assistencial. En el cas dels menors en tots els casos també es fa una avaluació completa del infant després de 24-48 hores de la conducta suïcida a l'Hospital de Dia d'Adolescents, que facilita l'aplicació d'un pla terapèutic intensiu individual i familiar.

L'estudi va partir del fet que una de les poblacions amb més risc reconegut de suïcidi, i que resulta fàcilment accessible als programes preventius d'intervenció, està constituïda pels pacients supervivents a conductes suïcides no mortals i que són atesos en els serveis hospitalaris d'urgències.

El suïcidi és la segona causa de mortalitat en adults joves a Espanya. La depressió, que afecta prop d'un 10% de la població, és considerada un dels factors de risc més importants. Diversos estudis han demostrat reduccions de la mortalitat per suïcidi associades a la implantació de mesures dirigides a proporcionar atenció psiquiàtrica a les persones que presenten factors de risc per a la conducta suïcida, que complementen així altres intervencions preventives com el control de l'accés als mitjans suïcides, i els programes de millora de la comunicació pública en relació al suïcidi, entre altres mesures de salut pública."

4.9 Polítiques socials i salut

Els grans canvis econòmics i socials de caire estructural que es posen de manifest en els darrers anys i l'extensió de riscos nous de vulnerabilitat i exclusió en la nostra societat, que la crisi financera i econòmica ha estès i ha posat en evidència amb més cruesa, reclamen una política d'inclusió social que pugui donar resposta a les noves problemàtiques socials de caràcter divers. Aquesta política d'inclusió social ha de ser sensible a les transformacions socials i a l'extensió dels riscos de ruptura associats a processos d'exclusió social a capes més àmplies de la societat i ha de poder donar resposta a noves necessitats que es poden manifestar en qualsevol etapa del cicle vital com a conseqüència de processos d'exclusió social

La protecció social pot tenir una contribució destacada en la salut de la població i en la reducció de les desigualtats en salut. La durada del temps que una persona viu en condicions de pobresa o exclusió redueix les seves possibilitats de sortir d'aquest estat i, progressivament, empitjora la seva situació econòmica i social, i també la salut. Els determinants socials de la salut, inclosos la pobresa, l'aïllament i l'exclusió social, afecten negativament la qualitat de vida i incrementen el risc de patir diverses malalties (malalties cardiovasculars, malalties osteoarticulars, diabetis, malalties respiratòries i trastorns mentals, entre d'altres).¹⁴³

L'estat del benestar està format pel sistema de la seguretat social, el sistema de salut, el sistema d'educació, el sistema de serveis socials, les polítiques per a l'ocupació, les polítiques d'habitatge i altres actuacions públiques. Els serveis socials són el conjunt d'intervencions que tenen com a objectiu garantir les necessitats bàsiques dels ciutadans, i que posen una atenció especial en el manteniment de la seva autonomia personal i promouen el desenvolupament de les capacitats personals en un marc de respecte per la dignitat de les persones.

D'acord amb el que estableix la Llei 12/2007 de serveis socials, l'Administració de la Generalitat, els municipis i els altres ens locals de Catalunya són les administracions competents en matèria de serveis socials.

Correspon al Govern l'aprovació de la Cartera de serveis socials, així com ordenar els serveis socials i establir les directrius, els criteris i les fórmules de coordinació general del sistema.

Tenint en compte les circumstàncies socials i econòmiques actuals les intervencions estratègiques que es proposa el Departament de Benestar Social i Família van enfocades a mantenir els serveis socials en el nivell de qualitat assolit mitjançant la cerca de les solucions més eficients, la millora de l'equitat i l'accessibilitat, i a donar resposta a les necessitats de les persones tot posant l'accent en el manteniment de l'autonomia personal i en la integració social i comunitària.



Línies d'actuació en marxa que s'engloben en el PINSAP

Des del Departament de Benestar Social i Família

- **Adaptació dels diferents serveis inclosos a la cartera de serveis socials a les necessitats i el context actual tot garantint la sostenibilitat del sistema català de serveis socials i la protecció social dels sectors més vulnerables.**

L'actual context socioeconòmic i els canvis produïts en els perfils i les necessitats de les persones usuàries dels serveis ha comportat un treball orientat a garantir la sostenibilitat del sistema català de serveis socials, i això cal fer-ho des d'una perspectiva pluridisciplinària mitjançant l'establiment d'unes bases per tal que la planificació dels serveis i recursos esdevingui també un instrument de gestió de la crisi. S'està treballant en l'àmbit dels serveis socials especialitzats en el sentit de revisar els models de serveis inclosos en la cartera de serveis socials actual.

En aquest context, la col·laboració entre els Departaments de Salut i de Benestar Social i Família constitueix un element estratègic del Govern per garantir l'abordatge integral de problemàtiques determinades que afecten els dos departaments i que no es poden treballar separatament, ja que cal garantir un continuïtat assistencial a partir del treball en xarxa dels diferents serveis.

- **Atenció a les persones en situació de dependència tot promovent-ne l'autonomia personal.**

En la mesura que el context econòmic actual ho permet-hi, s'està fent un important esforç per continuar donant resposta a les necessitats i demandes de les persones amb dependència o amb situacions d'especial necessitat i poder oferir el recurs més adequat a les necessitats de la persona amb grau de dependència reconegut.

S'està treballant en la nova llei catalana de promoció de l'autonomia personal que suposarà una millora de l'atenció centrada en les necessitats i capacitats d'aquestes persones.

- **Consolidació dels processos de capacitació, normalització i participació de les persones amb dificultats especials per a la vida comunitària tot posant l'accent en la prevenció.**

Cal millorar el trànsit entre serveis, quan la persona estigui en disposició de fer un pas cap a una major autonomia, i respectar aquells casos en què calgui passar temporalment a un servei més assistit, si el seu estat ha empitjorat o s'ha descompensat. En tot cas, el que es pretén és defugir el model d'institucionalització, per una manca de dinàmica d'inserció personal i social, i consolidar un model d'atenció més inclusiva. Per aquells casos amb un procés més avançat de rehabilitació personal, cal potenciar els processos d'inserció social mitjançant la creació de programes d'acompanyament a la vida autònoma i la reducció d'aquest acompanyament de forma gradual com a sistema facilitador de la independència de la persona i la seva plena incorporació a la vida comunitària.



■ **Elaboració d'estratègies i actuacions transversals de lluita contra la pobresa i l'exclusió social.**

L'actual situació de crisi ha tingut com a conseqüència un important increment del nombre de persones i famílies que viuen en situació de necessitat a la nostra societat. Durant el període de creixement econòmic no es va poder reduir significativament el nombre de persones i famílies en situació de pobresa, que actualment està augmentant de manera alarmant.

El Departament de Benestar Social i Família està liderant l'elaboració d'un [Pacte per a la lluita contra la pobresa a Catalunya](#). Aquest Pacte, que parteix d'un abordatge de l'exclusió social com a un fenomen dinàmic de caràcter multidimensional i multifactorial, constituirà el marc per al desenvolupament d'actuacions i mecanismes d'intervenció per reduir al màxim el risc de pobresa a Catalunya. Per aconseguir-ho, es dotarà d'un Pla d'Acció que abordarà estratègies multinivell que incideixin en tots els factors de risc des d'una òptica multidimensional, mitjançant el plantejament tant d'accions pal·liatives per millorar les situacions de necessitat existent com preventives que promoguin l'apoderament de les persones en situació de necessitat i les facin partícips dels seus itineraris cap a una inclusió activa. En aquest sentit, inclourà actuacions que s'han d'activar des dels àmbits ocupacional, residencial, comunitari, de la salut, etc.

- [Pla estratègic de polítiques de dones 2012-2015](#). Parteix d'una conceptualització transversal de la perspectiva de gènere i aposta per una planificació estratègica centrada en la metodologia de treball consensuat i compartit que permeti la incorporació transversal de la perspectiva de gènere en l'actuació dels diferents departaments. L'Institut Català de les Dones té el repte de dissenyar estratègies de transversalitat que garanteixin que totes les polítiques incorporin la perspectiva de gènere i de les dones.

Des del Departament de Justícia

- El **Programa Marc d'Organització Curricular (PMOC) als centres penitenciaris de Catalunya**, tant de règim ordinari com obert, pretén facilitar una mateixa oferta d'activitats i programes d'intervenció per a tots els centres tot potenciant l'efecte dels programes d'intervenció; pretén garantir la continuïtat dels plans de treball de la població interna, i els fa més dinàmics, alhora que possibilitant el control del nivell de participació en les activitats marcades. Aquest Programa marc pretén, així mateix, orientar l'elaboració dels programes individuals de tractament (PIT) i garantir la qualitat de les activitats. Els àmbits d'actuació principals són:
 - Formació de persones adultes.
 - Món laboral.
 - Salut i desenvolupament personal.
 - Context jurídic, social i cultural.
 - Atenció especialitzada.
- Intervenció en departaments on conviuen internes amb els seus fills.



- Actuacions de reinserció laboral.
- Intervenció d'entitats externes subvencionades. Aquestes subvencions estan destinades a donar suport a actuacions desenvolupades per entitats sense ànim de lucre, subvencionades mitjançant convocatòria pública, orientades a la reinserció i rehabilitació de les persones privades de llibertat.
- Actuacions en l'àmbit de la justícia juvenil: assessoraments tècnics, programes de mediació, mesures de medi obert, mesures d'internament en centres, tractament especialitzat de les problemàtiques de salut mental i/o addiccions.
- Programes d'atenció sanitària que abasten des de la promoció de la salut (programes d'infància amb salut, d'atenció a la dona, etc.) a la prevenció i control de les malalties (incloses les infeccioses com el VIH/sida, l'hepatitis C, la tuberculosi, etc.; les drogoaddiccions, etc.).

Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial del PINSAP

- | |
|--|
| ■ Millorar la col·laboració entre els serveis socials bàsics i l'atenció primària de salut. |
| ■ Mantenir i potenciar l'eix de treball Salut als plans de desenvolupament comunitari (PDC). |

Bona pràctica

La formació sobre qualitat de vida i atenció centrada en la persona

El Departament de Benestar Social i Família, en la seva funció d'impulsar i dinamitzar noves metodologies aplicades a la formació de professionals en l'àmbit dels serveis socials especialitzats, està treballant en el desenvolupament d'una acció formativa transversal adreçada als diferents sectors (gent gran, discapacitat intel·lectual i física, salut mental, drogodependències i VIH/sida) sobre qualitat de vida i atenció centrada en la persona (ACP).

L'objectiu d'aquesta formació és treballar el concepte d'atenció centrada en la persona i identificar bones pràctiques que es duen a terme actualment sobre aquesta metodologia de treball en els centres diürns i residencials de les entitats prestadores de serveis i també traspasar aquest marc conceptual de l'atenció centrada en la persona a àmbits d'atenció on no està introduït formalment i vincular-lo al model de qualitat de vida.

5. PROGRAMA TRANSVERSAL DE PROMOCIÓ I PROTECCIÓ DE LA SALUT COMUNITÀRIA

5.1. Justificació i propòsits

A causa de la situació actual de crisi econòmica i social, els problemes més importants de salut pública són aquells que menen a l'exclusió social i la pobresa. Particularment, en el cas de les persones que viuen en llars sense cap ingrés econòmic regular. L'atur, i sobretot l'atur de llarga durada és, doncs, un dels determinants principals dels problemes de salut a Catalunya. Aquests problemes són conseqüència de la privació material, però també de la manca d'expectatives, de la percepció d'inutilitat i de la manca d'autoestima i la percepció de pèrdua de la dignitat.

Aquesta situació agreuja els trastorns de l'estat d'ànim, el neguit i sobretot les depressions menors, i també genera desesperança que, en alguns casos, pot menar a respostes autodestructives o altres comportaments poc saludables. També comporta una demanda d'atenció mèdica que sovint es tradueix en un increment de la prescripció i el consum de medicaments bàsicament psicotròpics, ansiolítics i antidepressius, sense que tinguin un efecte positiu en la solució dels problemes que causen aquest malestar.

Tot plegat, doncs, té a veure amb les desigualtats econòmiques i socials que la crisi ha incrementat d'una forma notòria, les quals contribueixen a les desigualtats en la salut de la població de Catalunya, perquè, directament o indirectament, afecten les condicions de vida més determinants de la salut i obstaculitzen l'adopció de comportaments saludables pel que fa a l'alimentació i l'activitat física o al consum de drogues, però també quant a la solidaritat, la pertinença comunitària o la dignitat personal. Per això, i d'acord amb la moció unànime del Ple del Parlament de Catalunya de 13 de març de 2013, el PINSAP aborda explícitament un Programa transversal de promoció i protecció de la salut comunitària com una línia pròpia i paral·lela a les intervencions dedicades específicament als condicionants més rellevants, que ha de permetre, a més, posar a prova les possibilitats de cooperació intersectorials.

Atesa la impossibilitat de procurar treball remunerat a bona part de la població, cal considerar la possibilitat d'oferir almenys una ocupació que permeti que aquestes persones, sempre que ho vulguin, dediquin una part del seu temps a adquirir alguna destresa que els permeti sentir-se acompanyats per la comunitat i ser útils en la mesura del possible. D'aquesta manera, es contribueix a la promoció i a la protecció de la salut comunitària a partir d'una formació pràctica en una sèrie d'activitats de molt diversa naturalesa que tenen com a denominador comú la influència benèfica sobre la salut, la de les persones que s'ocupen en activitats comunitàries i la d'altres persones de la mateixa comunitat.

5.2. Objectius

Els objectius generals del Programa són, doncs, procurar una ocupació a les persones més exposades al risc d'exclusió social a Catalunya. Aquesta ocupació ha de servir per proporcionar-los, a més, una formació potencialment útil en un futur proper i, en el vessant de pràctiques, ha de contribuir a la promoció i a la protecció de la salut comunitària, que els afecta directament, però que també afecta altres persones en risc d'exclusió social i a la comunitat en general. I això s'ha de dur a terme mitjançant l'aprenentatge i la pràctica d'activitats específiques de promoció i protecció de la salut en el seu sentit més ampli, adreçades als determinants col·lectius de la salut esmentats al primer apartat d'aquest document.

Altrament, fins i tot algunes de les persones en risc elevat d'exclusió social i també d'altres que no estiguin en situacions tan precàries però que hagin perdut la feina o part de la seva autoestima, poden protegir, i fins i tot millorar, la seva salut ocupant el temps lliure col·laborant amb entitats acreditades, com a voluntaris, sense rebre a canvi res més que el que els reconeixerà en el futur la llei del voluntariat.

5.3. Població diana a la qual s'adreça

Les poblacions en risc d'exclusió social, tant pel que fa a la pobresa com a la marginació, són les prioritàries, entre les quals les més vulnerables, particularment els aturats de llarga durada, els joves que no tenen treball i també els infants sobretot si pertanyen a famílies sense ingressos econòmics. Tanmateix, la iniciativa està oberta a totes les persones que ho vulguin, i especialment a les persones grans i les minories ètniques i culturals.

Una part de la població diana serà convidada a participar activament i a col·laborar en el desenvolupament de les activitats, de manera que la mateixa participació esdevindrà l'activitat del PINSAP. Això es podrà fer de dues formes: una modalitat com a programa de formació pràctica d'agents de salut comunitària (amb el reconeixement dels departaments d'Ensenyament i d'Empresa i Ocupació) i una altra modalitat com a voluntariat.

Uns altres beneficiaris de les activitats són les persones que, malgrat que no hi participin activament, com ara els infants o les persones amb discapacitats, veuran millorades les seves condicions de vida en beneficiar-se de les activitats de promoció i de protecció de la salut que com a part del Programa duguin a terme els agents de promoció i protecció de la salut comunitària en formació.

5.4. Modalitats de participació

La participació activa en el Programa es podrà fer de dues maneres diferents.

La primera és la modalitat de formació pràctica com a agents de salut comunitària. Es convocarà els candidats activament des dels serveis socials, d'ocupació, de salut o d'altres

administracions en contacte amb les persones en risc d'exclusió social o que pateixin els efectes de la crisi sobre la seva salut i també mitjançant altres convocatòries públiques. Aquests candidats hauran d'aprendre i practicar les activitats de promoció i de protecció de la salut comunitària que els dispositius territorials d'acollida (*vegeu l'apartat 5*) duguin a terme. En compensació rebran un reconeixement formal de la seva contribució dels departaments d'Ensenyament i d'Empresa i Ocupació, per tal que tinguin un valor d'ús a l'hora de trobar feina remunerada.

La segona és la modalitat de voluntariat. Els candidats, derivats des de les convocatòries actives o públiques a les entitats acreditades que col·laborin amb el Programa, participaran en les activitats de promoció i de protecció de la salut comunitària que aquestes entitats duguin a terme, amb el reconeixement informal que preveu la regulació del voluntariat a Catalunya. Això no obstant, el prestigi que comporta la dedicació a activitats de voluntariat, l'experiència i els coneixements i les habilitats desenvolupats són un actiu que cal que el mercat de treball, en general, i els agents econòmics i socials del país tinguin en compte.

a. Continguts. Naturalesa i abast de les intervencions

Les activitats consisteixen bàsicament en intervencions de promoció i de protecció de la salut en els diversos àmbits de la societat que hi tenen influència. Segons la disponibilitat de cadascun dels sectors i dels òrgans de l'Administració implicats, els continguts de les activitats es referiran a les competències específiques de cada sector, per exemple, les activitats de promoció de la salut comunitària pel que fa a l'alimentació i l'activitat física saludable han d'incloure les recomanacions sobre alimentació i activitat física (salut), sobre educació per a la salut (ensenyament, salut, esport), sobre accessibilitat als aliments i seguretat alimentària (agricultura, comerç, salut) o sobre l'impacte al medi (proximitat, medi ambient).

La idea és que cadascun dels dispositius territorials que hi participin aculli les persones que voluntàriament decideixin incorporar-s'hi (seleccionades d'acord amb uns criteris establerts) i col·labori en el disseny i desenvolupament de projectes de salut comunitària relacionats amb els diversos àmbits d'intervenció, segons el tipus de condicions de vida sobre els quals sigui factible actuar.

Naturalment, els dispositius locals per al desplegament del Programa han de ser capaços d'organitzar i coordinar les activitats. Les persones beneficiàries i protagonistes d'aquestes activitats aprendran a fer d'agents de salut comunitària. En el cas de la primera modalitat de participació activa amb un reconeixement formatiu i professional explícit i en el cas de la segona modalitat d'acord amb les activitats efectivament dutes a terme.

A tall d'il·lustració i en l'àmbit dels serveis socials i sanitaris:

- En relació amb les persones grans, malaltes o amb altres necessitats,
 - acompanyament a visites mèdiques i tràmits administratius;
 - ajuda per a la compra d'aliments o altres compres; suport per al seguiment d'una alimentació saludable;
 - acompanyament per sortir al carrer per fer activitat física; altres;
 - visites a casa per conversar, llegir, jocs de taula (suport emocional i estimulació cognitiva);
 - comprovació per telèfon, intèrfon o personalment que la persona no té cap necessitat especial i, si es detecta, actuació en conseqüència (model similar al projecte "Radar").



- Activitats en centres de salut, cívics i comunitaris: dinamització, xerrades, tallers (de cuina, etc.)...
- Acompanyament i suport social i afectiu de malalts als hospitals, etc.

De manera semblant, des d'altres departaments del Govern, i des d'altres òrgans de l'Administració local, es poden seleccionar activitats destinades a modificar determinants de la salut: participació en activitats educatives, supervisió i millora de les condicions higièniques, de seguretat i d'habitabilitat a la llar, promoció de la mobilitat saludable i segura, accés a l'habitatge, l'ocupació i la cultura, etc.

b. Dispositius habilitats per organitzar, acollir i desenvolupar les activitats

Els llocs des d'on organitzar i dur a terme les activitats poden abastar una gran varietat. En principi, poden ser els locals dels serveis sanitaris (centres d'atenció primària, consultoris locals, alguns serveis hospitalaris); les delegacions locals d'altres departaments del Govern; els serveis socials municipals i altres serveis municipals; espais, centres cívics o poliesportius, etc.; algunes organitzacions no governamentals (ONG) acreditades (Càritas; Creu Roja; etc.), entitats cíviques, associacions ciutadanes, etc.

Els dispositius de les administracions públiques haurien de ser seleccionats directament des de la Comissió Interdepartamental o des de l'òrgan competent per al desenvolupament efectiu del PINSAP. Cal garantir que es tracti de dispositius que voluntàriament decideixen col·laborar i també que les institucions responsables, en cas dels departaments del Govern i dels òrgans implicats de les administracions locals –municipis, consells comarcals, diputacions o empreses associades a aquestes administracions– es comprometen a facilitar-los aquesta participació de debò.

Per exemple, entre els 369 equips d'atenció primària de Catalunya, 73 pertanyen a la xarxa AUPA ("Actuant units per a la salut") i probablement tinguin més disponibilitat per implicar-s'hi sempre que la dedicació a les activitats comunitàries els suposi un esforç assumible. La possibilitat de contribuir al desenvolupament efectiu del projecte Essencial és una oportunitat per millorar complementàriament els beneficis i l'eficiència.

Altrament, els serveis d'atenció social primària poden ser una altra font de dispositius territorials des dels quals acollir, formar i ensenyar a la pràctica els candidats a agents de salut comunitària perquè duguin a terme activitats de promoció i protecció de la salut de l'àmbit dels serveis socials.

Altres possibles dispositius territorials poden ser els locals i les instal·lacions municipals que permeten dur a terme activitats de protecció i promoció de la salut comunitària: les instal·lacions esportives i culturals; la higiene urbana; la rehabilitació urbana; la seguretat viària per a escolars o la supervisió de senyals de trànsit; activitats per utilitzar millor els serveis públics; condicionaments domèstics; horts urbans; etc.

Cal tenir en compte, però, l'existència dels plans de desenvolupament comunitari (PDC) que a Catalunya n'hi ha un centenar de vigents. Molts d'aquests plans compten amb taules de salut on hi ha, a més de les entitats cíviques i les associacions ciutadanes, les institucions rellevants, entre les quals els centres d'atenció primària. Això ja passa a alguns barris com, per exemple,

el barri de Roquetes de Barcelona en què ja hi ha hagut experiències molt profitoses de promoció de la salut comunitària.

La societat civil pot contribuir també a proporcionar dispositius territorials mitjançant les institucions del tercer sector, les ONG, les entitats cíviques i les associacions ciutadanes. Aquesta col·laboració requereix un acord entre el Govern, les administracions públiques i les entitats de la societat civil, en què es replantegi si calen les relacions actuals i es miri de neutralitzar els efectes negatius de la crisi sobre les ajudes de l'Administració.

100

Cal preveure els avantatges per a la resta de possibles dispositius que s'hagin de seleccionar i proposar incentius específics que majoritàriament no seran econòmics.

Quant a la resta, convindria una convocatòria pública i formalitzar un contracte o un conveni de col·laboració.

5.7. Criteris i requisits per a la selecció dels dispositius territorials candidats

Els criteris generals han de ser objecte d'un acord ampli entre els diversos departaments, les administracions locals i la societat civil. Els requisits i procediments per seleccionar els centres i dispositius s'han d'establir conjuntament a partir d'uns criteris generals que garanteixin al màxim l'acompliment dels propòsits i dels objectius del Programa transversal i que impedeixen dins del possible utilitzacions inadequades.

Altrament, s'ha de procedir a una convocatòria explícita entre els possibles candidats tant els que depenen directament dels diversos departaments del Govern, com els que depenen de les administracions locals, dels proveïdors de serveis, si s'escau, i de les entitats i associacions emparades pels respectius departaments del Govern, ja sigui Governació, Benestar Social i Família, Cultura o Justícia.

5.8. Criteris i requisits per a la selecció dels participants individuals

Els criteris generals han de ser objecte d'un acord ampli entre els diversos departaments, les administracions locals i la societat civil. Els requisits i procediments per seleccionar els candidats –ja sigui com a agents de promoció i de protecció de la salut (primera modalitat) o com a voluntaris (segona modalitat)– s'han d'establir conjuntament amb les institucions responsables dels dispositius territorials d'acollida. Han de tenir prioritat les persones en atur de llarga durada o que siguin d'algun dels col·lectius en risc d'exclusió social. Sense que s'excloquin altres persones que desitgin participar-hi, particularment si es tracta de persones grans o de minories ètniques i culturals.

En qualsevol cas, convindria formalitzar la col·laboració entre el participant i la institució d'acollida de manera que figuressin les obligacions i els compromisos mutus.

Convindria explorar també altres possibilitats de participació com els bancs d'hores i, en general, qualsevol procediment que promogui la interrelació de les persones.

5.9. Dificultats i limitacions

Convé elaborar una estimació dels costos de la implementació que, en la mesura del possible, s'hauran de repercutir en els pressupostos de les diverses administracions implicades i en el cas de les institucions no governamentals a càrrec de les subvencions actuals o, si és possible, d'augment de les subvencions per a aquesta finalitat. Tal vegada sigui possible accedir a finançament a càrrec de projectes europeus d'innovació social; alhora que, potser convindria buscar patrocinadors financers.

Cal tenir present una oposició eventual si algú considera que els agents de salut comunitària en formació dificulten l'accés al treball remunerat d'altres persones si fan feines que haurien de ser retribuïdes amb un salari. L'argument és que aquestes feines no existeixen ara per ara i que tal vegada sigui un al·licient perquè es creïn en el futur. En qualsevol cas es tractarà d'una activitat reconeguda, que contribuirà a mantenir la dignitat i l'autoestima de les persones en atur i el seu sentiment de pertinença a una comunitat que no és aliena a les seves dificultats.

Per tal d'evitar que les activitats de voluntariat puguin fer la competència a la creació de llocs de treball, convindrà establir els criteris per a l'acceptació de les activitats que calgui desenvolupar, i també les condicions de realització, des dels dispositius d'acollida i des de les entitats de voluntariat que hi col·laborin.

Per exemple, les activitats haurien de ser, a més de relacionades amb la protecció i promoció de la salut, unes tasques per a les quals avui no hi ha mercat de treball i que previsiblement no es podrien cobrir laboralment perquè les empreses no hi tenen interès de negoci o perquè l'Administració pública no les pot finançar en aquest moment.

Pel que fa a les condicions i circumstàncies de realització, caldrà que siguin col·laboracions no indefinides; activitats que s'organitzen de forma puntual o per necessitats de persones també puntuals o de curta durada.

En el cas que es tracti d'activitats de voluntariat vehiculades a través de les ONG, per qüestions d'empament legal i responsabilitat civil, convindrà oferir una sèrie de programes d'actuació a les ONG relacionats amb accions de protecció i promoció i valorar la col·laboració per a la salut de la comunitat i reconèixer que aquesta ocupació és font de salut personal o protectora.

Els reconeixements a la col·laboració amb una marca relacionada amb l'esforç a favor de la salut i el de formació o ensinistrament poden ser els més pertinents.

Quan es tracti d'activitats que a la llarga estaria bé que s'incorporessin al mercat de treball, per exemple, monitors per a accions comunitàries, també es poden promoure accions d'emprenedoria com ara la creació d'equips de persones sense feina que comencen col·laborant gratuïtament però que reben formació d'experts del sistema de salut i social (els quals tindrien coberta la demanda de treball que ara no poden cobrir) i fan pràctiques que els



poden servir per assumir l'expertesa que poden necessitar si aquestes activitats s'acaben incorporant al mercat de serveis.

5.10. Elements per al desenvolupament operatiu

102

A. Necessitat d'establir acords explícits entre els diversos departaments afectats del Govern per:

- 1) Definir el paper de les entitats de voluntariat i ONG en el Programa.
- 2) Conèixer la disponibilitat dels dispositius territorials pertinents en l'àmbit de cadascun dels departaments implicats.
- 3) Coordinar les activitats rellevants per a la salut de la població que cadascun dels departaments duu a terme (Pla d'infància; pobresa; ocupació, etc.).
- 4) Garantir la viabilitat i continuïtat del Programa.

B. Necessitat d'establir acords explícits amb les administracions locals.

C. Necessitat d'establir acords explícits amb les entitats del tercer sector.

D. Habilitació d'un grup de treball operatiu intersectorial per al disseny operatiu del programa:

- 1) Selecció de les àrees geogràfiques d'intervenció. Cal tenir en compte l'existència dels plans de desenvolupament comunitari que poden esdevenir un primer focus de posada en marxa del Programa. La disponibilitat dels centres sanitaris i socials és un altre element estratègic per facilitar-ne el desenvolupament inicial.
- 2) Disseny de les fórmules i dels procediments per a la captació dels dispositius territorials (equips d'atenció primària EAP/CAP (xarxa AUPA i altres); equips bàsics d'atenció social primària (EBASP) municipals; altres dispositius de l'Administració autonòmica o local; entitats del tercer sector (ONG com ara Càritas o Creu Roja); entitats cíviques; associacions ciutadanes, altres.
- 3) Disseny de les fórmules i dels procediments per a la convocatòria i la selecció de les persones candidates a la intervenció.
- 4) Definir els incentius per als dispositius perifèrics (reconeixement de la col·laboració; facilitats reals per al desenvolupament de les activitats –en el cas de l'EAP, inclusió d'objectius comunitaris al contracte programa, condicionats a l'aplicació efectiva de les recomanacions del projecte Essencial–, i d'altres).

E. Elaboració d'un mapa de determinants col·lectius i socials de la salut que permeti una aproximació operativa a les necessitats socials associades a la salut de la població per tal d'adaptar millor les activitats de promoció i de protecció de la salut del Programa transversal i també per proporcionar una línia de base general al PINSAP. Inicialment, aprofitament de les aproximacions que des d'alguns departaments del Govern com ara Benestar Social i Família i Empresa i Ocupació, per exemple, s'estan duent a terme sobre les àrees de més gran necessitat social.



F. Disseny de les activitats per als programes de formació dels agents de salut comunitària en els diversos àmbits d'actuació:

- 1) Protecció de la salut: condicionament tèrmic i aïllament dels habitatges; vigilància dels senyals de trànsit; seguretat viària a l'entrada i sortida d'escoles; plans d'actuació davant catàstrofes (Protecció Civil); higiene urbana; seguretat d'instal·lacions esportives i de lleure, etc.
- 2) Promoció de la salut: acompanyament a grups d'activitat física; foment i pràctica de l'alimentació saludable; utilització eficient i responsable dels serveis públics (sanitaris; socials; docents; etc.); rehabilitació urbanística; mobilitat saludable; memòria històrica (gent gran a punt de jubilar-se que comparteixi amb els alumnes les seves experiències); horts urbans; bancs d'hores; promoció de l'associacionisme en general, etc.

Cal no oblidar, també, les propostes d'acció PINSAP 2014-2015 seleccionades a cadascun dels apartats dels determinants i condicionants de la salut (*vegeu l'apartat 4*) que en alguns casos poden esdevenir activitats del Programa de formació pràctica.

Pla interdepartamental de salut pública | PINSAP |

Proposta d'àrees d'actuació 2014-2015 a l'horitzó 2020

CIS 31.01.2014

Eix 1. Incrementar els anys en bona salut de la població de Catalunya (promoure una Catalunya més saludable)

Àmbit	Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial	Departaments implicats*	Repte PINSAP	Grup diana ²	Relació amb altres
1. Mobilitat	1.1. Promoure la mobilitat activa (caminar –voreres, camins escolars–; bicicleta –carrils bici, serveis de bicicleta comunitàries, vies verdes–, etc.) tant en l'activitat quotidiana com en l'oci. Integrar els conceptes de salut i seguretat en el disseny i els plans de mobilitat.	TES/INT/SLT/PRE	país	G GG	6,8,9,10
2. Alimentació	2.1. Ampliar la disponibilitat d'aliments saludables i potenciar l'opció de la fruita en els àpats dels establiments de restauració.	AAM/SLT	país/pes	G	4
	2.2. Impulsar la qualitat sanitària com a criteri de prestigi dels aliments produïts a Catalunya i destinats al mercat internacional.	AAM/SLT/ECO/EMO	país	G O	4
	2.3. Potenciar la prevenció dels trastorns de la nutrició infantil protocol·litant l'actuació coordinada de Serveis Socials, d'Ensenyament i de Salut.	BSF/ENS/SLT	país/pes	I	8,9
	2.4. Ampliar l'accés a una alimentació saludable i mediterrània en menjadors laborals, mitjançant el projecte AMED, prioritzant els del sistema sanitari (SISCAT).	SLT/EMO	país/pes	O	2, 8
3. Entorn	3.1. Millorar i vigilar la qualitat de l'aire i la reducció de les emissions derivades del transport de persones i mercaderies i de les activitats industrials i de generació energètica.	TES/SLT	país	G I /E	1,4
4. Ocupació	4.1. Millorar la salut de la població ocupada mitjançant la creació d'una marca d'empresa promotora de la salut i la seva consideració en els contractes del sector públic.	EMO/SLT/ECO/PRE	país	O	1,2,3, 5,7
	4.2. Prevenir i millorar els problemes de salut mitjançant una actuació coordinada intensiva dels serveis d'ocupació, salut i de serveis socials, en zones d'especial concentració d'atur.	EMO/SLT/BSF	salut mental	A	8,10
5. Urbanisme i habitatge	5.1. Incorporar la visió salut en la valoració d'ajuts a l'habitatge en situacions d'emergència econòmica, social i altres casos amb necessitats especials.	TES/BSF/SLT/ECO	país/ salut mental	A GG/I	8,9,10

² Grup diana: I infància J joventut **GG** gent gran **D** dones **E** embarassades **A** aturats **O** ocupats **G** població general

* PRE: Departament de Presidència; GRI: Departament de Governació i Relacions Institucionals; ECO: Departament d'Economia i Coneixement; ENS: Departament d'Ensenyament; SLT: Departament de Salut; INT: Departament d'Interior; TES: Departament de Territori i Sostenibilitat; CLT: Departament de Cultura; AAM: Departament d'Agricultura, Ramaderia, Pesca, Alimentació i Medi Natural; EMO: Departament d'Empresa i Ocupació; BSF: Departament de Benestar Social i Família; JUS: Departament de Justícia.

Àmbit	Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial	Departaments implicats*	Repte PINSAP	Grup diana ²	Relació amb altres
	5.2. Millorar les condicions promotores de salut en projectes de rehabilitació d'edificis i de nova construcció (escales com a opció prioritària, ascensors, aïllament i aclimatament tèrmic i sonor). Actuació prioritària en edificis públics.	TES/SLT/ GRI	país	G GG	1, 3, 8
6. Educació	6.1. Obrir els patis i equipaments escolars a la comunitat (potenciació dels plans educatius d'entorn).	ENS/BSF/PRE/SLT	país/pes	I/J/G	1, 2, 3, 5, 7, 9, 10
7. Cultura, lleure, activitat física	7.1. Utilitzar les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) en la prevenció de les infeccions de transmissió sexual en joves.	SLT/BSF/ ENS	infeccions	J	8
	7.2. Prevenir i reduir els riscos (consum d'alcohol i altres drogues, addiccions no tòxiques) i promoure la salut en la joventut a través de xarxes socials i programes comunitaris. Ús correcte i segur de les TIC i les xarxes socials entre les persones joves.	SLT/BSF/ ENS/CLT	addiccions	J	8
	7.3. FITjove. Impulsar l'esport per a la promoció de la salut en adolescents de risc.	PRE/SLT/ENS	addiccions	J	8
	7.4. Vigilar i controlar noves formes de consum, especialment de productes relacionats amb el tabac: cigarretes electròniques.	SLT/INT/ JUS	addiccions	G J	8
	7.5. Impulsar la participació en activitats culturals. Posada en marxa de programes com ara "Lletres i salut". Foment de la lectura i reflexió en centres sanitaris, comunitaris i culturals sobre temes que tenen a veure amb l'autocura, la promoció de la salut, l'afrontament de la malaltia, la mort, etc.	CLT/SLT/ ECO/ENS	salut mental	G	1, 8, 9, 10
	7.6. "Salut: tu pots decidir". Campanya informativa i d'educació per a la salut per facilitar que els ciutadans puguin fer una decisió informada favorable a la seva salut.	SLT/CLT/ EMO/PRE	global	G	global
	7.7. Programa de prescripció d'activitats socials i culturals en persones en situació de vulnerabilitat.	SLT/BSF/ CLT	salut mental	G GG	8, 9, 10
8. Sistema sanitari	8.1. Prevenció de conductes suïcides amb l'activació del Codi risc de suïcidi en persones d'alt risc.	SLT/BSF/ EMO/JUS	salut mental	A	4, 9, 10
	8.2. Implementació de la prova ràpida del VIH a l'atenció primària en àrees prioritàries.	SLT/BSF	infeccions	J	9
	8.3. Impulsar la salut comunitària a través del treball en xarxa entre la salut pública i el sistema assistencial i la ciutadania.	SLT/BSF/ ENS/	global	G GG	1, 2, 4, 5, 7, 9, 10
9. Polítiques socials	9.1. Millorar la col·laboració entre els serveis socials bàsics i l'atenció primària de salut.	BSF/SLT	salut mental	G GG	1, 2, 4, 5, 7, 8, 10
	9.2. Mantenir i potenciar l'eix de treball Salut als plans de desenvolupament comunitari (PDC).	BSF/SLT/ ENS	global	G	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10



Àmbit	Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial	Departaments implicats*	Repte PINSAP	Grup diana ²	Relació amb altres
10. Transversal	10.1. Contribuir a preservar la salut mental mitjançant el foment de la protecció i promoció de la salut comunitària en persones en situació de vulnerabilitat.	BSF/SLT/ ENS/EMO/JUS	salut mental	A	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10

Eix 2 (global). Incorporar la visió de salut en el disseny i l'avaluació de les polítiques públiques

Àmbit	Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial	Departaments implicats*	Repte PINSAP	Grup Diana ³	Relació amb altres
1. Incorporació de la salut en la presa de decisions	1.1. Incorporar la perspectiva de salut i d'equitat en el disseny de les polítiques públiques: avaluació de l'impacte en salut de les principals actuacions i acords de Govern.	Tot el Govern	global	I/J/G	1-10
2. Dades i recerca	2.1. Optimitzar l'ús de dades disponibles en els diferents departaments de la Generalitat i les institucions relacionades per poder estudiar adequadament l'impacte en salut de les polítiques i actuacions i potenciar la transparència i visibilitat de les dades.	ECO/Tot el Govern	global	G	1-10
	2.2. Vigilar els efectes sobre la salut de la crisi econòmica a través de l'Observatori de Salut i Crisi amb especial enfocament sobre les desigualtats i proposar-hi intervencions.	SLT/ECO/BSF	global	A/D/GG/J	1-10
	2.3. Impulsar la recerca sobre salut en totes les polítiques i l'avaluació de l'impacte en salut de les polítiques i actuacions.	ECO/SLT	global	G	1-10
3. Compromís intersectorial i interadministracions	3.1. Fomentar la col·laboració entre administracions, especialment amb l'Administració local, i els diferents sectors.	Tot el Govern	global	G	1-10
4. Compromís amb la comunitat	4.1. Potenciar la participació de la comunitat.	Tot el Govern	global	G	1-10

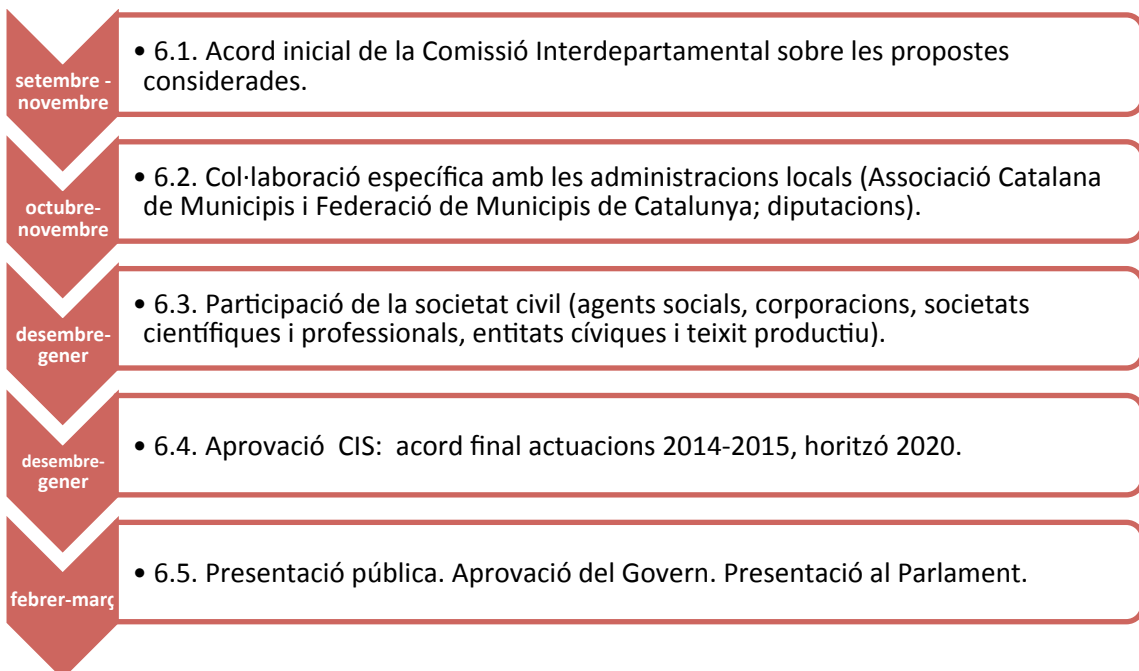
³ Grup diana: I infància J joventut GG gent gran D dones E embarassades A aturats O ocupats G població general

* PRE: Departament de Presidència; GRI: Departament de Governació i Relacions Institucionals; ECO: Departament d'Economia i Coneixement; ENS: Departament d'Ensenyament; SLT: Departament de Salut; INT: Departament d'Interior; TES: Departament de Territori i Sostenibilitat; CLT: Departament de Cultura; AAM: Departament d'Agricultura, Ramaderia, Pesca, Alimentació i Medi Natural; EMO: Departament d'Empresa i Ocupació; BSF: Departament de Benestar Social i Família; JUS: Departament de Justícia.

6. AGENDA

- 6.1. Acord inicial de la Comissió Interdepartamental sobre les propostes considerades.
- 6.2. Col·laboració específica amb les administracions locals (Associació Catalana de Municipis i Federació de Municipis de Catalunya; diputacions, sobretot la Diputació de Barcelona i Dipsalut de la Diputació de Girona).
- 6.3. Participació de la societat civil (agents socials, corporacions, societats científiques i professionals, entitats cíviques i teixit productiu)
- 6.4. Adopció del Govern i presentació al Parlament.

109



Annex 1

ENTITATS CONSULTADES

Associació Catalana de Municipis
Federació de Municipis de Catalunya
Consorti de Salut i Social de Catalunya
Institut Català de la Salut
Unió Catalana d'Hospitals (UCH)
Comissions Obreres (CCOO)
Unió General de Treballadors (UGT)
Petita i Mitjana Empresa de Catalunya (PIMEC)
Foment del Treball
Col·legi de Biòlegs de Catalunya
Il·lustre Col·legi d'Advocats de Barcelona
Il·lustre Col·legi d'Advocats de Girona
Il·lustre Col·legi d'Advocats de Tarragona
Col·legi d'Arquitectes de Catalunya
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Girona
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Lleida
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Tarragona
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
Col·legi de Llicenciats en Educació Física i Ciències de l'Activitat Física i de l'Esport de Catalunya
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Col·legi Oficial de Metges de Girona
Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Col·legi Oficial de Metges de Tarragona
Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya
Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
Col·legi Oficial de Veterinaris de Barcelona
Col·legi Oficial de Veterinaris de Girona
Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona
Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya
Col·legi Professional de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya
Col·legi Oficial de Veterinaris de Lleida
Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya
Consell de Col·legis de Veterinaris de Catalunya
Consell Nacional de la Joventut de Catalunya
Consell Superior d'Investigacions Científiques (CSIC)
Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL)
Sociedad Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària (SESPAS)
Societat Catalana pel Control i Tractament del Tabaquisme (SCATT)
Societat Catalana de Dret Sanitari
Societat Catalana de Medicina de l'Esport
Societat Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil
Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball
Societat Catalana de Pediatria
Societat Catalana de Pediatria i Salut Mental
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)

Societat Catalanoblear de Psicologia
Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears
Sociedad Espanyola d'Epidemiologia
Sociedad Espanyola de Sanitat Ambiental
Institut d'Estudis Catalans
Institut d'Investigacions Biomèdiques de Barcelona
Confederació Cristiana d'Associacions de Mares i Pares d'Alumnes Catalunya (CCAPAC)
Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat: Salut, Consum i Alimentació (CUS)
Federació d'Associació de Mares i Pares d'Alumnes amb Discapacitat Intel·lectual (DINACT-FAMPADI)
Federació d'Associació de Mares i Pares d'Alumnes de Catalunya (FAPAC)
Federació d'Associació de Pares i Mares d'Alumnes d'Ensenyament Secundari de Catalunya (FAPAES)
Federació d'Associació de Mares i Pares d'Alumnes d'Escoles Lliures de Catalunya (FAPEL)
Federació Catalana de Voluntariat Social
Fundació Institut Guttmann
Prevenició d'Accidents de Trànsit (PAT)
STOP Accidents
Taula d'Entitats del Tercer Sector Social a Catalunya
Fundació La Caixa
Consell Assessor de Salut Pública
Comitè de Direcció del Departament de Salut

ENTITATS ASSISTENTS

Associació Catalana de Municipis	(aportacions)
Federació de Municipis de Catalunya	(aportacions)
Consorci de Salut i Social de Catalunya	(aportacions)
Institut Català de la Salut	
Unió Catalana d'Hospitals	
Comissions Obreres (CCOO)	
Unió General de Treballadors (CCOO)	
Petita i Mitjana Empresa de Catalunya (PIMEC)	
Foment del Treball	
Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya	
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona	(aportacions)
Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya	
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya	(aportacions)
Col·legi d'Arquitectes de Catalunya	
Col·legi Professional de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya	(aportacions)
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Girona	
Col·legi Oficial de Veterinaris de Lleida	
Consell de Col·legis de Veterinaris de Catalunya	(aportacions)
Consell Superior d'Investigacions Científiques (CSIC)	(aportacions)
Institut d'Investigacions Biomèdiques de Barcelona	
Societat Catalana de Pediatria	
Societat Catalanoblear de Psicologia	
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)	
Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental	(aportacions)
Societat Catalana de Salut Laboral	

Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears	
Societat Espanyola de Farmàcia Comunitària, delegació de Catalunya	(aportacions)
Societat Espanyola d'Epidemiologia	(aportacions)
Societat Espanyola de Sanitat Ambiental	
Societat Catalana pel Control i Tractament del Tabaquisme (SCATT)	(aportacions)
Societat Catalana de Medicina de l'Esport	
Juristes de la Salut	(aportacions)
Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària (SESPAS)	(aportacions)
Federació d'Associacions de Mares i Pares d'Alumnes de Catalunya (FAPAC)	(aportacions)
Federació d'Associacions de Pares i Mares d'Alumnes d'Escoles Lliures de Catalunya (FAPEL)	(aportacions)
Prevenició d'Accidents de Trànsit (PAT)	
Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat: Salut, Consum i Alimentació (CUS)	(aportacions)
Federació Catalana de Voluntariat Social	(aportacions)
Taula d'Entitats del Tercer Sector Social a Catalunya	(aportacions)
STOP Accidents	
Fundació Institut Guttman	
Fundació La Caixa	

7. REFERENCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- 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.
<http://www.sgc.ca.gov/hiap/publications.html>
- ² World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011. Disponible a 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 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 a 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 a 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. Document disponible a 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 a www.euro.who.int/document/e81384.pdf
- ¹¹ Egerter, Braveman, Sadegh-Nobari, Grossman-Kahn, Dekker. Education and Health. Robert Wood Johnson Foundation: 2009.
Document disponible a <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 a 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: Arts 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 a http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- ¹⁶ World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion 1986.
Disponible a <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 a 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. Brasília 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, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2013
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 approach 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 accessible at: <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 a 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 nº88 <http://tinyurl.com/7kxxset>

²⁶ Departament de Salut. Informe de Salut 2012.

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.

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 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, 21:267-275.

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 a <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 a: 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. <http://www.creis.es/>

⁴² A 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. accessible a: <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. Accessible a: <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. Accesible a: 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 a 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), <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 <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 a 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 a <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/panafosa/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 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. 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*. <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. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/
- ⁶⁸ Kaplan i Kaplan, 1989, Ulrich i d'altres, 1991, Harting i d'altres, 2003, De Vries i d'altres, 2003, Maas i d'altres, 2006.
- ⁶⁹ Louv, 2008, Corraliza, 2012, Pretty, 2011.
- ⁷⁰ Noise. Data and statistics.WHO. <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. <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 i JRC European Commission 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 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/104515/E93535.pdf
- ⁷⁴ Declaració de Parma: 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 i 2011-2012 http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%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 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 http://depts.washington.edu/hhwb/Thm_Place.html
- ⁸¹ Alcock I., White MP, Wheeler BW, Fleming L E, 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 a 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: ii37–ii41
- ⁸⁴ Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JCT, Cumming RG. Environmental Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older People. A 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: a cross country analysis identifying key risk factors. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(10):784-9
- ⁸⁸ (2 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 a 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.
Document disponible a <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 a 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 a 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: arts 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
<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 [citat 16 gener 2014]. 66 p. Recuperat de:
<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*. novembre 2009;64B(Suppl 1):i38-i46
- ¹¹⁶ Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. juliol 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 [citad 16 gener 2014]; Recuperat de:
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. Recuperat de:
http://www.cceiscat.cat/documents/SIVES_2012.pdf
- ¹²⁵ CEEISCAT. Informe de vigilància epidemiològica del VIH/SIDA. Actualització a 30 de juny de 2013 [Internet]. CEEISCAT; 2013 juny p. 30. Recuperat de:
http://www.cceiscat.cat/documents/Informe_semesral_VIH.pdf
- ¹²⁶ Agència d. Butlletí de Vigilància en Salut Pública número 3 [Internet]. VigilànciaASPCAT. 2013 [citad 16 gener 2014]. Recuperat de:
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.199d0d95d7df2c0213724f10b0c0e1a0/?vgnextoid=a8a797f05ec3f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=a8a797f05ec3f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=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. Recuperat de:
http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=b0d56557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=b0d56557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=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 [citad 16 gener 2014]. Recuperat de:
<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, et al, 1997 Pollard, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D. y Arthur, M.W.(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 (Manuscript no publicat)."

¹³¹ Responding to drug use and related problems in recreational settings. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA); 2012 jul. Recuperat de: <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. EU Drugs Strategy (2013-2020). 2012. Recuperat de:

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

119

¹³⁴

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=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 a: <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>

Accessed 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. 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. www.healthylamericans.org July 2008

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