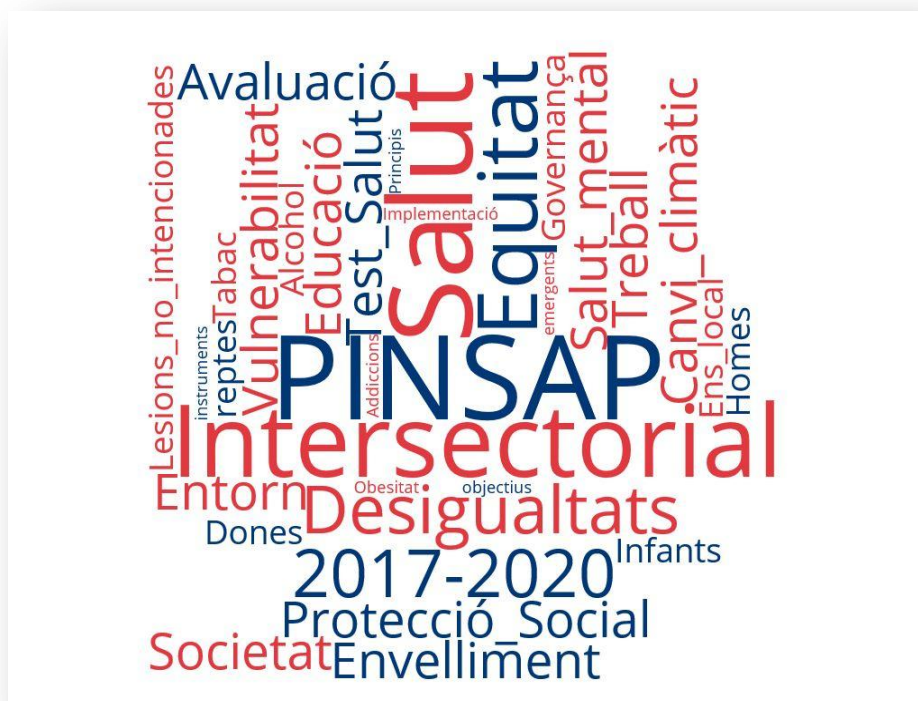

Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública

PINSAP 2017-2020

Comissió Interdepartamental de Salut



| PINSAP |

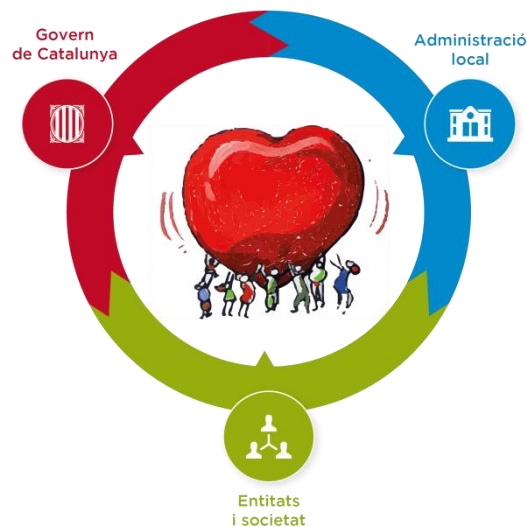
Pla interdepartamental
i intersectorial
de salut pública



**Generalitat
de Catalunya**

Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública PINSAP 2017-2020

Document de bases



Barcelona, 24 de maig de 2017

“‘La salut en totes les polítiques’ és un enfocament intersectorial de les polítiques públiques que té en compte sistemàticament les repercussions sanitàries de les decisions, busca sinergies, i evita els impactes perjudicials en la salut amb la finalitat de millorar la salut de la població i l'equitat en salut; millora la rendició de comptes dels responsables de polítiques sobre l'impacte en la salut de tots els nivells de la formulació de polítiques, i inclou l'èmfasi en les conseqüències de les polítiques públiques sobre els sistemes sanitaris, els determinants de la salut i el benestar.”

OMS, 2013

‘La salut en totes les polítiques’ (STP) és una estratègia política innovadora que respon al paper crític que té la salut en les economies i en la vida social de les societats del segle XXI. Introdueix la millora de la salut (la millora en els resultats en salut de la població) i la superació de la bretxa en salut com un objectiu compartit comú per al conjunt del Govern, i tracta les dificultats en salut complexes a través d'una resposta política integrada que va més enllà dels límits de les carteres ministerials.”

Ilona Kickbusch

“Hem de recordar que la salut és resultat de totes les polítiques.”

Ban Ki-moon, secretari general de les Nacions Unides

"No hem de concentrar-nos en els dèficits sinó en els actius, les habilitats i les capacitats. Hem de construir capital social perquè les persones puguin oferir-se amistat i suport mutu.”

Sir Henry Burns

Comissió Interdepartamental de Salut

President: Joan Guix i Oliver (secretari de Salut Pública. Departament de Salut)

Secretaria: Carmen Cabezas Peña (Departament de Salut)

Vocals

Nom	Departament
Dolors Rusinés	Departament de la Presidència
Albert Castellanos	Departament de la Vicepresidència i d'Economia i Hisenda
Jordi Foz	Departament d'Afers i Relacions Institucionals i Exteriors i Transparència
Montserrat Mundi	Departament de Governació, Administracions Públiques i Habitatge
Jordi Miró	Departament d'Ensenyament
M. Eugènia Domenech	Departament d'Interior
Mercè Rius	Departament de Territori i Sostenibilitat
Josep Solà	Departament de Cultura
Pilar Heras	Departament de Justícia
Joan Ramon Ruiz	Departament de Treball, Afers Socials i Famílies
Montserrat Ribera	Departament d'Empresa i Coneixement
Teresa Masjuan	Departament d'Agricultura, Ramaderia, Pesca i Alimentació
Pilar Magrinyà	Departament de Salut
Neus Rams	Departament de Salut
David Elvira	Servei Català de la Salut
Xavier Llebaria	Departament de Salut
Iria Caamiña	Departament de Salut

Grup de Treball de la Secretaria Salut Pública

Joan Guix, Cristina Pérez, Mercè Bieta, Xavier Llebaria, Conrad Casas, Josep Maria Pons, Esteve Saltó, Carmen Cabezas.

Assessors tècnics / Redactors i revisors de capítols

Departamentals: Albert Giménez, Josep M. Suelves, Conxa Castell, Roger Robert, Helena Izquierdo, Laura Oliveras, Joan Colom, Cristina Molina, Esther Jordà, Maria Estrada, Irene Corbella, Sonia Garcia, Esther Bigas, Immaculada Cervós, Mireia Jané, Mar Maresma, Jordina Capella, Rosa Mansilla, Angelina González, Gemma Salvador, Gemma Miranda, Núria de Lara Eulàlia Masachs, Anna García-Altés, Andreu Segura amb el suport d'Isabel Mena.

Interdepartamentals i intersectorials: Ensenyament (Generosa Gordó, Jaume Vinyals), Territori i Sostenibilitat (Xavier Mateu), Presidència (Dolors Rusinés, Elvira Balcells, Oriol Marsé), Cultura (Francesc Vilaró, Laura Borràs), Treball, Afers Socials i Famílies (Lluís Grande, Roser Galí, Elena Boira), Agricultura, Ramaderia, Pesca i Alimentació (Francesc-Xavier Vilà, Joan Godia, Montserrat Domenech), Justícia (Paula Montero), Fòrum Salut Mental (Enric Arquès), Consorci Sanitari i Social de Catalunya (Palmira Borràs)

Índex

1. Presentació	9
2. Resum executiu	13
3. Antecedents: la salut en totes les polítiques i el PINSAP 2014-2016	16
4. PINSAP 2014-2016: conclusions.....	23
Evolució dels indicadors del PINSAP	43
5. Anàlisi de la situació i reptes	47
Els determinants socials de la salut	47
Estat de salut	47
L'estil de vida i les activitats preventives	49
Utilització de serveis sanitaris	49
Actuacions del sistema de salut.....	50
6. Posicionament estratègic: el paper dels diferents agents.....	51
El Govern de Catalunya	54
L'Administració local.....	55
La Societat	56
7. Principis inspiradors	57
8. PINSAP 2017-2020: marc conceptual, objectius i eixos d'actuació	61
Marc conceptual	61
Objectius i eixos del PINSAP 2017-2020	65
9. Àrees temàtiques d'acció prioritària	66
Entorn (inclòs el canvi climàtic)	69
Seguretat viària i prevenció de lesions traumàtiques	80
Vulnerabilitat i exclusió social	84
Envelliment actiu i saludable	89
Salut mental i benestar emocional	97
Obesitat (inclosa la promoció de l'alimentació saludable i la lluita contra el sedentarisme)	108
Problemes de salut emergents	116
Els problemes relacionats amb el consum d'alcohol i altres drogues	125
Tabac	137
L'eix global d'intervenció	141

10. Els instruments: el test salut i l'avaluació d'impacte en la salut i el mapa de recursos i actius.....	143
El test salut i l'avaluació d'impacte en la salut	143
El distintiu "Aquí sí"	145
El mapa d'actius	145
11. Governança del PINSAP 2017-2020	147
La salut comunitària	150
12. Implementació, avaluació i retorn en salut del PINSAP 2017-2020	154
Reconeixement i valoració de les iniciatives actuals	154
La nova proposta d'avaluació	154
13. Propers passos	156
14. Annexos	157
Actuacions 2014 -2015 en l'horitzó 2020	159
Referències	166

1. Presentació

El Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública (PINSAP) suposa la implementació a Catalunya de l'estratègia de "Salut en totes les polítiques". És un mandat legal, ja que està inclòs en la Llei de salut pública de Catalunya, que va ser aprovada per unanimitat el 2009.

Pretén que tots els sectors del Govern, de les administracions públiques catalanes i de la societat capitalitzin directament les seves influències sobre la salut i el benestar de la població de Catalunya, per tal de contribuir conjuntament a l'elaboració de polítiques públiques saludables, que actuïn primordialment sobre els determinants socials de la salut, que actuïn segons el gradient de necessitats i particularment adreçades als grups més vulnerables de la societat. Es basa en un enfocament salutogènic, que cerca la generació de la salut a partir dels recursos i actius de la pròpia societat a través de la cooperació intersectorial.

La [primera edició del PINSAP](#) va ser aprovada pel Govern el febrer de 2014 i va ser presentada públicament pel president del Govern, conjuntament amb la directora regional de l'Organització Mundial de la Salut per a Europa, la doctora Zsuzsanna Jakab, i el conseller de Salut al Palau de la Generalitat.

El [balanç del primer any del Pla](#) va identificar 566 actuacions dels diferents departaments de la Generalitat amb possible impacte en salut; posteriorment, se n'han identificat més i el balanç total és de 1.226 experiències. Es van desplegar diverses actuacions específiques entre les quals es destaca l'elaboració del test de cribatge de l'impacte en salut de polítiques i estratègies (test salut), els projectes COMSalut, la prescripció social, FITjove, etc., l'adaptació i posada en pràctica del mapa d'actius de salut, la col·laboració amb l'AQuAS en el marc de l'Observatori de Salut i Crisi i de les desigualtats en salut. En el procés de desplegament del Pla s'ha obert una pàgina web i s'han elaborat diverses infografies i vídeos explicant el concepte de salut en totes les polítiques i les actuacions del PINSAP.

Es va celebrar un acte de balanç del PINSAP amb la presència de la doctora Maria Neira, directora del Departament de Salut i Medi Ambient de l'Organització Mundial de la Salut-Ginebra. També es va poder compartir l'enfocament del Pla amb la doctora Ilona Kickbusch, antiga responsable de Promoció de la Salut de l'OMS i una de les màximes expertes en l'àmbit mundial de salut en totes les polítiques. La valoració d'ambdues va ser molt positiva.

En aquest temps s'han produït diferents avenços en el context que configuren canvis substantius de la situació. Per un costat, la salut pública i els plans interdepartamentals han adquirit un pes molt més gran en el Pla de salut. En efecte, en l'edició 2016-2020 del Pla, hi ha un capítol específic amb 5 projectes per als temes de salut pública i un altre amb 7 projectes per a les polítiques interdepartamentals i intersectorials, una de les quals és el PINSAP. El principal instrument de polítiques de salut del Govern de Catalunya reconeix així d'una manera molt més clara la importància d'aquestes estratègies.

En aquest sentit, el Pla de salut, en el marc del Pla de Govern, també inclou diverses estratègies nacionals i plans que suposen importants oportunitats de sinergia per al

PINSAP. Entre els més destacats hi ha, d'una banda, el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) i el Pla integral de salut mental i, de l'altra, l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC). La voluntat és fer aliances i treball col·laboratiu entre plans i estratègies, i aportar des del PINSAP la visió d'actuació sobre els determinants socials de la salut i la vessant més preventiva i de promoció de la salut.

A més, en el marc de l'[Observatori del Sistema de Salut](#) de l'AQuAS en relació amb el PINSAP, s'ha fet un gran esforç per disposar d'indicadors de determinants de salut (incloent el nivell socioeconòmic) i resultats en salut (incloent l'esperança de vida) per àrees petites, les corresponents a una àrea bàsica de salut, que són aproximadament 25.000 habitants. Això és essencial per poder actuar en les desigualtats de salut territorials i per a tots els projectes de salut comunitària.

Una vegada finalitzat el període de vigència del primer PINSAP, aquest document suposa el document de bases de la nova edició del Pla. Hi ha diversos canvis rellevants en la proposta actual.

El primer és la incorporació del terme "intersectorial" al nom del Pla. De fet, el PINSAP s'anomena *Pla interdepartamental de salut pública* seguint la formulació de la Llei de salut pública, però des de l'inici vol reconèixer els esforços no solament dels departaments del Govern, sinó també de l'Administració local i de tots els sectors de la societat. En aquest sentit, hi ha diversos grups de treball que intenten col·laborar amb els diferents agents implicats i fer activitats conjuntes. També es participa en els liderats des dels altres entorns.

El segon és que el model conceptual utilitzat ha evolucionat: continua partint dels determinants socials de Dahlgren i Whitehead adaptat per la Comissió Interdepartamental de Salut (CIS) per a l'anterior PINSAP, però atorga més importància als determinants estructurals de les desigualtats proposats per la Comissió per Reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya i incorpora la perspectiva d'etapa vital, tal com també proposa l'OMS el 2014. Un canvi afegit és que l'activitat física es considera com un àmbit a part.

El tercer gran canvi és la major importància que se li dona a la governança territorial del Pla. L'experiència viscuda amb el primer PINSAP mostra que es necessita una articulació a diversos nivells territorials: Catalunya, regió, municipi o comarca, i territori petit (l'equiparable a un àrea bàsica de salut o aproximadament 25.000 habitants). La constitució a cadascun d'aquests nivells de comissions o grups de treball interdepartamentals, interadministracions i intersectorials fa que el desplegament del Pla sigui molt més coherent i integral i que el compromís de tots els actors estigui ben integrat.

Un dels reptes principals del nou Pla és la incorporació efectiva de l'avaluació de l'impacte en salut de les intervencions. En aquest moment ja es disposa d'un test de cribatge (el test salut, que s'ha esmentat abans), però ara es tracta d'aplicar-lo de forma sistemàtica en totes les polítiques, estratègies i plans principals i de fer l'avaluació de l'impacte d'aquelles que ho requereixin. Es busca, d'una banda, que esdevingui un instrument útil per retre comptes i per introduir, si cal, les esmenes pertinents i, de l'altra, que accentui la contribució dels diversos sectors de les

administracions i de la societat a la salut i al benestar que procuren les polítiques públiques, per la qual cosa hi ha un propòsit preliminar de detectar i reconèixer aquelles iniciatives del Govern més rellevants per a la salut. Un primer Acord de Govern ja recull aquest compromís.

Un element fonamental d'avenç de les estratègies de salut en totes les polítiques en l'àmbit internacional és l'evolució cap a l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible, adoptada formalment per l'Assemblea General de Nacions Unides a finals de 2015. Així, diverses reunions de grups de treball de l'OMS, com la de Regions for Health Network, en què participa Catalunya, o la [Declaració d'Adelaida 2017](#), s'han dedicat a reflexionar sobre com l'experiència en salut en totes les polítiques pot ajudar a l'Agenda 2030. Aquesta conté 17 objectius de desenvolupament sostenible (ODS) indissolubles i aplicables a tot el món i 169 fites a assolir de cara a l'any 2030. Aquestes fites s'associen a àmbits com l'eradicació de la pobresa i la desigualtat, la seguretat alimentària, la salut, el consum i la producció sostenibles, el creixement, l'ocupació, les infraestructures, la gestió sostenible dels recursos naturals, els oceans, el canvi climàtic, i la igualtat de gènere, la pau, la inclusió social, l'accés a la justícia, les institucions responsables, i una mobilitat segura, sostenible i saludable. Totes són àrees susceptibles d'actuació des d'un punt de vista de determinants de salut i, malgrat que un dels objectius es dedica específicament a salut, s'hi poden trobar relacions amb la resta. A Catalunya, el compromís del seu desplegament s'incorpora al Pla de Govern i s'està elaborant el Pla nacional d'objectius de desenvolupament sostenible, per assegurar la implementació de l'Agenda 2030 a Catalunya, coordinat des del [Consell Assessor per al Desenvolupament Sostenible de Catalunya](#). El PINSAP recull els objectius de desenvolupament sostenible d'aquest Pla i hi vol col·laborar de manera decidida.

El document que es presenta inclou una primera part d'antecedents i justificació 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 conceptual que es proposa. Partint de la situació actual i els reptes, es plantegen les bases per al treball intersectorial sobre els determinants de salut per al nou període 2017-2020. En aquest sentit, a part de continuar les actuacions prioritzades a l'horitzó 2020 en el PINSAP anterior, es desenvolupen una sèrie de capítols monogràfics que suposen una actuació focalitzada sobre àrees o problemes prioritaris. Aquests han estat triats perquè han estat identificats per l'OMS com a reptes per al segle XXI, estan relacionats amb els principals factors de risc per mortalitat prematura o discapacitat per l'estudi de la càrrega global de malaltia per al nostre entorn, són problemes complexos (*wicked*), i disposen d'actuacions d'efectivitat provada. En el procés d'elaboració del Pla, s'han identificat noves àrees susceptibles d'actuació prioritària, com podria ser la primera infància i la salut sexual i reproductiva. Com que el Pla es planteja com un producte dinàmic i viu, que s'adapti a les necessitats i l'evolució de la realitat, aquestes àrees i altres hi seran incorporades en els propers mesos.

Per tant, es proposa focalitzar les actuacions en problemes i reptes importants per a la salut pública, però sense perdre de vista que el que es busca és actuar sobre les causes i millorar-ne els determinants, actuant també de forma diferenciada segons el gradient social. S'expliciten també les especificitats de les diferents etapes vitals i es tenen en compte de manera explícita els eixos de desigualtat, en especial el gènere. Es busca així una millor col·laboració intersectorial per arribar a la construcció de

projectes comuns des d'un inici. A partir de les propostes del document de bases es planteja l'operativització en grups de treball intersectorials tant en l'àmbit central com territorial. En tot cas, el fet de treballar sobre reptes vinculats de vegades a problemes de salut no suposa abandonar un model basat en la generació de salut per a passar a un model centrat en els dèficits. Al contrari, es busca la potenciació al màxim de l'enfocament salutogènic i el treball a partir dels recursos i actius de les persones i les comunitats per generar salut i reduir desigualtats. En aquest sentit, és essencial que el mapa d'actius adoptat (i compartit amb el PIAISS) sigui una eina viva i útil per als professionals, les entitats i la societat.

Desenvolupar el Pla requereix formació específica tant dels professionals del Departament de Salut, com de la resta dels departaments, de l'Administració local i de la resta d'entitats i institucions implicades. S'ha començat ja a fer formació sobre la utilització del test salut i de l'avaluació d'impacte en salut i s'ha difós a bastament el concepte de salut en totes les polítiques en presentacions públiques i materials, però cal estendre-la i completar-la. Per això, es planteja incloure-la en l'oferta de l'Escola d'Administració Pública de Catalunya (EAPC), en l'oferta formativa lligada a societats científiques i en la formació de grau i de postgrau dels diferents estudis universitaris.

L'últim, però no menys important, repte identificat és l'avaluació del Pla tant en els elements de procés —fins a quin punt el pla s'ha implementat com ha estat previst?, fins a quin punt ha contribuït a un treball interdepartamental i intersectorial real?— i de resultats —com ha contribuït a la millora de la salut i la reducció de les desigualtats? Com ha impulsat la resiliència i l'activació dels recursos de persones i comunitats? Ha promogut l'alfabetització de les persones i el seu apoderament?— com de la inversió de recursos necessària per a portar-los a terme.

El Pla planteja una estratègia avaluativa mixta quantitativa i qualitativa que manté el conjunt sintètic d'indicadors triats en el primer PINSAP, i hi l'afegeix un conjunt d'indicadors de procés i estructura. Proposa també la incorporació específica d'uns nous indicadors per a cada àrea i inclou una valoració qualitativa a través d'entrevistes individuals o en grup amb informadors clau o altres tècniques similars.

A partir de l'aprovació d'aquest document de bases, i atès el caràcter de producte dinàmic i obert del Pla, s'obrirà un procés participatiu molt ampli i es recolliran les aportacions al PINSAP. Al mateix temps, una sèrie de grups de treball coordinats des de la Comissió Interdepartamental de Salut elaboraran propostes per a l'operativització del Pla. Aquestes seran recollides en un document operatiu o pla d'acció, que està previst que es pugui aprovar a finals d'aquest any 2017. Simultàniament, al territori, comissions tècniques i grups de treball de salut comunitària van desplegant projectes concrets emmarcats en el Pla.

En resum, el nou PINSAP creix a partir de l'experiència de l'anterior per desplegar territorialment l'estratègia "Salut en totes les polítiques" i adaptar-la a l'Agenda 2030, focalitzant més en les actuacions sobre els determinants socials dels principals problemes i reptes per a la salut del segle XXI a Catalunya i en les desigualtats, a través de l'impuls del treball intersectorial, interadministracions i interdepartamental.

2. Resum executiu

La comprensió de la importància que tenen per a la salut de les persones les accions externes al sistema sanitari està cada dia més estesa. S'estima que més del 80% dels determinants de la salut es troben fora del sistema sanitari i que hi ha importants desigualtats de salut dintre d'una mateixa població. Les polítiques generals dels governs, a través de la millora de les condicions de vida, de treball, d'habitatge o d'educació, i del conjunt ampli de forces i sistemes que les configuren determinen el nivell de salut de la comunitat. Malgrat que és molt important tenir un bon sistema sanitari universal centrat en la persona, el paper de les polítiques interdepartamentals, intersectorials i de la salut pública és nuclear per assolir l'objectiu d'incrementar l'esperança de vida en bona salut, i millorar l'equitat i el desenvolupament sostenible.

Per a l'OMS, la salut en totes les polítiques (STP) és l'estratègia que busca millorar la salut de la població i promoure l'equitat a través de la valoració sistemàtica de les implicacions per a la salut i el sistema sanitari de totes les polítiques, la cerca de sinergies i la voluntat d'evitar els impactes negatius sobre la salut. Es relaciona amb els drets i deures relacionats amb la salut i té un gran potencial per millorar la salut de la població i l'equitat. És un procés progressiu que necessita d'una adaptació i canvi cultural i que pot ser difícil d'aplicar, com la mateixa OMS reconeix. En el marc de l'Agenda 2030 i de la Declaració de Shangai, la salut s'entén com un element clau per al desenvolupament sostenible dels pobles, que requereix acció conjunta i coherència política, donar un paper clau als governs locals i a la participació de la ciutadania.

La Llei 18/2009 de salut pública de Catalunya, aprovada per unanimitat per tots els partits polítics, va establir que el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), coordinat amb el Pla de salut, és l'eina bàsica per desenvolupar les accions de salut pública a Catalunya i determina que les seves propostes són vinculants per al Govern.

El PINSAP s'inclou en el Pla de Govern i en el Pla de salut. Articula l'estratègia "Salut en totes les polítiques" a Catalunya, en consonància amb les propostes de l'OMS, que l'ha reconegut públicament, i amb les experiències dels països internacionals més avançats en aquest tipus d'estratègies. Implica actuacions de tot el Govern i de tota la societat. Proposa l'avaluació de l'impacte en salut de les principals estratègies i polítiques del Govern. És l'únic pla específic de l'Estat de salut en totes les polítiques.

L'ha elaborat la Comissió Interdepartamental de Salut, formada per membres de tots els departaments del Govern, i el Govern l'ha aprovat i presentat al Parlament. Cerca la implicació amb l'Administració local i la societat en general a través del treball col·laboratiu amb els seus representants.

El 2014 el Govern va aprovar el primer Pla interdepartamental de salut pública de Catalunya (PINSAP), que va incloure un conjunt específic de 30 actuacions en l'horitzó 2020 —a part de la potenciació de les actuacions pròpies de cada departament i cada administració— en 2 eixos adreçats a millorar l'esperança de vida en bona salut de la població de Catalunya i a incorporar la visió de salut en totes les polítiques. Es centrava en les condicions de vida de la població i en configurava les actuacions en els àmbits principals.

A la pàgina web del [PINSAP](#) es poden trobar tant el primer PINSAP com tots els informes, infografies i vídeos explicatius relacionats.

Durant el temps d'aplicació del Pla, s'han recollit més de 1.266 actuacions que tenen a veure amb la salut en totes les polítiques, portades a terme des de diferents departaments del Govern, de l'Administració local i d'altres sectors de la societat. Cal destacar-ne l'impuls a la salut comunitària amb el projecte COMSalut i els projectes de la prescripció social, i la inclusió d'un mapa de recursos i actius per a la salut, el desenvolupament del test salut de cribatge de l'impacte en salut de totes les polítiques, o la col·laboració amb l'Observatori de Salut i Crisi de l'AQuAS.

El nou PINSAP 2017-2020 potencia la visió de la Salut com a dret humà fonamental i la lluita contra les desigualtats de salut relacionades amb els determinants socials. Emfasitza la incorporació en totes les polítiques del Govern de la valoració del seu impacte en salut. Proposa que aquesta valoració s'apliqui també a les polítiques de l'Administració local. Ressalta la relació de la salut amb el desenvolupament sostenible en el marc de l'Agenda 2030.

Inclou la continuació del desplegament de les actuacions iniciades al PINSAP anterior, però busca més col·laboració interdepartamental, interadministracions i amb la societat a través de la focalització en 8 noves àrees d'actuació prioritàries que requereixen un abordatge intersectorial, interadministracions i global de la societat per ser abordades de manera efectiva. Aquestes àrees han estat triades perquè corresponen a un dels reptes identificats per l'OMS per al segle XXI, perquè es relacionen amb un dels factors principals de mortalitat prematura o discapacitat per a l'entorn de Catalunya en el marc de l'estudi de la càrrega global de malaltia, perquè han estat identificades com a problemes complexos (wicked) i perquè disposen d'algun tipus d'actuació comunitària o global de salut pública efectiva. Podran incorporar-se noves àrees d'actuació a partir de les propostes de tots els actors que intervenen en el Pla.

El segon gran canvi en la nova edició del PINSAP és la potenciació de la governança a diferents nivells. Així, mentre que en el global de Catalunya la Comissió Interdepartamental de Salut continua actuant en representació del Govern per a liderar el PINSAP, s'han creat consells territorials consultius de coordinació i salut pública en l'àmbit de les regions sanitàries, que incorporen els delegats de tots els departaments del Govern i una àmplia representació dels governs locals i de la societat civil. Hi ha també prevista una articulació del Pla en l'àmbit local. Per acabar, en l'àmbit territorial proper, el PINSAP es desenvolupa a través dels projectes de salut comunitària com ara el COMSalut i similars en què l'atenció primària de salut desplega la seva orientació comunitària i treballa conjuntament amb els ajuntaments i les entitats de la zona.

Així doncs, aspectes distintius del nou PINSAP són:

- El desplegament territorial a partir de comissions regionals encapçalades pels delegats de Govern, amb participació dels delegats de tots els departaments, les entitats locals, el tercer sector, les universitats, les corporacions professionals i altres representants de la societat.
- Més incorporació de l'Administració local i dels representats de la societat.
- L'aplicació progressiva del [test de cribratge de l'impacte en salut \(test salut\)](#)
- L'enfocament salutogènic a través de la identificació dels recursos i actius comunitaris que ajuden a crear salut a través del mapa d'actius del [projecte "Aquí sí. Actius i salut"](#).
- L'actuació focalitzada en els determinants socials i les desigualtats en salut dels grans problemes de salut pública.
- Un impuls real a la salut comunitària, a través del [projecte COMSalut](#) de salut comunitària.
- La sinergia amb els altres plans interdepartamentals existents amb possible impacte en salut com el PIAISS, el Pla integral de salut mental i l'ENAPISC.
- La incorporació dels objectius de desenvolupament sostenible.

Aquest és un document de bases per al desplegament del PINSAP 2017-2020. Està previst que, a partir del desplegament, grups de treball específics intersectorials per a cada àrea prioritària operativitzin un conjunt d'actuacions concretes que cal desplegar en els propers tres anys. També està previst que s'obri un procés participatiu ampli en què la societat i les entitats puguin fer-hi aportacions.

El PINSAP és un producte dinàmic i obert, que cerca adaptar-se a les innovacions i al canvi progressiu de la societat a la qual serveix, per així aconseguir de manera col·laborativa el màxim nivell de salut i equitat, i, alhora, de desenvolupament sostenible de la societat.

3. Antecedents: la salut en totes les polítiques i el PINSAP 2014-2016

Tal com està recollit a la Declaració universal dels drets humans, gaudir del més alt nivell possible de salut és un dels drets fonamentals de tots els éssers humans, sense distinció de raça, color, sexe, idioma, religió, opinions polítiques o altres, origen nacional o social, posició econòmica, naixement o qualsevol altra característica.

La salut és també un actiu per al progrés d'una societat, ja que una societat més sana permet viure amb la màxima plenitud individual i social, i també millora la capacitat productiva tant en el present com en el futur. En aquest sentit, el treball i la despesa en salut i en els seus determinants ha de considerar-se com una inversió.

La relació de la salut amb la política ha estat ressaltada per autors tan referents com Ilona Kickbusch¹ i Clare Bamba, entre altres, que assenyalen com:

- La salut es distribueix desigualment.
- Molts determinants de la salut depenen de l'acció política.
- La salut és una dimensió crítica dels drets humans i ciutadans.

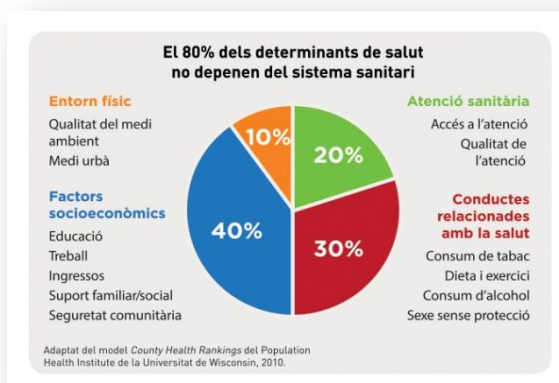
Per tant, per generar salut STP es requereix d'un treball col·laboratiu entre el govern (tant l'autonòmic com local) i la ciutadania, tant a nivell individual com col·lectivament.

Així, la Salut en Totes les Polítiques s'entén com un abordatge col·laboratiu per millorar la salut de tothom incorporant la salut, l'equitat i la sostenibilitat en la presa de decisions de tots els sectors i les àrees polítiques.²

Catalunya té una de les esperances de vida més altes del món, però, com molts altres països industrialitzats, s'enfronta a reptes importants de salut associats principalment a l'alta prevalença de problemes de salut crònics, l'envelliment de la població, la situació socioeconòmica i les desigualtats socials en salut, la globalització, el canvi climàtic i la urbanització creixent, els costos sanitaris cada vegada més elevats i la voluntat progressiva de la població de tenir una veu cada vegada més activa en els temes relacionats amb la seva salut.

En aquest marc, la finalitat de les actuacions emmarcades en el Pla de Govern i el Pla de Salut és millorar la salut de la població i l'increment dels anys de vida viscuts amb bona salut i qualitat³ i per assolir-ho, el Pla de Salut 2011-2015 va establir el Pla interdepartamental de salut pública com un dels seus projectes estratègics.

La salut de la població és conseqüència en bona mesura dels determinants socials de la salut. Malgrat que hi ha diferents càlculs, s'estima que més del 80% dels determinants de la salut es troben fora del sistema sanitari. Els esforços per millorar la salut d'una població són més efectius quan s'adrecen tant als individus (ajudant a millorar-ne els coneixements i les habilitats i les capacitats per prendre decisions saludables) com a les comunitats i als entorns (fent que l'opció saludable sigui la més fàcil i preferida). Les autoritats de salut pública per si mateixes no poden canviar aquests factors i, per aconseguir-ho, cal la implicació de tots els departaments i organismes del Govern —tant autonòmic com local— i també de tota la societat.



La Llei 18/2009 de salut pública⁴ de Catalunya estableix que el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), coordinat amb el Pla de salut, és l'eina bàsica per desenvolupar les accions de salut pública a Catalunya, de manera que les seves propostes són vinculants per al Govern.

El PINSAP pretén que tots els sectors del Govern, de les administracions públiques catalanes i de la societat capitalitzin directament les seves influències sobre la salut i el benestar associat a la salut, per tal de contribuir conjuntament a elaborar polítiques públiques saludables i a desenvolupar iniciatives de promoció i de protecció de la salut, particularment les adreçades als grups més vulnerables de la societat.

El PINSAP vol generar 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.

Tot i que l'elaboració del PINSAP pertoca als departaments del Govern, sota el lideratge del Departament de Salut, en el 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 és un instrument per impulsar l'acció global de Govern (incloses l'Administració autonòmica i la local) amb la complicitat de la societat civil i el sector econòmic, per a la protecció i promoció de la salut de les seves poblacions. El Departament de Salut és responsable de liderar i coordinar l'acció dels diferents departaments del Govern i altres administracions i agents socials.

Segueix les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per impulsar la salut des de totes les polítiques i, per tant, des de tots els àmbits de l'acció del Govern i la societat. El propòsit del PINSAP és, per un costat, millorar la salut actuant sobre els seus principals determinants, tant estructurals com d'estils de vida, i, per l'altre, reduir les desigualtats de salut, promovent l'equitat amb accions proporcionals a les necessitats de les persones, incloent la incorporació d'una perspectiva de gènere.

La reducció de les desigualtats en salut entre els grups socioeconòmics és una prioritat per a les autoritats sanitàries de molts països en les darreres dècades i s'han observat millores més grans que les previsible, malgrat les variables entre països. Segons l'estudi de Mackenbach *et al.*⁵ sobre les tendències de molts països europeus, des de principis dels anys noranta, les desigualtats absolutes en la mortalitat han disminuït entre els homes en molts d'aquests països; però les desigualtats relatives en mortalitat han augmentat globalment. El progrés en la reducció de les desigualtats absolutes ha estat més gran a Catalunya (Barcelona), Escòcia, Anglaterra i Gal·les i Itàlia (Torí), però no s'ha observat a Finlàndia i Noruega. Aquesta reducció de les desigualtats absolutes s'ha associat a un progrés substancial en la reducció de la mortalitat en els grups socioeconòmics més desfavorits a causa de la cardiopatia isquèmica, dels problemes de salut causats pel tabaquisme, i les causes susceptibles d'intervenció mèdica; però, hi va haver retrocessos importants per a la mortalitat relacionada amb l'alcohol. En les desigualtats en la mortalitat a Europa els canvis han estat més encoratjadors del que comunament es pensa, encara que el progrés ha variat entre els països.

En el moment de l'elaboració del PINSAP, l'Agència de Salut Pública de Barcelona com a part dels projectes Medea i Ineq-cities havia elaborat un document guia del planejament davant les desigualtats en salut en l'àmbit urbà i les mesures efectives per reduir-les que incloïa com annex un conjunt de 36 recomanacions a les autoritats locals per mitigar l'impacte de la crisi actual sobre la salut.⁶ Aquestes recomanacions, que havien estat inspirades en l'informe de l'Observatori de Salut Pública de Liverpool,⁷ suposen una base molt útil per a l'actuació sobre les desigualtats en l'entorn urbà.

El febrer de 2014 es va aprovar el primer PINSAP amb una durada ajustada a la del Pla de salut vigent en aquell moment, que era fins finals de 2015.

Per elaborar-lo, es va constituir una Comissió Interdepartamental de Salut (CIS) per Acord de Govern del 20 de novembre de 2012 en què hi havia representants de tots els departaments del Govern (amb rang mínim de director general), liderada des de Salut Pública del Departament de Salut. A més al Departament de Salut es va formar un grup de treball que va elaborar una proposta d'intervencions específiques que podien començar a desenvolupar-se o potenciar el seu component intersectorial i interdepartamental en el marc del Pla.

Es va fer un procés de consulta amb les entitats d'àmbit local, societats científiques i col·legis professionals, entitats de tercer sector i representants ciutadans, i se n'hi van incorporar aportacions de 42.

Els objectius generals i específics fixats van ser:

- Millorar la salut de la població de Catalunya a partir de l'acció interdepartamental i intersectorial.
- Incorporar efectivament la salut com un dels eixos de la política governamental (la salut en totes les polítiques).
- Implicar tots els departaments del Govern perquè puguin capitalitzar la seva influència positiva sobre la salut.
- Millorar la coordinació i promoure sinergies que comportin un increment de l'efectivitat, l'eficiència i l'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 —política intersectorial— amb l'objectiu de la millora de la salut a través de la millora de les condicions de vida i la disminució de les desigualtats en salut de la població.

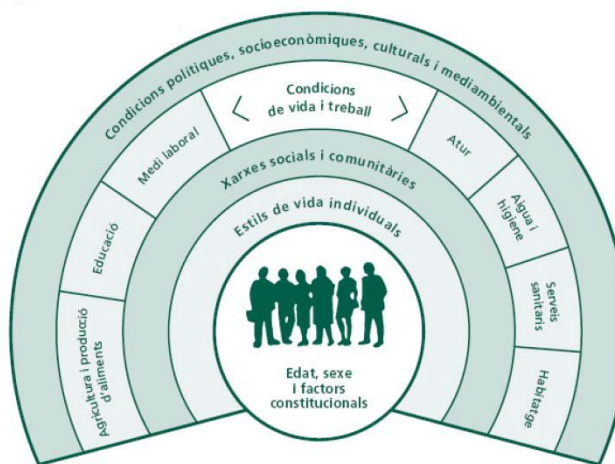
[El Pla va ser presentat el 14 de febrer de 2014](#) al Palau de la Generalitat pel president del Govern de Catalunya i el conseller de Salut. L'acte va comptar amb la presència de la directora regional de l'OMS per a Europa, que va afirmar que “el PINSAP concorda totalment amb les estratègies proposades per l'OMS en relació amb salut a totes les polítiques”. En el transcurs de l'acte es va projectar un vídeo en què cada un dels consellers i conselleres del Govern expressaven breument el compromís del seu departament amb el Pla. Durant l'acte també es va presentar un vídeo d'animació que resumia el plantejament del PINSAP.

L'Acord de Govern 24/2014, de 18 de febrer, va aprovar el Pla interdepartamental de Salut Pública (PINSAP) que des de llavors va començar a aplicar-se.

El PINSAP es va dissenyar seguint les recomanacions de l'OMS per impulsar la salut des de tots els àmbits de l'acció del Govern i la societat, que es recullen a *Health in All Policies (HiAP): Framework for Country Action*.⁸

El disseny de la proposta s'ha elaborat tenint en compte el model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead⁹ que, per la seva simplicitat, permet una visualització fàcil de la influència dels diversos sectors de la societat sobre la salut de la població.

S'hi van incorporar aportacions referides a les desigualtats socials que influencien la salut, els efectes de la crisi en els àmbits locals i els criteris de l'Institut de Salut Urbana de la Universitat Johns Hopkins.¹⁰ Es van tenir en compte en el model experiències internacionals com la de Califòrnia¹¹ o la de The King's Fund.¹²



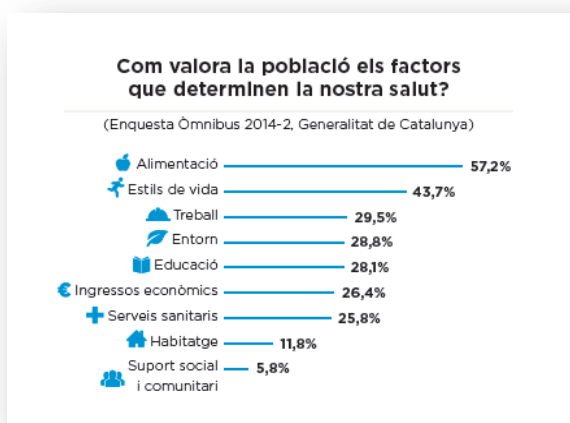
Adaptat per l'ASPB de Dahlgren G., Whitehead M, 1991

Amb aquests fonaments es va elaborar una adaptació del model que, una vegada garantits aspectes fonamentals com el sanejament i l'abastiment de l'aigua potable, universals a Catalunya, desplegava factors com l'urbanisme i habitatge, la cultura, l'activitat física i el lleure, l'entorn, la mobilitat i les polítiques socials que condicionen de forma important la vida en el nostre entorn.



També va incorporar la perspectiva de gènere en el plantejament, per la qual cosa es disposar de l'assessorament de l'Institut Català de les Dones.

D'altra banda, se li va demanar a la població mitjançant l'enquesta Òmnibus 2014-2 del Centre d'Estudis d'Opinió, de juliol de 2014, realitzada a 1.600 persones adultes de Catalunya, quins eren al seu parer els principals determinants de la salut. Els més valorats van ser l'alimentació, els estils de vida, el treball, l'entorn, l'educació, els ingressos econòmics i els serveis sanitaris, per aquest ordre.



Es van plantejar 30 actuacions interdepartamentals i intersectorials concretes per a l'horitzó 2020, agrupades en dos eixos i 14 àmbits:

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

L'elecció de les intervencions proposades va tenir en compte la factibilitat, l'impacte potencial en la protecció i la promoció de la salut; i la intersectorialitat que incorporava la seva selecció com a activitats PINSAP en l'horitzó 2020.

Es van seleccionar entre les diverses actuacions departamentals les que tenen més incidència sobre les condicions de vida i que més poden contribuir a disminuir les desigualtats en salut de caràcter col·lectiu injustes i evitables. Aquestes actuacions van ser 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. Inclouen actuacions en dues dimensions:

El PINSAP ha rebut un premi en la XIII Edició dels Premis a les Millors Idees de l'Any, amb què *Diario Médico* reconeix la tasca de professionals, institucions i empreses que han contribuït a la millora de la medicina i l'atenció sanitària al llarg de 2014.



El setembre de 2015 es va editar l'[Informe núm. 1 "Salut a totes les polítiques"](#) de balanç del PINSAP, que està disponible en català, castellà i anglès i que s'ha fet arribar a l'Oficina Regional de l'OMS per a Europa. També es va dissenyar una nova [infografia i vídeo](#), que intenten explicar de manera clara i atractiva què vol dir "Un dia en la teva salut. Un dia de salut en totes les polítiques".

4. PINSAP 2014-2016: conclusions

El febrer del 2014 es va posar en marxa el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) de la Generalitat de Catalunya, una iniciativa alineada amb l'estratègia de l'**Organització Mundial de la Salut** per a Europa "Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century" i que segueix també les recomanacions de l'OMS per impulsar la salut des de tots els àmbits de l'acció del Govern i la societat, que es recull al document *Health in All Policies (HiAP): Framework for Country Action*.

El 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 implica un procés gradual de foment de la intersectorialitat en el disseny i en la pràctica d'iniciatives sobre els **determinants de la salut**.

Durant el període de vigència del PINSAP 2014-2016 es va fer un esforç de recollida de les activitats amb repercussió en els determinants de salut, realitzades pels diferents departaments de la Generalitat de Catalunya, per tal de remarcar la influència que tenen totes les polítiques en la salut de la població i en la seva distribució equitativa en la societat.

Com a resultat d'aquesta cerca, es van identificar **1.226 activitats** lligades a programes i polítiques amb possible impacte sobre la salut en el període comprès entre l'aprovació del Pla i el primer semestre de 2016: 389 l'any 2014, 450 l'any 2015 i 287 el primer semestre de 2016. Això correspon a les 566 recollides en el primer informe i a les 660 per al període posterior.

En l'àmbit de la **mobilitat**, destaquen les actuacions que s'han dut a terme des del Departament de Territori i Sostenibilitat per millorar les infraestructures viàries, per la seva repercussió en la seguretat viària, o mesures encaminades a la utilització del transport públic i el seu impacte en la mobilitat de les persones, mentre que el Departament d'Interior ha realitzat diferents accions per reduir la sinistralitat per trànsit.

Quant a **alimentació**, cal destacar les actuacions que ha impulsat el Departament d'Agricultura, Ramaderia, Pesca i Alimentació per fomentar la dieta mediterrània i el Pla de consum de fruita a les escoles.

Pel que fa al **medi natural**, el desenvolupament del Pla estratègic de gestió dels espais naturals de Catalunya contribueix a la millor dinamització dels actius dels parcs naturals.

En l'àmbit d'**entorn**, el Departament de Territori i Sostenibilitat lidera les accions perquè la qualitat de l'aire es trobi en els nivells establerts per la normativa de la UE i que Catalunya compleixi el Protocol de Kyoto quant a la reducció d'emissions de gasos amb efecte hivernacle en el transport i té en preparació una llei pionera del canvi climàtic per reduir-les. També es depura gairebé la globalitat de les aigües residuals i es treballa en la millora dels índexs de recollida selectiva.

En l'àmbit d'**ocupació**, a través del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies es fa èmfasi en els programes de polítiques actives d'ocupació per tal de reduir l'atur, incidir en les persones en situació d'atur de llarga durada i en les que estan en risc d'exclusió social i potenciar les polítiques actives d'ocupació adreçades als joves a través del programa "Garantia juvenil".

En relació amb l'àmbit d'**urbanisme i habitatge**, el Govern va aprovar el Pla per al dret a l'habitatge, per al període 2013-2016, que en el vessant de polítiques socials té tres objectius: evitar la pèrdua de l'habitatge, facilitar l'accés a l'habitatge en condicions assequibles i incentivar l'entrada al mercat de lloguer social d'habitatges desocupats.

Pel que fa a **educació** i a través del Departament d'Ensenyament, cal destacar la formació dual en diversos cicles formatius, que permet facilitar el pas entre la formació i la incorporació al món laboral, així com la contribució de la formació professional a reduir la taxa d'atur dels joves.

Sobre **cultura, lleure i activitat física**, el Departament de Cultura enforteix la xarxa de biblioteques de Catalunya i les seves variants itinerants (biblioplatja, bibliopiscina o biblioparc), així com la de museus i altres equipaments culturals; potencia l'associacionisme cultural, i afavoreix l'accés a la cultura de col·lectius en situació de risc d'exclusió social i discriminació a través del programa socioeducatiu "Apropa cultura" que fa l'Auditori o programes per fomentar la lectura com ara "Lletres i salut". El Departament de Presidència per mitjà de la Secretària General de l'Esport i en col·laboració amb la Secretaria de Salut Pública ha realitzat nombroses activitats d'impuls de l'esport i l'activitat física, com el Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES). També impulsa altres programes i actuacions que fomenten les activitats físicoesportives en diferents àmbits (escolar i federat), edats (escolar, universitària, adulta i de gent gran), i col·lectius (persones amb discapacitats, dones) com són: el Pla nacional de promoció de l'activitat física, el Pla estratègic d'esport escolar, el Pla estratègic d'esport universitari, entre d'altres.

Les activitats específiques que es van iniciar o potenciar en el marc del PINSAP es van centrar en el primer eix a l'abordatge de cinc grans reptes per a la salut pública, que es detallen a continuació.

El primer repte va ser la prevenció i el control de l'obesitat i de les malalties cròniques i no transmissibles relacionades. L'**excés de pes entre la població** afecta una de cada dues persones adultes i un de cada tres infants. En aquest front es va posar en marxa iniciatives com el projecte "Aquí sí. Fruita i salut" amb la complicitat del sector comercial, ja que una de cada tres persones feia més d'un àpat durant la setmana laboral fora de casa i només el 12% de la població menjava les cinc peces diàries de fruita o verdura fresca recomanades. Es tracta d'una campanya de promoció i identificació dels establiments compromesos amb l'oferta de fruita fresca i fàcil de menjar. A més, el projecte AMED, d'establiments promotors de l'alimentació mediterrània, pioner a l'Estat, possibilita l'alimentació mediterrània a restaurants de menú a més de 80.000 comensals en 130 municipis de tot Catalunya. Aquests projectes estan emmarcats en el Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant de l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS) en què s'integra també el PAFES, de promoció de l'activitat física, esmentat anteriorment

En relació amb la **prevenció i control de les infeccions**, cal destacar que en vint anys s'han evitat més de 900.000 casos de malalties mitjançant les vacunacions. A

Catalunya s'administren cada any més de tres milions de dosis de vacunes a més d'un milió i mig de persones. El 2014 es va elaborar i aplicar un nou calendari de vacunacions que inclou de forma pionera la vacunació contra l'hepatitis A o la tos ferina en dones embarassades i que ha reduït notablement el percentatge de casos de tos ferina en nadons en els primers mesos de vida. El juliol de 2016 es va actualitzar de nou el calendari i s'hi va incorporar la vacunació antipneumocòccica conjugada en nadons, la de la varicel·la a l'etapa infantil i es va reajustar la distribució temporal i el nombre de dosis d'algunes altres. El calendari vacunal de Catalunya, a més, no es limita a l'etapa infantil sinó que recull totes les vacunes sistemàtiques que s'administren durant la vida de les persones. Ja fa anys també que es treballa de manera coordinada amb les entitats i el sistema sanitari en programes de prevenció i control del VIH i de les malalties de transmissió sexual. S'està estenent la prova ràpida del VIH a les farmàcies i l'atenció primària de salut. Durant 2014-2016 s'han afrontat brots importants de malalties infeccioses i s'ha actuat proactivament i de manera coordinada per descartar més de 117 sospites de la malaltia de l'Ebola.¹³

En l'àmbit de la **promoció de la salut mental**, la prescripció social impulsa l'ús de recursos comunitaris, principalment municipals, per potenciar la salut mental. S'intenta incidir, sobretot, en les persones que se senten soles. Pel que fa a la prevenció en salut mental destaca el Pla de Prevenció del Suïcidi. L'objectiu principal és disminuir la mortalitat per suïcidi a Catalunya, garantint la continuïtat assistencial de les persones en risc, posant el focus en evitar la repetició de temptatives. S'ha elaborat un protocol assistencial (Codi Risc Suïcidi) per a la detecció i actuació de les situacions de risc de conducta suïcida. El protocol conté també els instruments de suport per valorar la gravetat del risc, i defineix els circuits assistencials i centres de referència on derivar la persona afectada. La implantació del Codi Risc Suïcidi (CRS) va iniciar-se com a prova pilot al juny de 2014 i es va implantar a tot Catalunya l'any 2016.

Pel que fa a la prevenció del **consum d'alcohol i altres drogues**, el projecte Fitjove, que ja està en marxa en diversos municipis en coordinació amb els ajuntaments, promou la pràctica de l'esport per prevenir les addicions en joves amb risc. També cal ressaltar que cada any s'ajuda a deixar de fumar al voltant de 70.000 persones de més de 15 anys i en els darrers deu anys el programa "Classe sense fum" ha contribuït a reduir a la meitat els estudiants que fumen. També s'ha actuat de forma clara amb relació a les cigarretes electròniques, que només utilitzen l'any 2015 un 0,7% de la població adulta de Catalunya. Els darrers anys, diverses activitats informatives, de sensibilització i d'educació per a la salut han incidit sobre l'ús dels cigarrets fets a mà, que està creixent sobretot en la gent jove.

Com a últim repte, es va fixar la **implicació de tot el país** en la construcció global de la salut. Per això es va desplegar el PINSAP en diversos àmbits. En les jornades territorials del PINSAP, dutes a terme a totes les regions sanitàries, es va fer notòria la participació activa dels departaments del Govern, els ajuntaments, les entitats i el sistema sanitari en els objectius del Pla, i la voluntat de cooperar encara més.

En aquest sentit, l'aplicació del projecte **COMSalut** de salut comunitària en 16 àrees bàsiques de salut que apleguen més de 350.000 habitants ha suposat una aposta clara per a la reorientació del sistema sanitari cap a la comunitat, treballant plegats amb la salut pública territorial i els municipis.

Al mateix temps, el projecte “**Actius i salut**” vol identificar els recursos i actius per a la salut que hi ha en el marc comunitari i donar-los visibilitat, per impulsar un enfocament salutogènic de les actuacions.

En el segon eix, la principal actuació ha estat l'elaboració del **test salut** conjuntament amb l'AQuAS i, sobre la base dels documents *Desarrollo de una herramienta de cribado para la evaluación de impacto en salud (EIS) de políticas nacionales*, del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat en el marc del projecte “Equity Action”,¹⁴ i de la *Herramienta de cribado para la EIS de las políticas públicas sectoriales 2014* d'OSAGIN,¹⁵ del Govern Basc. Es tracta d'un test de cribratge de les actuacions/estratègies/plans que son susceptibles de fer una avaluació del seu impacte sobre la salut. El test salut s'ha aplicat en diverses estratègies i s'han fet activitats de formació al seu voltant.

L'elaboració i aplicació del test va ser objecte d'un Acord de Govern aprovat el 14 d'octubre de 2014 que recollia:

“Impulsar l'acció interdepartamental i amb el món local, en el marc del PINSAP, i desenvolupar eines, com el “test salut”, per identificar i avaluar l'impacte en l'estat de la salut de la població de les polítiques públiques responsabilitat del Govern, i dissenyar estratègies per a l'abordatge dels determinants de salut”.

A continuació, es detalla una selecció de bones pràctiques de salut en totes les polítiques actives en Catalunya en aquest termini de temps .

Bona pràctica - COMSalut, comunitat i salut

COMSalut impulsa la reorientació del sistema sanitari cap a la salut comunitària, així com la lluita contra les desigualtats socials i la promoció de la salut en totes les polítiques en l'àmbit local (PINSAP). D'altra banda, COMSalut suposa la integració de l'actuació comunitària en els contractes del CatSalut amb els proveïdors de l'atenció primària.

Els objectius del programa són:

- Impulsar l'atenció primària i la salut pública locals orientades a la comunitat.
- Dissenyar i desenvolupar una estratègia de salut comunitària local basada en la detecció de necessitats i la identificació d'actius.
- Facilitar el funcionament integrat i en xarxa dels equips d'atenció primària i els de salut pública local, i també dels altres dispositius sanitaris i socials que actuen en el territori així com dels actius de la comunitat.
- Facilitar la implicació activa de la població en la millora de la seva salut i benestar.

En l'àmbit local, el COMSalut suposa la creació d'un grup de treball (grup motor) en què participen els professionals de l'atenció primària i comunitària i de salut pública; el municipi com a agent clau ja que és l'Administració més propera, amb capacitat i poder real de treballar per a la millora dels determinants socials de la població, i la comunitat pròpia, els veïns i les entitats del barri, com a protagonistes del procés.

Des del 2015 s'inicia el programa a 16 centres de salut de Catalunya.

Barcelona: Barceloneta, Casanova 2E, Sant Gervasi 5E i Vallcarca 6D, Carmel 7C, Roquetes 8G, Chafarines 8I.

Reste de Catalunya: Badalona 8-10, Castellar, Castelldefels Can Bou, Cervera, La Roca del Vallès, Pineda de Mar, Reus 4, Salt, Sallent.

Per al seu desenvolupament, es crea l'Oficina COMSalut en el marc de l'ASPCAT i un grup de seguiment tècnic al qual assisteixen el CatSalut, l'Oficina COMSalut, el Departament de Salut, el PIAISS i els representants dels diferents proveïdors de l'atenció primària.

Per al suport als professionals que treballen en l'àmbit local es defineixen i porten a terme un seguit d'eines de **suport metodològic**:

- En la fase de coneixement de la comunitat per a la creació d'informe de salut (metodologies quantitatives i qualitatives).
- En la fase d'intervenció i avaluació: cerca d'intervencions amb evidència, definició i disseny de la intervenció, disseny de l'avaluació i monitoratge.
- Grup d'acompanyament a professionals de salut i salut pública implicats amb reunions mensuals, amb assistència de 40 professionals d'atenció primària de salut (APS) i salut pública (SP).

Suport formatiu:

- Als professionals de salut pública locals sobre promoció de la salut i salut comunitària (2014-2015, 90 hores).
- Formació en línia en salut comunitària, finançada per l'ASPCAT i dissenyada i realitzada pel grup APOC de CAMFIC/AIFICC.
- Al 2016, 2 edicions del taller "Identificant actius per a la promoció de salut".
- Al 2017, 3 edicions del taller "Participació en processos de salut comunitària" i 3 edicions del taller "Avaluació en intervencions de salut comunitària".

TIC: [Actius i salut](#) / [Web COMSalut](#) / [Blog COMSalut](#)

Bona pràctica - Prescripció social

La **prescripció social (PS) o derivació a recursos de la comunitat** és un mecanisme formal perquè l'atenció primària proporcioni alternatives no sanitàries a pacients amb aïllament social o risc de patir-lo i/o símptomes que van des de malestars de la vida quotidiana fins a símptomes lleus o moderats de depressió o ansietat.

Els objectius són:

- Augmentar la participació dels pacients en activitats de la comunitat
- Reduir l'aïllament social
- Millorar la salut mental positiva
- Millorar la qualitat de vida
- Reduir la prescripció inadequada de psicofàrmacs
- Reduir la hiperfreqüentació a l'atenció primària

S'ha treballat la incorporació del mòdul de prescripció social a l'estació clínica d'atenció primària (ECAP) de l'ICS, des d'on els professionals podran derivar pacients directament a activitats comunitàries, amb la introducció d'activitats i recursos a la web Actius i salut. El mòdul permetrà el seguiment dels pacients des de la mateixa història clínica i l'avaluació de la millora del benestar emocional i el suport social. Es preveu que estigui actiu properament.

L'Equip d'Atenció Primària (EAP) de Pineda de Mar i l'EAP de Montcada i Reixac estan refent el catàleg d'activitats amb la web Actius i salut i quan estigui disponible la prescripció social a l'ECAP reiniciaran el programa.

L'EAP Sabadell Sud va iniciar el seu Programa de prescripció social Sabadell Sud (PSUSS) el gener del 2016 amb 75 persones derivades que continuen fent-hi activitats. El programa va obtenir el Premi de Millor Intervenció Comunitària i Intersectorial en la Jornada "25 anys al servei del Sistema Nacional de Salut" del 14 de desembre de 2016. L'avaluació inicial mostra millores significatives en relació amb el suport social i el benestar emocional dels pacients que fan activitat comunitària.

Entre el 2016 i el 2017 s'han format 70 professionals dels centres d'atenció primària que seran referents del programa i faran formació als seus CAP (abril del 2017). Hi ha prevista una nova formació de 30 professionals d'atenció primària a l'octubre.

També s'han format en la implementació del programa 30 tècnics de salut pública dels serveis de salut pública i serveis de promoció de la salut de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (maig del 2017).

Els professionals dels CAP formats (molts dels quals del COMSalut) iniciaran la prescripció social un cop estigui a l'ECAP; per tant, es preveu l'ampliació a diversos CAP de Catalunya.

Bona pràctica

CRS – Codi Risc de Suïcidi

El suïcidi és un problema de salut que constitueix una de les primeres causes de mortalitat evitable en persones joves. El Pla d'Acció d'Europa (2013-2020) insta als governs a prioritzar la prevenció del suïcidi. El juny de 2014, Catalunya ha endegat el Codi Risc de Suïcidi (CRS), essent la primera experiència europea d'àmbit nacional. Des de gener de 2016, el CRS està implantat a tot el territori català.

El CRS és un conjunt protocol·litzat d'actuacions preventives i assistencials adreçades a aquelles persones que en el moment de contactar amb el sistema sanitari de Catalunya es detecta una situació de risc de conducta suïcida.

El Codi risc de suïcidi s'emmarca en el Pla de salut i pretén contribuir a la disminució de la mortalitat per suïcidi tot prevenint la repetició de temptatives. Els objectius són:

- Millora de la detecció de situacions de risc
- Atenció proactiva de les persones en risc i per tal de garantir la vinculació assistencial
- Seguiment integral i continuïtat assistencial
- Millora de la comunicació i la coordinació entre dispositius amb el suport de les TICs

El protocol de tractament de les persones en risc de suïcidi contempla:

- Atenció urgent per part dels serveis especialitzats, de manera que quan una persona ha rebut l'alta de l'hospital té garantida la continuïtat de l'assistència en els centres de salut mental o els hospitals de dia, que intervenen en el seu tractament.
- Atenció proactiva presencial, amb una visita programada amb un professional especialista en un termini màxim de 10 dies si és un adult, o 72 hores si es tracta d'un menor de 18 anys.
- Atenció proactiva de seguiment telefònic que es realitza des del 061 CatSalut Respon o de l'equip especialitzat de suport (EMSE), als 30 dies des de l'alta hospitalària, per valorar el seu estat de salut i confirmar que ha rebut l'atenció dels serveis sanitaris

Com instrument de suport es disposa d'un registre sanitari acumulatiu de casos, en un aplicatiu informàtic del CatSalut, que connecta amb els catàlegs oficials i garanteix la comunicació automatitzada entre els dispositius assistencials que interactuen en l'atenció i seguiment de les persones afectades. Aquest registre és pioner a nivell europeu.

Aquest instrument permet també disposar de les variables clíniques i assistencials per conèixer l'abast del problema a Catalunya, i avaluar el funcionament del projecte implementat.

Bona pràctica

Entorn sense Fum

Tot i l'avenç que va suposar la prohibició de fumar en espais públics tancats en aplicació de la Llei 28/2005 i les seves modificacions posteriors, el consum de tabac continua present en altres espais particularment sensibles on es porten a terme activitats de promoció de comportaments saludables o freqüentats per persones menors, com els accessos a les escoles situats fora del recinte escolar o dels centres esportius a l'aire lliure on es realitzen activitats esportives adreçades a infants i adolescents.

A partir d'una iniciativa de l'Ajuntament de Terrassa, que van aplicar posteriorment altres municipis catalans, i, per tal d'eradicar o minimitzar l'ús del tabac, al mateix temps que s'impulsen altres mesures de prevenció de l'inici del tabaquisme i de l'exposició al fum ambiental de tabac, la Secretaria de Salut Pública i diversos municipis de Catalunya han estat impulsant el programa *Entorn sense Fum*.

El desenvolupament d'aquest programa es basa en un abordatge integral, que inclou la retolació dels espais d'entrada a les escoles, els centres esportius i altres equipaments (biblioteques, punts d'informació juvenil, centres cívics, etc.) indicant que són espais sense fum. També s'ofereixen tallers de sensibilització a monitors esportius, s'estimula la signatura de manifestos de compromís d'entitats o clubs esportius; s'impulsen projectes educatius de prevenció del tabaquisme, com ara el programa "Classe sense fum", es fomenta la participació dels escolars en exposicions i altres activitats sobre el tabac, com ara l'exposició "El tabac al descobert" de la Diputació de Barcelona, i es facilita l'accés de docents i monitors esportius a programes de suport per deixar de fumar.

El desenvolupament del programa *Entorn sense Fum*, que, com s'ha dit anteriorment, es va iniciar a Terrassa per una iniciativa del seu Ajuntament i s'ha anat estenent a diversos municipis de Catalunya de forma pionera a l'Estat, s'ha vist facilitat per la col·laboració de ciutadans i professionals (professors d'escoles i instituts, monitors esportius, professionals sanitaris, mares i pares i resta de teixit comunitari) que han participat en el procés assumint un important paper dinamitzador i exemplar/modelitzador.

Hi ha municipis, com el de Pineda de Mar o el de Sant Andreu de la Barca que tenen projectes comunitaris globals de prevenció i control de tabaquisme que apart de campanyes de sensibilització i prevenció, inclouen un foment específic de l'ajuda a deixar de fumar.

Bona pràctica

Entorn sense Fum

Tot i l'avenç que va suposar la prohibició de fumar en espais públics tancats en aplicació de la Llei 28/2005 i les seves modificacions posteriors, el consum de tabac continua present en altres espais particularment sensibles on es porten a terme activitats de promoció de comportaments saludables o freqüentats per persones menors, com els accessos a les escoles situats fora del recinte escolar o dels centres esportius a l'aire lliure on es realitzen activitats esportives adreçades a infants i adolescents.

A partir d'una iniciativa de l'Ajuntament de Terrassa, que van aplicar posteriorment altres municipis catalans, i, per tal d'eradicar o minimitzar l'ús del tabac, al mateix temps que s'impulsen altres mesures de prevenció de l'inici del tabaquisme i de l'exposició al fum ambiental de tabac, la Secretaria de Salut Pública i diversos municipis de Catalunya han estat impulsant el programa *Entorn sense Fum*.

El desenvolupament d'aquest programa es basa en un abordatge integral, que inclou la retolació dels espais d'entrada a les escoles, els centres esportius i altres equipaments (biblioteques, punts d'informació juvenil, centres cívics, etc.) indicant que són espais sense fum. També s'ofereixen tallers de sensibilització a monitors esportius, s'estimula la signatura de manifestos de compromís d'entitats o clubs esportius; s'impulsen projectes educatius de prevenció del tabaquisme, com ara el programa "Classe sense fum", es fomenta la participació dels escolars en exposicions i altres activitats sobre el tabac, com ara l'exposició "El tabac al descobert" de la Diputació de Barcelona, i es facilita l'accés de docents i monitors esportius a programes de suport per deixar de fumar.

El desenvolupament del programa *Entorn sense Fum*, que, com s'ha dit anteriorment, es va iniciar a Terrassa per una iniciativa del seu Ajuntament i s'ha anat estenent a diversos municipis de Catalunya de forma pionera a l'Estat, s'ha vist facilitat per la col·laboració de ciutadans i professionals (professors d'escoles i instituts, monitors esportius, professionals sanitaris, mares i pares i resta de teixit comunitari) que han participat en el procés assumint un important paper dinamitzador i exemplar/modelitzador.

Hi ha municipis, com el de Pineda de Mar o el de Sant Andreu de la Barca que tenen projectes comunitaris globals de prevenció i control de tabaquisme que apart de campanyes de sensibilització i prevenció, inclouen un foment específic de l'ajuda a deixar de fumar.

Bona pràctica

“Entorn urbà i salut”

És un projecte transversal de la Diputació de Barcelona va posar en marxa a finals de 2010.

Objectiu principal: implementar l'estratègia “Salut a totes les polítiques” en el disseny i la planificació urbanística, promovent entorns que animin a la població a viure de manera saludable i que minimitzin aquells factors mediambientals que poden suposar un risc per a la salut de les persones que hi viuen.

Objectius específics:

- Elaborar propostes i recomanacions per a incorporar la perspectiva de la salut en la planificació urbanística i el disseny i la gestió dels diferents elements de l'entorn urbà.
- Recopilar i disseminar bones pràctiques en urbanisme i arquitectura saludable al nivell local
- Promoure processos de millora en els municipis per tal de construir entorns i ciutats saludables

El projecte s'ha estructurat en 4 àrees de treball:

- Formació de polítics i tècnics del sector públic i privat.
- Disseminació de la importància de incorporar la perspectiva salut en el disseny urbà.
- Elaboració d'eines per a les autoritats locals:
- [Guia online](#) amb recomanacions, recull de bones pràctiques, bibliografia i normativa.
- Guies i manuals per a gestionar [el verd urbà](#)
- Avaluació d'impacte en salut del planejament urbanístic
- Metodologia per a fer l'avaluació d'impacte en salut dels plans directores del verd urbà (en fase de disseny)
- Projectes pilot
- Ús temporal d'espais buits, incorporant la perspectiva salut
- Implementació de l'eina HEAT de la OMS en el Pla director de l'espai públic en un municipi de Barcelona.
- Definició dels indicadors (salut, sociodemogràfics i ambientals) que s'han d'incorporar al planejament urbanístic, i metodologia d'avaluació de l'impacte en salut del procés d'implementació del POUM
- Estudi per a identificar els camins de la província de Barcelona.
- Connexió entre els nuclis urbans i zones naturals de l'entorn

Bona pràctica

La Taula Contra la Contaminació de l'Aire de Barcelona (TCCA)

La TCCA va ser creada com un espai transversal amb la finalitat de donar resposta al problema de la contaminació atmosfèrica a la ciutat. Està integrada per tots els agents municipals implicats: serveis municipals, grups municipals i diverses entitats i organitzacions de l'àmbit econòmic, social, ecologista, de la mobilitat, de la salut i del sector científic.

L'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) ha treballat molt activament en aquesta Taula i en el Grup de treball de la TCCA específic. Aquest grup de treball està format per representants de les àrees municipals d'ecologia urbana, mobilitat i salut pública, i per centres de recerca (CSIC, ISGlobal) i universitats (UPC i UAB). Des d'aquest grup de treball es va realitzar la proposta dels límits d'actuació municipal en cas d'episodi de contaminació atmosfèrica a la ciutat per NO₂ i PM₁₀ i les mesures a adoptar en cada fase, així com les mesures estructurals a adoptar per fer front als nivells anuals de contaminació.

La participació de l'ASPB a la TCCA i al Grup de treball específic incorpora dos vessants: una primera relacionada amb l'experiència existent en la gestió de la xarxa de vigilància de la contaminació atmosfèrica a la ciutat i la segona fa referència amb la vessant d'afectació a la salut dels ciutadans, factor clau en el cas de la contaminació atmosfèrica on l'evidència de l'efecte en la salut està àmpliament demostrada.

Les actuacions per reduir els nivells de contaminació anuals de la ciutat es concreten al *Programa de Mesures contra la Contaminació Atmosfèrica* de l'Ajuntament de Barcelona, i inclou a l'Eix 6. *Seguiment dels efectes sobre la salut*, el disseny i implantació per part de l'ASPB d'un Pla de vigilància específic per fer un seguiment exhaustiu de l'evolució de les malalties relacionades amb la contaminació atmosfèrica a la ciutat i l'impacte d'aquest programa de mesures, i que estarà operatiu a partir del 3r trimestre de 2017.

D'altra banda, l'ASPB publica anualment l'informe d'*Avaluació de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona* on es presenta l'estat dels contaminants atmosfèrics a la ciutat d'acord amb les normatives actuals i els nivells de referència de l'Organització Mundial de la Salut. En aquest informe es realitza una avaluació de l'exposició potencial de la població en funció dels nivells del diòxid de nitrogen i de material particulat i es presenten un seguit de recomanacions per a la salut per incorporar-les a les polítiques municipals i per a la reducció de l'exposició per a la població en general.

Bona pràctica

PROGRAMA FITJOVE

El programa **Fitjove** s'enmarca dins els programes de promoció de la salut, prevenció i detecció del consum de drogues del **Pla d'actuació en prevenció sobre drogues 2012-2016**.

Aquest programa, que es desenvolupa juntament amb la Secretaria General de l'Esport i la Fundació Esportsalus, promou l'exercici físic per a adolescents, entre 16 i 18 anys, com a estratègia de prevenció del consum de drogues.

Els objectius són:

- ❑ Intervenir en **prevenció del consum de drogues** entre adolescents de zones d'especial vulnerabilitat a través de la **promoció d'activitats esportives** en instal·lacions de la comunitat.
- ❑ Crear una **oferta atractiva d'exercici físic per adolescents** com a **opció saludable d'ocupació del temps d'oci**
- ❑ Acompanyar els nois i noies en el **pas de l'esport escolar a l'esport comunitari** i **fomentar també la participació dels que no practiquen esport escolar**.

El programa es desenvolupa en dues fases.

- Una primera fase escolar, en horari lectiu, en què l'alumnat fa una **sortida didàctica a un centre esportiu del barri** per conèixer una instal·lació esportiva de *fitness* i fer un tastet d'activitats, totalment finançada per la Generalitat de Catalunya.
- Una segona fase en la qual els joves que s'hi inscriguin faran **dues tardes a la setmana d'activitats dirigides en el centre esportiu** - becaes per la Generalitat de Catalunya - i una sortida al mes opcional d'esport urbà.

Prèviament, es porta a terme la formació dels tècnics esportius i del professorat d'educació física implicats en el programa.

Actualment, participen més de 2.300 nois i noies de més 15 municipis d'arreu de Catalunya. La previsió és continuar treballant amb els municipis actuals i incorporar cada curs nous municipis.

Bona pràctica

Q de festa! Nits de Qualitat: Un projecte integral per a la millora de l'oci nocturn

La nit i la festa són entorns de consum d'alcohol i drogues que generen problemàtiques amb un elevat impacte de salut i social. En els últims anys l'evidència ens mostra que les mesures preventives ambientals i comunitàries que influeixen en el context on té lloc la festa condicionen de forma important les actituds i les conductes de les persones que hi participen. Per aquest motiu el pla de prevenció: consums de Drogues i problemes associats 2012-2016, inclou com a línies estratègiques d'intervenció preventiva, l'àmbit de l'oci nocturn i especialment el comunitari.

Q de festa! Nits de Qualitat és el projecte marc que té com a objectiu posar en comú els diferents agents implicats en l'oci nocturn d'un territori per a fer d'aquest un espai més segur, atractiu i saludable per a tothom. El projecte contempla **tres** propostes complementaries, que, amb la complicitat dels ens locals, el sector de l'hostaleria i l'oci nocturn, implementen mesures preventives que contribueixen a prevenir fenòmens com el "botelló", les intoxicacions per alcohol i altres drogues en actes festius locals i el turisme "low cost", entre d'altres.

1. El Distintiu de Qualitat o Qdefesta! (www.qdefesta.cat) és un distintiu que reconeix aquells espais de música i ball que compten amb recursos i serveis relacionats amb la salut, el benestar i la qualitat. Serveis com: expositors on trobar hi informació útil sobre salut, drogues i sexualitat. Disposen de personal format en termes de salut, prevenció i dispensació responsable d'alcohol. Garanteixen l'accés a aigua fresca i potable i disposen de mesures per calcular la taxa d'alcoholèmia.

Actualment, 46 locals, tenen el Segell Q a més de 4 festivals i 1 festa major. Anualment es realitzen 10 sessions formatives en Dispensació Responsable d'alcohol en 10 municipis i es formen uns 300 professionals o entitats culturals que organitzen barres en les festes majors.

2. Les Plataformes Nits Q proposen la creació d'espais de debat, reflexió i elaboració de propostes en què participen tots els agents del municipi implicats directa o indirectament amb l'oci nocturn (gestors del sector privat, representants de l'Administració local i associacions, entre d'altres) per fer que s'incrementi la qualitat de servei del sector en termes de salut. Així, l'objectiu de les plataformes és d'esdevenir un òrgan participatiu permanent per promoure estratègies de prevenció i reducció de riscos en l'àmbit de l'oci nocturn. S'han organitzat 24 plataformes, i actualment se'n estan desenvolupant 4 més.

3. Des del 1997 es dona suport a grups de reducció de riscos que es desplacen a espais d'oci per oferir informació i assessorament sobre la gestió del risc en relació amb les problemàtiques comunes a l'oci nocturn i la festa. Estands informatius en espais d'oci nocturn. Actualment es compta amb 4 equips Q de Festa i a més de 4 entitats especialitzades. Anualment es realitzen aproximadament 230 intervencions en uns 110 municipis de Catalunya.

Aquest projecte és pioner a nivell europeu pel que fa a la implicació de la indústria de l'oci en polítiques de prevenció i reducció de riscos, formant part de la European Network for Safer Party Labels.

Bona pràctica

“Empresa saludable. Caixa d'Eines per a la petita i mitjana empresa ”

La **Agència de Salut Pública de Catalunya** en col·laboració amb **PIMEC** ha elaborat una Caixa d'Eines per ajudar la petita i mitjana empresa a millorar la salut dels treballadors, repercutint també positivament a l'àmbit familiar i comunitari.

Les **empreses promotores de salut** són aquelles que garanteixen la protecció de la salut i vetllen per la salut i el benestar dels seus treballadors. Proporcionen un entorn laboral saludable i a la vegada són més eficients i competitives

Donat que les persones adultes passen aproximadament la meitat de la seva vida a l'entorn laboral, aquest entorn es considera clau per a la **promoció d'estils de vida saludable**. La Caixa d'Eines dona resposta a la demanda de la petita i mitjana empresa de tenir al seu abast informació i eines més pràctiques per desenvolupar accions de promoció de la salut. Inclou un qüestionari **d'autoavaluació, propostes, programes i informació** per tal que les empreses puguin realitzar accions de promoció d'estils de vida saludable i tinguin al seu abast tot el necessari per portar-les a terme.

La Caixa d'eines és la continuïtat de la guia de L'Empresa Saludable elaborada conjuntament amb la Cambra de Comerç de Barcelona l'any 2009. A la guia es defineixen una sèrie d'aspectes que cal tenir en compte per construir una empresa realment saludable, entenent la salut i el benestar de tots els membres de l'organització com a valor empresarial d'aquesta.

La Caixa d'Eines consta de quatre apartats:

- **L'empresa:** Que és una empresa saludable, que es guanya sent una empresa saludable, i quins són els hàbits en que es pot treballar.
- **La participació dels treballadors:** Per aconseguir un entorn laboral saludable cal el compromís de la direcció i dels càrrecs intermedis conjuntament amb la participació dels treballadors. L'enfocament per aconseguir acords s'ha de centrar en les persones, les necessitats, les preferències i les actituds del col·lectiu de l'empresa.
- **Qüestionari Empresa saludable:** la Meva Pime és saludable? Alimentació, activitat física, consum de tabac, alcohol i altres drogues i benestar emocional. Tots aquests qüestionaris analitzen l'estat de la Pime en els diferents àmbits i en funció de les respostes obtindrà un petit diagnòstic que els hi especificarà quins programes els hi recomana dur a terme.
- **Els programes: Activitat Física, Alimentació, Benestar Emocional, Consum de tabac, d'alcohol i altres drogues.** És una eina pràctica, en cada programa es desenvolupen les recomanacions generals i tres etapes:

[Primera etapa: disseny i planificació del programa](#)

[Segona etapa: accions i implementació](#)

[Tercera etapa: avaluació i continuïtat del programa](#)

En cada etapa es facilita material de suport i enllaços d'interès relacionat amb el programa que es vol implantar.

La Caixa d'Eines també disposa d'un apartat de **contacte** on les empreses tant les **Microempreses de** menys de 10 treballadors, les **empreses petites** fins a 49 treballadors i les **empreses mitjanes** fins a 249 treballadors poden sol·licitar ajuda, consell o preguntar sobre els

Bona pràctica

Lletres i Salut

La Institució de les Lletres Catalanes (ILC) i l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), en col·laboració amb la Xarxa Catalana d'Hospitals i Centres Promotors de la Salut, han creat, impulsat i coordinen el cicle de conferències "Lletres i salut" que es desenvolupa des de 2014..

El programa pretén obrir un àmbit de reflexió entorn de la vida, la malaltia i la salut. Es fa en el marc del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) i considera els beneficis per a la salut que representa la pràctica de les activitats culturals.

El cicle té l'objectiu d'oferir un tast reflexiu de l'anàlisi de la salut i la malaltia en la literatura, un recorregut pels debats ètics més destacats al voltant dels límits de l'exercici de la tecnologia mèdica i un intent d'explicació de la relació entre malaltia i salut, temes universals tractats per alguns dels escriptors més destacats de la literatura contemporània, com Thomas Mann, Julio Cortázar o Maria-Mercè Marçal, entre d'altres.

El programa compta amb la participació d'escriptors i professors de literatura de primer nivell, entre ells la propia directora de la Institució de les Lletres Catalanes, Laura Borràs, dels professors Pep Valsalobre i Margalida Pons i dels escriptors Manuel Baixauli, Rafael Argullol i Víctor Panicello, el director de teatre Xavier Albertí, o el poeta Joan Margarit que fan xerrades a la seu de Salut Pública, en diversos centres d'atenció primària arreu de Catalunya i en alguns hospitals, com el Clínic, Sant Joan de Déu o Sant Rafael, entre d'altres.

Cal destacar que l'assistència a activitats culturals beneficia aspectes de la vida íntimament relacionats amb la salut, com l'estimulació neuronal, el control de les emocions i el reforç de l'autoestima.

Bona pràctica

Día Mundial de la Actividad Física a Catalunya

L'Organització Mundial de la Salut i Agita Mundo insten als països a celebrar el Dia Mundial de l'Activitat Física (DMAF), amb l'objectiu de lluitar contra el sedentarisme amb la difusió del missatge "30 minuts al dia d'activitat física per la teva salut". El DMAF té un lema diferent cada any, posant així el focus en diferents col·lectius (infants, dones embarassades, persones amb diversitat funcional...).

A Catalunya, cada 6 d'abril, se celebra el DMAF, impulsat pel Pla d'Activitat Física, Esport i Salut (PAFES), un pla interdepartamental co-liderat pel Departament de Salut i la Secretaria General de l'Esport i que busca la participació de municipis, centres sanitaris, educatius, equipaments i entitats.

Per impulsar la participació d'entitats arreu de Catalunya, es crea un espai DMAF a la web del programa (www.pafes.cat), que aporta idees de com celebrar-ho, materials, trucs per ser actius en diferents entorns i edats i un cercador de rutes saludables per municipi. A més a més, durant el mes anterior i posterior al DMAF es publica un formulari d'inscripció, per facilitar que les entitats que hi participen inscrivin el seu esdeveniment. Al març es realitza un pla de comunicació que via correu electrònic i xarxes socials, convida les entitats a participar. Es realitza una roda de premsa amb suport institucional i es fan anuncis a les webs institucionals i de societats científiques relacionades. L'estratègia de comunicació arriba a més de 9.000 adreces d'entitats esportives, educatives, administració, salut, empresa, consells assessors i societats científiques. Durant els mesos de març i abril la web incrementa les visites, passant de 2.600 a 7.700 visites/mes.

Des del 2010, en que s'inicià la celebració del DMAF a Catalunya, la participació s'ha multiplicat per 5, amb 36.890 persones al 2010 i 208.510 persones al 2016. S'ha incrementat també el nombre d'entitats organitzadores (passant de 175 a 401) així com d'esdeveniments (de 89 a 504). Els àmbits de les entitats organitzadores són diversos i inclouen entitats esportives; educatives (escoles i xarxa d'universitats saludables); centres sanitaris (que quadrupliquen la seva participació passant de 13 al 2010 a 60 al 2016); municipis, que multipliquen la seva participació per 7 (29 al 2010 i 203 al 2016). Els ens locals tenen un rol fonamental en aglutinar les entitats territorial per a la celebració d'esdeveniments a nivell del municipi. Cada any un d'ells és seu dels actes centrals de la celebració a Catalunya.

Els esdeveniments més comuns són les caminades populars, l'activitat física dirigida, l'esport de competició i activitats de difusió del missatge "30 minuts al dia". La major part dels esdeveniments mobilitzen entre 25 i 500 persones, amb un rang de 25 a 70.000 persones. El cost estimat és de 7 cèntims per participant.

El impuls del DMAF ha aconseguit, en 7 anys, la implicació activa de múltiples entitats que, mitjançant el treball en xarxa a nivell local, mobilitzen un gran volum de la població, fent arribar el missatge "30 minuts al dia d'activitat física" a un gran nombre de catalans.

Bona pràctica

Servei de Distribució d'Aliments

En el marc dels treballs de la Taula de Distribució Solidària d'Aliments s'han dut a terme diverses actuacions per tal de sistematitzar les pràctiques en la distribució dels aliments provinents dels fons europeus i de millorar-ne l'eficiència i l'equitat. A més, s'ha creat el Servei de Distribució d'Aliments per tal de garantir la cobertura de les necessitats bàsiques d'alimentació a totes les persones que no disposen dels recursos necessaris per alimentar-se suficientment.

Les principals actuacions que s'estan duent a terme a la Taula es centren en el següents objectius:

- Adaptar les pràctiques al nou reglament de la UE que regula el Fons europeu d'atenció a les persones més desfavorides (FEAD).
- Potenciar les donacions i evitar el malbaratament alimentari.
- Millorar l'eficiència i l'equitat dels serveis

Pel que fa a l'adaptació al nou reglament del FEAD, s'ha col·laborat amb el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la millora de la proposta inicial del Programa Operatiu, en especial pel que fa a la sistematització de la intervenció dels serveis socials municipals i comarcals i a l'establiment de circuits i documents de derivació.

Respecte de la potenciació de les donacions, s'han signat diversos convenis amb grans cadenes de supermercats en virtut dels quals aquestes es comprometen a incrementar les seves donacions als bancs dels aliments de Catalunya. D'altra banda, s'està sistematitzant la recollida de les minves que es produeixen als mercats i supermercats (productes consumibles però no comercialitzables) per tal d'aprofitar-los com a donació. Altra aspecte que s'està treballant és la recerca de donacions d'aparells frigorífics i congeladors que permetin a les entitats l'emmagatzematge i distribució de productes frescos i congelats i, d'aquesta manera, enriquir la dieta de les persones més vulnerables.

Pel que fa a la millora de l'eficiència i l'equitat dels serveis, s'ha publicat una guia dels requisits que han de complir les entitats que prestin aquest servei, s'ha creat el servei de distribució d'aliments com a servei de cartera (s'està treballant el seu desenvolupament normatiu) i s'està potenciant la col·laboració entre les entitats socials i els serveis socials per tal de millorar els espais i les condicions en que es presta el servei (cita prèvia, substitució del model de lots tancats d'aliments per un model en què la persona pot triar allò que més s'ajusta a les seves necessitats,...).

Bona pràctica

Detecció precoç del VIH a Catalunya mitjançant la prova ràpida

A Catalunya, des de l'any 1981 s'han diagnosticat més de 17.000 casos de sida i s'estima que unes 33.600 persones estan infectades pel VIH i que una quarta part d'aquestes persones no ho saben. Conèixer al més aviat possible l'estat serològic permet beneficiar-se d'un seguiment mèdic i accedir a un tractament eficaç que millora la qualitat de vida i alhora contribueix a evitar la transmissió del VIH a altres persones atès que es prenen mesures de protecció.

Per tal d'evitar el retard diagnòstic, l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) promou diverses estratègies adreçades a col·lectius especialment vulnerables i que no acostumen a adreçar-se a la xarxa sanitària.

Entre aquestes estratègies destaca l'oferta de tests ràpids de detecció de la infecció pel VIH en centres comunitaris (12 ONG) i en oficines de farmàcia (128 arreu de Catalunya) on, al llarg del període 2009-2015, s'han realitzat un total de 79.973 proves, 1.644 de les quals són reactives, amb una taxa de detecció del 2,05%.

L'any 2016 ha finalitzat una prova pilot per a la implementació de la prova ràpida a atenció primària, amb la participació de 42 centres i la realització de 893 proves (0,9% positives), que permetrà elaborar unes recomanacions per introduir aquesta prova a l'atenció primària de Catalunya.

Bona pràctica

Projecte AMED d'establiments promotors d'alimentació mediterrània

El projecte AMED, de promoció de l'alimentació mediterrània, com a patró d'alimentació saludable propi del nostre entorn, neix a Catalunya l'any 2007 en el marc de l'estratègia PAAS (Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant de l'activitat física i l'alimentació saludable). És un programa que busca millorar l'oferta alimentària fent fàcil l'alimentació saludable en el dia a dia de les persones que han de fer àpats fora de casa. Està dirigit a restaurants, cadenes de restauració, menjadors laborals d'empreses i centres sanitaris, albergs juvenils, centres culturals, centres esportius i botigues de menjar per emportar. En aquests 10 anys s'han acreditat un total de 561 establiments a 134 municipis amb capacitat per a més de 85.000 comensals diaris.

En el marc del PINSAP es va prioritzar la incorporació de la totalitat dels menjadors laborals dels centres sanitaris, principalment dels hospitals de la xarxa pública. Actualment més del 95% d'aquests menjadors estan acreditats.

En el procés d'acreditació es generen millores en l'oferta alimentària en cadascun dels criteris considerats:

- Increment d'oferta de verdures, hortalisses i llegums als primers plats
- Increment de talls magres i peix als segons plats
- Increment de fruita fresca en relació amb el conjunt de l'oferta de postres
- Introducció de producte integral, bàsicament pa
- Oferta de lactis baixos en greix
- Increment de l'ús d'oli d'oliva o amb alt contingut d'àcid oleic

Un dels aspectes principals és la promoció de la fruita fresca com a postres de base per a la majoria dels àpats. En aquest sentit, es potencia amb un altre projecte PINSAP, el d'"Aquí sí. Fruita i salut" que té com objectiu augmentar l'accessibilitat de la fruita a punt per menjar.

També busca potenciar la pràctica de l'activitat física fent difusió de les rutes saludables properes a l'establiment o impulsant el projecte "Escala", de promoció de l'ús de les escales a l'entorn laboral.

Cada dos anys es fa el seguiment dels establiments acreditats i es constata l'impacte positiu i sostenible del programa, amb un elevat percentatge de manteniment dels criteris AMED.

La implicació dels municipis i dels equips territorials de l'Agència de Salut Pública de Catalunya ha permès consolidar aquest programa pioner i innovador tant a Catalunya com a l'Estat espanyol. El programa AMED ha estat guardonat amb el Premi NAOS 2015 de l'Agència Espanyola de Consum, Seguretat Alimentària i Nutrició, com a millor projecte d'intervenció en l'àmbit familiar i comunitari.

Bona pràctica

Parlament saludable

Per iniciativa de la presidenta del Parlament, a partir de l'adhesió del Parlament al Dia Mundial de l'Activitat Física 2016, amb la Secretaria General de l'Esport i la Secretaria de Salut Pública en el marc del PINSAP, es va dissenyar el projecte "Parlament saludable", amb l'objectiu de visibilitzar la implicació de la institució en la promoció de la salut i el seu lideratge com a model d'organització saludable.

S'ha partit de les propostes per promoure la salut a l'entorn laboral que s'estan desenvolupant en el marc del PINSAP. Per dissenyar les mesures que cal aplicar per implementar el projecte, han treballat conjuntament ambdues secretaries amb Recursos Humans, el Gabinet de la Presidenta i el Comitè de Seguretat i Salut i l'Àrea de Prevenció de Riscos Laborals de la cambra. Conjuntament s'han acordat noves accions adreçades als diputats, al personal dels grups i al de l'Administració parlamentària.

Partint del fet que ja es feien les actuacions pròpies de prevenció de riscos laborals, s'ha proposat un seguit d'activitats sobre promoció de la salut, algunes de les quals ja estaven en marxa i s'hi han potenciat.

Ja estaven en marxa:

- Acreditació AMED de promoció d'alimentació mediterrània a la cafeteria amb una àmplia oferta de fruita i d'alimentació saludable
- Espai per menjar amb carmanyoles
- Jornades de teràpia postural
- Acord de descomptes amb un poliesportiu proper
- Fonts d'aigua
- Campanyes per deixar de fumar
- Responsabilitat social i compromís social de sostenibilitat

Noves accions

- Desenvolupament d'un espai específic en la web amb tests, consells, videocàpsules, etc.
- Realització d'un cicle de tallers de promoció de la salut amb consells pràctics
- Missatges en els punts de decisió per promoure l'ús de les escales interiors
- Circuits d'activitat física a l'edifici i a l'entorn, amb identificació de rutes saludables properes i amb consells de minuts caminats i de distància, entre d'altres
- Ús de les enquestes sobre alimentació (Predimed) i activitat física com a instrument d'autoavaluació i millorament de l'estil de vida

Una vegada s'ha avaluat el qüestionari desenvolupat per les organitzacions promotores de la salut en el marc del PINSAP, la cambra va rebre el diploma de "Parlament saludable" en la categoria "Argent" per la seva tasca de promoció de la salut en el lloc de treball. La distinció reconeix la tasca de la institució en el compliment dels requisits i criteris del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), que té per objectiu millorar i protegir la salut dels ciutadans en tots els àmbits. Aquesta és una iniciativa pionera en l'àmbit internacional i va en la línia de complir les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut respecte al lloc de treball, considerat un entorn clau per promoure la salut de les persones.

Evolució dels indicadors del PINSAP

Per acabar, s'inclou la valoració del conjunt sintètic d'indicadors seleccionats per avaluar el PINSAP en el seu conjunt amb la dada basal que es va incloure en la redacció del Pla i la dada més actual disponible.

Els indicadors procedeixen bàsicament dels sistemes d'informació del Departament de Salut i de l'Institut d'Estadística de Catalunya.

Malgrat que la voluntat, sempre que sigui factible, és disposar de dades desagregades per eixos de desigualtat —edat, sexe, classe social, nivell d'estudis i territori (previsió de càlcul per comarca, àmbit regional i municipis grans)—, en aquest document es presenten només les dades desagregades per sexe.

Salut i estils de vida

L'**esperança de vida** segueix augmentant a Catalunya, i l'any 2014 va ser de 80,5 anys en els homes i 86,1 anys en les dones. Cal destacar que aquest augment s'acompanya d'un increment més accentuat en l'**esperança de vida amb bona salut** i que es redueix la bretxa entre esperança de vida i esperança de vida amb bona salut en relació amb l'any 2011. En concordança, en els últims anys també ha disminuït la mortalitat per totes les causes, i se situa en 6,9 per 1.000 habitants en els homes i en 3,9 per 1.000 habitants en les dones. Aquesta disminució és major en els homes i es redueix la diferència entre homes i dones des del 2011. Un 16,6% de la població catalana percep mala salut. Les dades desagregades mostren més percentatge de percepció de mala salut en les dones (19,3%) que en els homes (13,7%) i un clar gradient per classe social, en què les persones més desfavorides són les que presenten més percepció de mala salut (10,3%, 13,9% i 19,4% en les classes alta, mitjana i baixa, respectivament).

En relació amb els **estils de vida**, el **consum de tabac** l'any 2016 se situa en un 24,7%, i és superior en els homes (29,0%) i en les classes mitjana (26,5%) i baixa (26,1%). En general, s'observa una disminució del consum des de l'any 2012, i és més pronunciat en els homes i en la classe social baixa. El **consum de risc d'alcohol**, en canvi, ha augmentat en els últims anys, independentment del gènere i la classe social. L'any 2016 un 6,9% dels homes i un 2,2% de les dones presentaven un consum de risc d'alcohol. S'observa també una tendència a l'alça del **sobrepès i obesitat** i del **sedentarisme** en adults. Les dones (24,2%) refereixen ser més sedentàries que els homes (21,0%), però són els homes els que presenten més sobrepès i obesitat (57,4% vs. 41,0%). S'observa una disminució de sobrepès i obesitat en la classe social més desfavorida, i es redueix el gradient de classe social (40,6%, 45,4% i 54,1% en les classes alta, mitjana i baixa, respectivament). El **benestar psicològic** es manté estable en el temps, i presenten pitjors puntuacions les dones i la classe social més baixa.

Determinants socials

En relació amb el 2012, la situació laboral ha millorat a Catalunya. Ha augmentat l'ocupació, i l'any 2016 ha estat d'un 57,5% en els homes i d'un 47,7% en les dones. Així mateix, la taxa d'atur ha experimentat un descens important. Del 2012 al 2016 ha disminuït del 24,7% al 13,9% en els homes i del 22,8% al 15,9% en les dones, i s'ha invertit la situació i ara són les dones les que presenten més taxa d'atur. La probabilitat de perdre la feina disminueix de forma constant des del 2012, i l'any 2016 és del 2,4% en

els homes i del 2,0% en les dones. Les dones, però, estan menys satisfetes amb les condicions de treball (87,4%) que els homes (91,3%). Encara que l'any 2016 s'observa un augment general en la satisfacció amb les condicions de treball, aquest augment és només de les classes socials alta i mitjana. En la classe social baixa i en les dones es redueix la satisfacció amb les condicions de treball.

S'observa una millora en el nivell d'estudis. Disminueix lentament el percentatge de persones sense estudis o amb estudis primaris de forma homogènia en relació amb el gènere i la classe social.

Tant la renda anual per llar com per persona han patit una davallada entre els anys 2011 i 2013. Aquestes han augmentat lleugerament sense arribar al valor del 2011 en el cas de la renda anual per llar (30.655€ l'any 2015) i recuperant-lo en el cas de la renda anual per persona (12.283€ l'any 2015).

El risc de pobresa disminueix en la població general. Les dades desagregades mostren com l'any 2015 s'igualava el risc entre homes (18,9%) i dones (19,0%).

S'observa, però, un augment del percentatge de persones que viuen en habitatges en estat deficient o molt deficient, amb un marcat gradient per classe social (0,7%, 0,8% i 2,2% en les classes alta, baixa i mitjana, respectivament).

Quant a la contaminació de l'aire, l'any 2016 només un dels 127 punts de mesurament ha sobrepassat el nombre de superacions permeses del valor límit diari de PM10. Aquest indicador és potser poc exigent i probablement cal estudiar més detingudament la qualitat de l'aire.

A la taula següent es mostren els valors dels indicadors abans de l'inici del PINSAP i del moment més actual.

A	Indicadors del PINSAP de salut i estils de vida			Valor basal	Any	Font d'informació	Valor final	Any
1	Esperança de vida (anys)	Homes	80,2	2013	Registre de Mortalitat de Catalunya RMC		80,5	2014
		Dones	86,0	2013			86,1	2014
		Total	83,2	2013			83,4	2014
2	Esperança de vida en bona salut (anys)	Homes	67,3	2013	RMC i Enquesta Salut Catalunya (ESCAC)		67,9	2014
		Dones	68,8	2013			68,8	2014
		Total	68,1	2013			68,4	2014
3	Percepció de mala salut (% de la població)	Homes	12,8	2012	ESCAC		13,7	2016
		Dones	21,6	2012			19,3	2016
		Total	17,2	2012			16,6	2016
4	Taxa de mortalitat estandarditzada (morts per 1.000 h.)	Homes	7,1	2013	RMC		6,9	2014
		Dones	3,9	2013			3,9	2014
		Total	5,3	2013			5,2	2014
5	Mortalitat evitable per intervencions intersectorials (taxa per 100.000 h.)	Homes	90,1	2013	RMC		90,2	2014
		Dones	42,2	2013			43,8	2014
		Total	65,8	2013			66,6	2014
6	Prevalença de consum de tabac (% de fumadors diaris més els ocasionals en població de 15 anys o més)	Homes	34,2	2012	ESCAC		29,0	2016
		Dones	22,9	2012			20,6	2016
		Total	28,5	2012			24,7	2016
7	Prevalença de consum de risc d'alcohol (% de població de 15 anys o més)	Homes	6,0	2012	ESCAC		6,9	2016
		Dones	1,7	2012			2,2	2016
		Total	3,9	2012			4,5	2016
8	Prevalença de sobrepès i obesitat en població de 18-74 anys	Homes	57,7	2012	ESCAC		57,4	2016
		Dones	40,1	2012			41,0	2016
		Total	49,0	2012			49,3	2016
9	Prevalença de sedentarisme en població de 18-74 anys	Homes	16,4	2012	ESCAC		21,0	2016
		Dones	19,2	2012			24,2	2016
		Total	17,8	2012			22,6	2016
10	Puntuació mitjana Índex de benestar psicològic població 15 o més anys (valoració de 14 a 70)	Homes	59,0	2011	ESCAC		58,7	2016
		Dones	57,8	2011			57,6	2016
		Total	58,4	2011			58,1	2016

B	Indicadors del PINSAP de determinants socials		Valor basal	Any	Font d'informació	Valor final	Any
1.1	Taxa d'ocupació total (per 100)	Homes	52,6	2012	Idescat i Enquesta de Població activa (EPA)	57,5	2016
		Dones	43,9	2012		47,7	2016
		Total	48,1	2012		52,5	2016
1.2	Taxa d'atur total (per 100)	Homes	23,2	2012	Idescat i EPA	13,9	2016
		Dones	22,1	2012		15,9	2016
		Total	22,6	2012		14,9	2016
2	Percentatge de població > 15 anys sense estudis o estudis primaris	Homes	22,6	2012	ESCAC	24,4	2016
		Dones	28,6	2012		26,7	2016
		Total	25,7	2012		25,5	2016
3.1	Renda mitjana neta anual per llar (€)	Total	30.423	2013	Idescat (INE)	30.655	2015
3.2	Renda mitjana neta anual per persona (€)	Homes	11.954	2013		12.468	2015
		Dones	12.263	2013		12.104	2015
		Total	12.111	2013		12.283	2015
4	Taxa de risc de pobresa	Homes	20,7	2013	Idescat (INE)	18,9	2015
		Dones	18,8	2013		19,0	2015
		Total	19,8	2013		19,0	2015
5	Nombre de persones amb reconeixement legal de discapacitat	Homes	252.437	2013	Idescat (DASF)	254.025	2016
		Dones	261.421	2013		260.860	2016
		Total	513.858	2013		514.886	2016
5.1	Habitatges principals amb calefacció (%)	Total	68,0	2011	Idescat	-	-
6.2	Habitatge familiar amb estat deficient o molt deficient (%)	Homes	1,5	2012		1,6	2016
		Dones	1,0	2012		1,7	2016
		Total	1,2	2012		1,7	2016
7	Satisfacció amb les condicions de treball (% de satisfets més molt satisfets)	Homes	89,4	2014	ESCAC	91,3	2016
		Dones	89,2	2014		87,4	2016
		Total	89,3	2014		89,5	2016
8	Probabilitat de perdre la feina (% de molt probable)	Homes	3,4	2014	ESCAC	2,4	2016
		Dones	3,2	2014		2,0	2016
		Total	3,3	2014		2,2	2016
9	Contaminació de l'aire: punts de mesurament per sobre del nombre de superacions permeses del valor límit diari de PM10	Punts per sobre/ Punts totals	9/138	2012	Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació Atmosfèrica (XVPCA)	1/127	2016

5. Anàlisi de la situació i reptes ^{1,16}

L'any 2016, Catalunya té 7.522.596 habitants, 14.490 més que l'any anterior. El nombre de naixements disminueix des del 2008 i continuarà disminuint els propers anys, mentre que el nombre de defuncions augmentarà.

Els determinants socials de la salut

Una profunda crisi econòmica ha marcat els darrers anys. La taxa d'atur l'any 2015 és del 18,6% i la taxa d'atur de llarga durada, del 10,4%. Un milió quatre-centes mil persones viu per sota del llindar de risc de pobresa després de rebre transferències socials. Paral·lelament, s'observa un increment de la desigualtat econòmica. L'any 2015, el 20% de població amb nivell econòmic més alt té sis vegades més renda que el 20% de població amb menys renda. Els darrers anys, s'ha assistit a un descens de l'abandonament prematur dels estudis. L'any 2015, el 18,9% de les persones de 18 a 24 anys havien abandonat prematurament els estudis secundaris.

Quant a l'entorn físic, els resultats de la valoració de la qualitat de l'aigua mostren un nivell elevat d'aptitud de l'aigua de consum. Els contaminants més destacats que afecten la qualitat de l'aire són les partícules en suspensió, i se n'observa un increment lleuger respecte de l'any anterior; el diòxid de nitrogen, amb una estabilització de la tendència a la disminució observada els darrers anys, i l'ozó troposfèric, de què s'han registrat 115 hores de superació del llindar en disset dels cinquanta punts de mesurament. Finalment, el 92,8% dels establiments inspeccionats i el 99,3% de les mostres d'aliments analitzades compleixen els requisits i límits establerts en la normativa de seguretat alimentària. L'evolució dels indicadors generals de conformitat mostren una tendència estable.

Estat de salut

A Catalunya, l'esperança de vida en néixer l'any 2014 és de 83,4 anys i l'esperança de vida en bona salut en néixer, de 68,4 anys, i se segueix la tendència a l'augment d'anys anteriors tant en homes com en dones i en la majoria de grups d'edat. Els homes viuen menys temps que les dones, però la proporció de temps que viuen en bona salut és superior a la de les dones.

Segons les darreres dades disponibles, l'any 2014 la taxa bruta de mortalitat és de 8,17 defuncions per cada 1.000 habitants (8,37 els homes i 7,98 les dones), cosa que suposa un increment del 0,60% en els homes i de l'1,91% en les dones respecte a l'any anterior. El 61,9% de les defuncions es produeixen més enllà dels 80 anys. Els tumors són la primera causa de mort, amb un 28,2% de totes les defuncions. La segona causa de mort són les malalties cardiovasculars, que provoquen el 27,9% de les defuncions. En les dones, la primera causa de mort prematura (abans dels 70 anys) és el tumor maligne de mama i en els homes, el tumor maligne de pulmó. Les afeccions perinatals i les malalties congènites causen el 76,0% de les morts d'infants de menys d'un any.

¹ Resum de l'[Informe de salut 2016. Direcció General de Planificació en Salut](#).

El 83,3% de la població general té una percepció positiva del seu estat de salut i el 34,3% pateix alguna malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada. En la població de 15 anys i més, el 28,0% té dolor o malestar, el 16,6% té problemes d'ansietat o depressió, el 15,7% pateix alguna discapacitat o limitació permanent i el 10,6% necessita ajuda d'altres persones per dur a terme activitats quotidianes. Té excés de pes el 49,3% de la població de 18 a 74 anys i el 31,8% de la població de 6 a 12 anys. El 2,6% de la població de menys de 15 anys pateix una discapacitat. La majoria d'aquests indicadors han millorat o s'han mantingut estables el darrer any i, en general, obtenen millors resultats els homes que les dones (excepte en l'excés de pes), les persones de la classe social més benestant i les persones amb un nivell d'estudis més elevat.

L'any 2015 s'han notificat 3.630 casos de tos ferina, 437 de parotiditis, 89 d'hepatitis B i 76 d'hepatitis A. La taxa d'incidència de la tos ferina, la parotiditis i l'hepatitis A és més alta en les persones de menys de 15 anys i disminueix a mesura que els grups són de més edat. En canvi, l'hepatitis B és una malaltia d'adults i, sobretot, d'homes. Les taxes d'incidència de la tos ferina i de la parotiditis són més elevades que l'any anterior. La taxa d'incidència de la tuberculosi és de 14,4 casos per cada 100.000 habitants i ha disminuït en mig punt respecte a la taxa de l'any anterior. S'han enregistrat 634 diagnòstics nous de VIH l'any 2015. La transmissió més freqüent és en homes que tenen relacions sexuals amb homes, en el 67,0% dels casos. D'altra banda, s'han declarat 812 brots epidèmics, que han afectat 6.493 persones i la tos ferina és el tipus de brot més freqüent, amb 455 brots i 1.701 afectats.

Els motius més freqüents de consulta a l'atenció primària en les persones de menys de 15 anys ateses són les immunitzacions i els cribratges de malalties infeccioses i les infeccions respiratòries de vies altes, que generen dues visites per pacient a l'any de mitjana. En la població de 15 anys i més, el problema de salut que afecta més persones és la hipertensió arterial i és un dels diagnòstics que té més visites associades. Les malalties de l'aparell respiratori són les que tenen un nombre més elevat de contactes d'hospitalització en pacients de menys de 15 anys i en pacients adults, les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits.

Entre 2010 i 2013 s'han identificat 271.106 casos amb diagnòstic de malalties minoritàries, que corresponen a 229.861 persones. Cada persona té de mitjana 1,2 diagnòstics. Els homes tenen més malalties minoritàries que les dones fins als 20 anys i a partir dels 70 anys, tot i que, en general, homes i dones tenen una prevalença molt semblant (3,0% i 3,2%, respectivament).

A Catalunya, es produeixen 77,4 casos de malalties relacionades amb el treball per cada 100.000 persones ocupades l'any 2015. Destaquen dos grans grups: els trastorns de salut mental i els trastorns osteomusculars.

La taxa d'incidència dels trastorns de salut mental és més alta entre les dones i en persones ocupades d'entre 25 i 54 anys, i els trastorns osteomusculars entre les persones ocupades més grans.

Dels principals vint indicadors anuals analitzats a l'*Informe*, s'observen diferències entre regions sanitàries en comparació del conjunt de Catalunya en catorze indicadors: l'esperança de vida, l'índex de mortalitat estandarditzada, la percepció positiva de l'estat de salut, els problemes de dolor o malestar, la malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada, els problemes d'ansietat o depressió, l'excés de pes en

població de 18 a 74 anys, la discapacitat, les taxes d'incidència de la tos ferina, la parotiditis, l'hepatitis A i l'hepatitis B, la tuberculosi i la taxa d'incidència del VIH.

L'estil de vida i les activitats preventives

El 70,8% de la població de 15 anys i més fa un seguiment adequat de les recomanacions de la dieta mediterrània (segons el qüestionari Predimed inclòs a l'Enquesta de Salut de Catalunya des de 2015), i el 74,2% de la població de 15 a 69 anys fa una activitat física saludable (segons el qüestionari IPAQ-breu).

El 25,7% de la població de 15 anys i més fuma, amb una taxa d'abandonament de prop del 40%. El 3,8% fa un consum de risc d'alcohol i el 83,8% dorm entre 6 i 8 hores.

El 54,6% es pren la pressió arterial periòdicament i el 60,5% es revisa el nivell de colesterol. El 12,5% de la població de 50 a 69 anys s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta i prop del 8%, una colonoscòpia.

El 35,7% de la població de 3 a 14 anys té un estil d'oci actiu i el 27,5% consumeix freqüentment productes hipercalòrics. El 16,6% de la població de menys de 15 anys conviu amb una persona que fuma dins la llar i el 56,7% de la població de 5 i 14 anys es raspalla les dents com a mínim dos cops al dia.

La majoria d'aquests indicadors han millorat o s'han mantingut estables el darrer any. En línies generals, obtenen millors resultats els homes que les dones (excepte en el consum de tabac, el consum de risc d'alcohol i el raspallat correcte de les dents), les persones de classe social més afavorida i aquelles amb un nivell d'estudis superior (excepte en el control de la pressió arterial).

Utilització de serveis sanitaris

Tres de cada quatre persones disposen exclusivament de cobertura sanitària pública. La proporció de població que, a més, disposa de cobertura sanitària privada és més elevada en els grups d'edat de menys de 65 anys, en la classe social més benestant i amb un nivell d'estudis més elevat. Prop del 90% de la població que ha usat un servei sanitari públic n'està satisfet i el percentatge d'aquesta satisfacció mostra una tendència creixent al llarg dels anys. El 97,0% de la població de menys de 15 anys i el 91,7% de la població de 15 anys i més ha visitat un professional de la salut els darrers dotze mesos. Els professionals de medicina familiar i comunitària o de pediatria són els que es visiten en més proporció. El segon professional que més es visita és l'especialista en odontologia.

Una de cada tres persones ha visitat un servei d'urgències el darrer any, més les dones que els homes i la població socioeconòmicament més desfavorida.

El 7,1% de la població ha estat ingressada en un hospital com a mínim una nit el darrer any i la tendència és decreixent.

Dels dotze indicadors principals analitzats, en tres no s'han trobat diferències per regió sanitària en comparació del global de Catalunya. Els nou indicadors en què s'han trobat diferències són l'activitat física saludable, el consum de tabac, el consum de risc d'alcohol, la mesura periòdica de la pressió arterial, la prova preventiva de sang oculta en femta, la doble cobertura sanitària, la visita a professionals de la salut el darrer any, la visita a un servei d'urgències i la satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats més freqüentment el darrer any.

Actuacions del sistema de salut

D'entre altres accions, se'n destaquen les següents:

- El Pla de salut de Catalunya 2016-2020, que va ser aprovat pel Govern el 19 de juliol de 2016. Té com a objectiu principal millorar la salut i la qualitat de vida de la població a través del reforçament del sistema sanitari des de quatre principis bàsics: públic, universal, just i centrat en la persona. El Pla proposa assolir 39 objectius de salut, l'evolució dels quals es valora anualment, amb una idea integrada de l'abordatge de la salut, que posa la persona en el centre del sistema i que presta atenció a les desigualtats socials en salut.
- El Pla estratègic de salut mental comunitària 2017-2020, que promou el desplegament d'un model d'atenció comunitària a la salut mental i les addiccions. Els objectius i les accions proposades pel Pla estratègic abasten la totalitat dels processos, des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, el diagnòstic i el tractament, fins a la rehabilitació i la reinserció a la comunitat. Inclou, a més, la participació de les persones afectades, les famílies i les organitzacions que els representen. El Pla recull una visió àmplia del sistema, que integra i destaca elements no exclusivament sanitaris.

6. Posicionament estratègic: el paper dels diferents agents

Com s'ha dit anteriorment, es parteix del concepte de la salut com un dret fonamental humà, que requereix de l'acció conjunta de Govern (autonòmic i local) i de tota la ciutadania (els individus i socialment), i que hi ha importants desigualtats socials en la salut relacionades amb factors injustos i evitables.

El 2008, l'informe final de la Comissió sobre Determinants Socials de Salut va concloure amb el missatge polític que la salut, en última instància, està determinada per factors com "la distribució dels diners, el poder i els recursos en l'àmbit mundial, nacional i local" i només es pot actuar sobre aquests factors actuant des de fora del sistema sanitari.¹⁷

Aquest concepte ja va ser recollit a la Llei 18/2009 de Catalunya. Així, la salut pública s'hi defineix com "el conjunt organitzat d'actuacions dels poders públics i de la societat mitjançant la mobilització de recursos humans i materials per a protegir i promoure la salut de les persones, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut pública. La salut pública també s'ha d'entendre com la salut de la població, i depèn, en gran part, de factors estructurals i ambientals, com ara l'educació o la seguretat, però també de factors lligats als estils de vida, com el consum de tabac, l'activitat física o l'alimentació. De fet, l'augment de l'esperança de vida que s'ha produït en el darrer segle a Catalunya s'atribueix en bona part a la millora de les condicions d'higiene, alimentació, habitatge i treball, tot i que els progressos en el vessant assistencial també hi han contribuït decisivament".¹⁸

La idea de la responsabilitat governamental és, doncs, clau en els esforços de salut pública. El Govern exerceix un paper de lideratge en l'"esforç organitzat" de la societat, que té la finalitat de protegir i de promoure la salut així com de prevenir malalties i lesions. La salut pública es concep com un bé públic i la intervenció del Govern en projectes relacionats amb la salut es pot considerar un primer pas per corregir les desigualtats en salut. El nucli dels esforços de protecció de la salut s'exerceixen a través de l'autoritat sanitària mentre que els poders redistributius del Govern, per la seva banda, són de vital importància per a l'abordatge de les iniquitats socials i de salut.

Seguint la proposta de l'OMS,¹⁹ la governança intersectorial per a la salut pot ser considerada com el principal element per actuar sobre els elements socials i per aconseguir una STP. Per fer això, ha d'utilitzar essencialment dos tipus d'eines:

- estructures de col·laboració i
- accions, iniciatives o projectes col·laboratius (per exemple, acords pels quals s'articulen les polítiques d'una manera concreta, la decisió d'adoptar algunes polítiques, la utilització d'instruments de política concrets per fer-ne efectiva la implementació, etc.).

Cal, per un costat, un treball intern del Govern, entre sectors o entre diferents nivells polítics i burocràtics per elaborar polítiques o plans i, per l'altre, un compromís que el Govern adquireix envers la societat civil i el sector privat.

La importància d'una governança compartida per dirigir i portar a terme la salut en totes les polítiques està recollida en diversos documents fonamentals com són els de la presidència finlandesa del Consell de la Unió Europea (UE) l'any 2006,²⁰ la Declaració de Roma de 2007 sobre STP²¹ i la Declaració d'Adelaida de 2010 sobre STP, que afirma que cal prestar una atenció especial a “avançar cap a una governança compartida per a la salut i el benestar”.²²

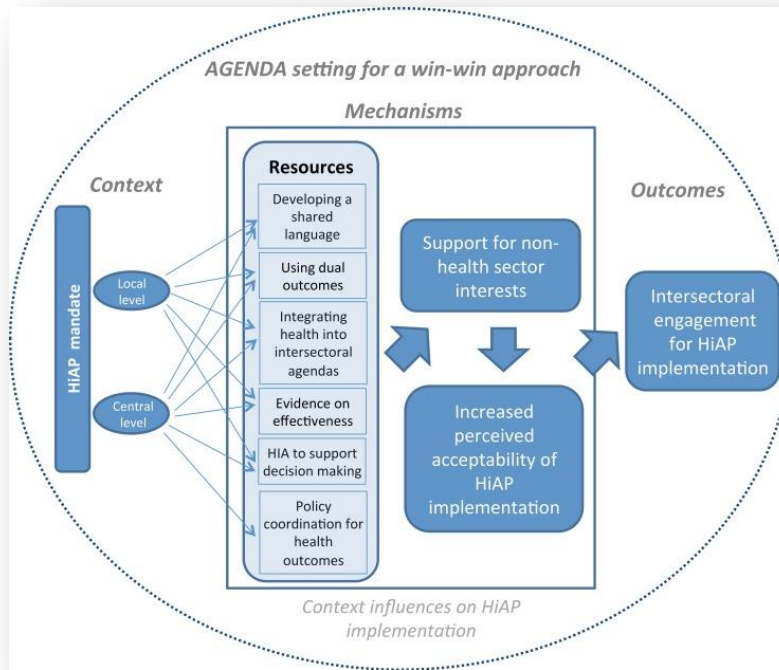
Malgrat que hi ha diferents maneres d'entendre-la, seguint la proposta de McQueen *et al.* en el document de l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut de l'OMS sobre *Governança intersectorial per a la salut en totes les polítiques*, “la governança és el sistema de presa de decisions en el qual es marquen les pautes, s'exerceix l'autoritat legislativa i es controlen i gestionen els esdeveniments. Els governs que reconeixen la complexitat dels factors socials i econòmics governaran mitjançant una col·laboració amb el mercat i amb els actors de la societat civil, per a la implementació i el desenvolupament de les polítiques. La Governança pot incloure l'acció que va molt més enllà del Govern, mitjançant la delegació de la formulació de polítiques i la implementació de polítiques o de parts que fan les organitzacions o les parts interessades (*stakeholders*). En essència, la governança es basa en relacions de poder”.²³

La pràctica de la salut en totes les polítiques, segons es recull a la Declaració d'Adelaida “requereix d'una forma de governança en què hi hagi un lideratge comú entre governs, entre tots els sectors i entre els diferents nivells del Govern”.²⁴

Aquesta governança ha d'articular-se de forma vertical a través dels diferents nivells (Catalunya, regions, local i àrea petita o l'equivalent a l'àrea bàsica de salut) com de forma horitzontal (intersectorial i amb participació de la societat) en cadascun d'aquests nivells.

Una revisió de Molnar *et al.*²⁵ mostra que les estratègies merament sensibilitzadores o directives no funcionen a l'hora d'implantar la STP. El que sí que té una forta evidència són les estratègies “guanyar-guanyar” ja que faciliten l'acceptabilitat percebuda (*buy-in*) i la factibilitat de la implementació intersectorial. Dintre d'aquestes estratègies “guanyar-guanyar”, s'hi inclouen:

- El desenvolupament d'un llenguatge comú per facilitar la comunicació entre actors de diferents sectors
- Integrar la salut a d'altres agendes, com pot ser la de la sostenibilitat
- L'ús de resultats duals que incloguin els interessos dels altres sectors
- L'ús d'evidència científica per demostrar l'efectivitat de la STP
- L'aplicació de l'avaluació d'impacte en salut per fer més factible i concreta la coordinació de les polítiques i donar-los credibilitat



El PINSAP es planteja com un producte dinàmic que integra una sèrie d'accions i recomanacions per promoure la salut i reduir les desigualtats en salut que afecten la població de Catalunya, que s'adrecen a millorar els determinants socials de la salut i que requereixen la participació del Govern en el seu conjunt, o d'alguns dels seus departaments, i de l'Administració local i la societat civil.

El Govern de Catalunya

Una de les principals funcions del Govern és vetllar, conjuntament amb la societat, per la salut i el benestar de la població, actuant per un costat a través del sistema sanitari (tant l'assistencial, sobretot en la vessant comunitària, com el de salut pública) i, per l'altre, a través de les accions de tots els departaments que actuen sobre els determinants socials de la salut. Així, com autors tan rellevants com Marmot han expressat, cada departament i cada sector és un sector amb impacte en la salut.

La incorporació d'aquesta perspectiva de salut en totes les polítiques requereix temps i eines i a Catalunya s'han desplegat progressivament; com són:

- La Llei de salut pública, que va ser proposada pel mateix Govern de Catalunya i va ser aprovada el 2009 per unanimitat de tots els partits polítics
- La creació de la Comissió Interdepartamental de Salut amb representants d'alt nivell dels diferents departaments i que vetlla pel desplegament de l'estratègia de salut en totes les polítiques
- L'elaboració del primer Pla interdepartamental de salut pública, que va ser aprovat el 2014 i va establir les bases d'actuació sobre els principals determinants de la salut, sobretot sobre aquells que tenen a veure amb les condicions de vida, i va ajudar a introduir el discurs de salut en totes les polítiques a la societat i a tots els àmbits de govern
- El desenvolupament del test salut de cribatge de les estratègies i plans que requereixen una avaluació d'impacte en salut
- El desplegament de l'Observatori de Salut i Crisi de l'AQuAS que ha monitorat l'estat de salut a Catalunya en relació amb els principals eixos de desigualtat (edat, sexe, nivell socioeconòmic, nivell d'estudis i territori) i ha avançat fins a disposar de dades tant de determinants com d'estat de salut per àrees petites
- El reforç de la vessant interdepartamental i de salut pública en el Pla de salut 2016-2020, que estableix objectius clars de reducció de desigualtats en relació amb la salut i els seus determinants (sobretot els més relacionats amb els estils de vida)
- La inclusió del Pla Interdepartamental de Salut Públic a en el Pla de Govern i en el desplegament de l'Agenda 2030 a Catalunya

L'experiència viscuda aquests anys ha mostrat que perquè hi hagi realment una implicació de tot el Govern en l'estratègia cal no només el compromís dels departaments en l'àmbit central, sinó l'acció transversal i conjunta també en el territori. Així, les delegacions del Govern no només han d'estar informades i participar a les jornades territorials, com ja es va fer en el primer PINSAP, sinó que han de liderar realment el Pla en el territori. Per tant, el Govern ha d'estar implicat en el marc global de Catalunya, i també i de manera molt fonamental en cadascuna de les delegacions territorials. Potenciar aquesta descentralització del PINSAP és un dels trets fonamentals d'aquesta segona edició del Pla.

L'Administració local

L'Administració local és el nivell més proper al ciutadà i és responsable de moltes de les actuacions sobre les seves condicions de vida.

Com recull la Declaració de Shangai,²⁶ per impulsar una bona governança en salut és fonamental incloure i prioritzar l'acció local a través de ciutats i comunitats, ja que és en les comunitats on les persones viuen, treballen, aprenen, etc. i és, per tant, allí on es genera la salut. La salut és un dels millors marcadors del desenvolupament sostenible d'un municipi i contribueix a fer els municipis més equitatius, inclusivament, segurs i resilients per a tota la població.

És també en els municipis on es poden fer accions més efectives per promoure l'equitat i la inclusió social, reforçant els coneixements, les habilitats i les prioritats de les seves poblacions diverses a través d'una implicació comunitària forta.

El PINSAP planteja millorar l'efectivitat, l'eficiència i l'equitat de les intervencions de les administracions que afecten la salut de la població; intentar reduir els encavalcaments 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.

La primera edició del PINSAP incorporava, a partir de les aportacions de les administracions locals:

- Un grup de treball per al desenvolupament i implementació del PINSAP, amb la participació de les entitats municipalistes i les diputacions.
- La inclusió als convenis bilaterals entre Salut Pública i els ajuntaments i les diputacions, de les intervencions en el marc del PINSAP.
- La col·laboració en el marc dels plans locals de salut, que poden ser l'instrument de compromís polític dels governs locals per al desenvolupament de l'acció comunitària, en el marc del Pla de salut i del PINSAP. Les actuacions i intervencions en salut comunitària recollides als plans locals de salut necessàriament han de tenir la participació i corresponsabilització 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 i actius).

Aquesta segona edició del Pla proposa reforçar les iniciatives anteriors i a més reforçar el component local a través de:

- La participació en els Consells territorials Consultius de Coordinació i Participació en Salut Pública
- L'impuls als projectes territorials de salut i desenvolupament comunitari.
- L'impuls a l'avaluació d'impacte en salut en l'àmbit local.

La Societat

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 tercer sector, el sector productiu i el del coneixement.

Sense la implicació de la societat civil no és possible el desenvolupament de la salut en totes les polítiques, de manera que cal incrementar l'apoderament social en l'àmbit de les polítiques públiques saludables; i 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.

Com s'afirma a la Declaració de Shangai, només es pot aconseguir una vida saludable i més benestar per a la gent de totes les edats, mitjançant la participació de tota la societat en el procés de desenvolupament de la salut. També s'afirma que cal fomentar l'autonomia de les persones mitjançant la millora de l'alfabetització en salut i que cal assegurar la transparència i la rendició de comptes a la societat i facilitar al màxim la participació i la implicació de la societat civil.

En el desplegament del PINSAP es va establir un grup de treball amb entitats de tercer sector i un altre amb les societats científiques i les corporacions professionals. D'altra banda, la major part de les iniciatives posades en marxa han comptat amb la participació de representants de les entitats socials implicades.

En aquesta segona edició del PINSAP es planteja mantenir els grups establerts i reforçar la participació social a través de:

- La participació en els Consells territorials Consultius de Coordinació i Salut Pública
- L'impuls als projectes territorials de salut i desenvolupament comunitari.
- El desplegament de mecanismes de consulta i participació.
- L'avaluació, la rendició de comptes i la transparència.

7. Principis inspiradors

La necessitat que les polítiques públiques s'adrecessin a aconseguir resultats en salut apareix per primera vegada a la Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut amb l'expressió "polítiques públiques saludables" ("condicions promotores de salut"). Es basa en el reconeixement dels determinants socials de la salut i de la necessitat de l'acció intersectorial sobre la salut i de l'avaluació de l'impacte que hi tenen les polítiques principals. No és fins a vint anys després, durant la segona presidència de Finlàndia de la Unió Europea, que, per designar aquesta estratègia, apareix l'expressió "Salut en totes les polítiques". Aquest concepte és recollit l'any 2007 a l'article 152 del Tractat de la Unió Europea, que diu: "... un alt nivell de protecció de la salut humana s'ha de garantir en la definició i implementació de totes les polítiques i activitats comunitàries".²⁷

Des de llavors hi ha hagut un activitat considerable, a escala internacional, i més de 16 països, a escala nacional o estatal, han adoptat l'estratègia "Salut en totes les polítiques". De totes maneres l'experiència és força recent —no hi ha hagut una manera única d'aplicar-la— i, com que es tracta de problemes complexos, és molt complicat fer-ne l'avaluació. S'han identificat com a factors clau per a l'èxit: un enfocament específic, un lideratge continuat i fort d'una agència central, una anàlisi independent i un líder carismàtic (*champion*).^{28,29}

No hi ha una manera única de desenvolupar l'enfocament de Salut en totes les polítiques. Malgrat que totes les iniciatives de salut en totes les polítiques es basen en el concepte que la salut de la població i l'equitat necessiten l'acció intersectorial i col·laborativa, s'hi observa una variabilitat important tant en el procés com en l'estructura, l'abast i la participació. Aquesta variabilitat depèn de factors diversos, com les necessitats d'una comunitat concreta, els recursos disponibles i les relacions entre els agents principals.³⁰

La guia de l'Associació Americana de Salut Pública abans citada estableix que hi ha cinc elements clau de la salut en totes les polítiques, i l'Estat d'Austràlia del Sud, un líder internacional en aquest enfocament, ha identificat deu principis fonamentals.³¹ En serien els elements principals els següents:

- Un enfocament de salut en totes les polítiques situa la **salut com un objectiu comú** de totes les administracions públiques i tota la societat.
- Reconeix el valor de la salut per al benestar de tots els ciutadans i per al desenvolupament social i econòmic del conjunt de la societat. **La salut és un dret humà**, un recurs vital per a la vida quotidiana i un factor clau per a la sostenibilitat.
- Reconeix que la salut és el **resultat d'una àmplia gamma de factors**, com ara l'entorn físic natural i artificial, les condicions de vida i treball i els determinants sociopolítics molts dels quals es troben fora de les activitats del sector de la salut i es requereix una responsabilitat compartida i una resposta integrada i sostinguda política de tots els poders públics.

- Reconeix que **totes les polítiques del govern poden tenir efectes positius o negatius** sobre els determinants de la salut que es reflecteixen a l'estat actual de salut de la població i en el de les generacions futures.
- Reconeix que els impactes dels determinants de la salut **no es distribueixen per igual entre els grups de població** i que té com a objectiu tancar la bretxa de salut, en particular per a les persones en situació de major vulnerabilitat.
- Reconeix que molts dels problemes de salut més importants i urgents de la població requereixen una **actuació intersectorial sobre els seus determinants i sobre la seva distribució en la societat** que s'ha de desenvolupar d'una manera sostinguda i a llarg termini, i un compromís pressupostari.
- Reconeix que els **resultats s'han d'observar principalment a llarg termini**, però que cal establir un sistema d'avaluació regular que inclogui indicadors de procés i permeti **monitorar els avanços** i informar els agents implicats i a tota la societat.
- Reconeix la necessitat de consultar regularment els ciutadans per implicar-los i reconduir l'estratègia adequant-la als amplis canvis socials i culturals al voltant de la salut i el benestar.
- Reconeix la importància del **treball conjunt i el partenariat** entre els nivells de govern, la ciència i l'acadèmia, organitzacions comercials, professionals i organitzacions no governamentals per dur a terme estratègies de canvi sostingudes.

Es tracta, per tant, de:

- **Promoure la salut, l'equitat i la sostenibilitat** a través de dues vies: (1) la incorporació de la salut, l'equitat i la sostenibilitat en les polítiques, programes i processos sectorials específics, i (2) la integració de la salut, l'equitat i les consideracions de sostenibilitat en els processos de decisió del govern perquè fer una política pública saludable sigui la manera habitual de fer política i desenvolupar l'acció de govern. Promoure l'equitat és una part essencial de la salut en totes les polítiques atesa l'estreta relació entre les iniquitats i la mala salut per a tots els membres de la societat.
- **Donar suport a la col·laboració intersectorial.** La salut en totes les polítiques requereix l'actuació conjunta de molts agents dels diferents sectors que juguen un paper important en la configuració dels entorns econòmics, físics i socials en què viuen les persones i que, per tant, tenen un paper important a desenvolupar en la promoció de la salut, l'equitat i la sostenibilitat. Se centra en la col·laboració profunda i permanent.
- **Generar beneficis compartits.** La salut en totes les polítiques es basa en la idea de generar cobeneficis, i un entorn "guanyar-guanyar". Les iniciatives procuren abordar simultàniament els objectius de les polítiques i programes de salut pública, evitant redundàncies i buscant l'ús més eficient dels recursos sempre limitats i escassos.
- **Implicar totes les parts interessades.** Cal implicar una varietat d'agents en tots els sectors de la societat, buscant sinergies entre ells inclosos els agents

comunitaris, els experts i l'acadèmia, el sector privat i els finançadors. Es vol assegurar que el treball és sensible a les necessitats de la comunitat i identificar els canvis en les polítiques i els sistemes necessaris per crear millores en la salut significatives i amb impacte.

- **Crear un canvi estructural o de procés.** Amb el temps, la institucionalització de la salut en totes les polítiques condueix a un canvi permanent en la manera de treballar dels diferents departaments del Govern i en la de prendre les decisions. Això és vàlid no només per l'acció de Govern sinó també per la relació amb els govern locals i la incorporació de la visió de la societat en les polítiques públiques.

D'altra banda, en el marc de la darrera Conferència de Promoció de la Salut que ha tingut lloc a Shangai el novembre de 2016,³² es reafirmen i reformulen alguns dels principis que cal tenir en compte:

- **La salut és un dret universal**, un recurs essencial per a la vida quotidiana, un objectiu social compartit i una prioritat política per a tots els països.
- El lligam amb els **Objectius de desenvolupament sostenible (ODS)** de les Nacions Unides que estableixen el deure d'invertir en salut, garantir la cobertura universal del sistema sanitari i reduir les desigualtats en salut entre les persones de totes les edats, sense deixar ningú enrere.
- Només es pot aconseguir una vida saludable i un major benestar per a la gent de totes les edats, mitjançant la promoció de la salut a través de tots els ODS i mitjançant la **participació de tota la societat** en el procés de desenvolupament de la salut.
- La carta d'Ottawa va impulsar un seguit d'estratègies transformadores, pràctiques, d'alt impacte i basades en proves, que reforcen la necessitat d'**actuar de manera decisiva en tots els determinants de la salut**, facultar les persones per **augmentar el control sobre la seva salut** i assegurar **sistemes sanitaris centrats en les persones i les comunitats**.
- Cal impulsar una bona **governança en salut** que inclogui i prioritzi l'**acció local** a través de ciutats i comunitats, ja que és en les comunitats on les persones viuen, treballen, aprenen, etc. i és, per tant, allí on es genera la salut. La salut és un dels millors marcadors del desenvolupament sostenible d'un municipi i contribueix a fer els municipis més equitatius, inclusivament, segurs i resilents per a tota la població.
- Cal prioritzar les polítiques que creen **cobeneficis** entre la salut i el benestar i altres resultats beneficiosos per a la societat.
- Cal donar suport als municipis per **promoure l'equitat i la inclusió social**, reforçant els coneixements, les habilitats i les prioritats de les poblacions diverses a través d'una implicació comunitària forta.

- Cal fomentar l'autonomia de les persones mitjançant la millora de **l'alfabetització en salut**.
- Cal fomentar la **innovació i el desenvolupament** en el marc de la promoció de la salut i donar prioritat a la salut de les persones que es troben en una situació de major vulnerabilitat.
- Cal assegurar la **transparència** i la rendició de comptes a la societat i facilitar al màxim la participació i la implicació de la societat civil.

8. PINSAP 2017-2020: marc conceptual, objectius i eixos d'actuació

Marc conceptual

El PINSAP 2017-2020 considera la salut com un dret humà fonamental, treballa per reduir les desigualtats en salut de les persones de totes les edats, sense deixar ningú enrere, inclou la perspectiva de gènere i trajectòria vital fonamental per reduir les desigualtats i lliga els objectius de salut amb els ODS de les Nacions Unides. Reforça la necessitat de participació de tota la societat en el procés de desenvolupament de la salut i el desenvolupament sostenible.

Com s'ha afirmat a la darrera reunió del Regions for Health Network en què participa Catalunya: "La centralitat de la salut com un resultat, un determinant i un facilitador per al desenvolupament sostenible és plenament reconeguda a escala internacional. Un treball intel·ligent, ben coordinat en la implementació de les agendes de salut 2020 i 2030, amb participació de tots els sectors i de tota la societat ofereix beneficis compartits de les inversions en salut i desenvolupament sostenible".³³

Desplega una governança intersectorial en salut, articulada en diferents nivells (Catalunya, regional, local i d'àrea petita), que inclou i prioritza l'acció local a través de ciutats i comunitats, ja que és en les comunitats on les persones viuen, treballen, aprenen, etc. i és allí, per tant, on es genera la salut.

Se centra en polítiques que creen cobeneficis entre la salut i el benestar i altres resultats beneficiosos per a la societat.

Es basa en el fet que la salut en totes polítiques és un enfocament de les polítiques públiques en tots els sectors que té en compte sistemàticament les conseqüències per a la salut de les decisions, busca sinergies i evita impactes perjudicials per a la salut per tal de millorar la salut de la població i l'equitat en salut. Millora la capacitat de respondre dels polítics sobre els impactes sobre la salut en tots els nivells de la formulació de polítiques. Emfasitza les

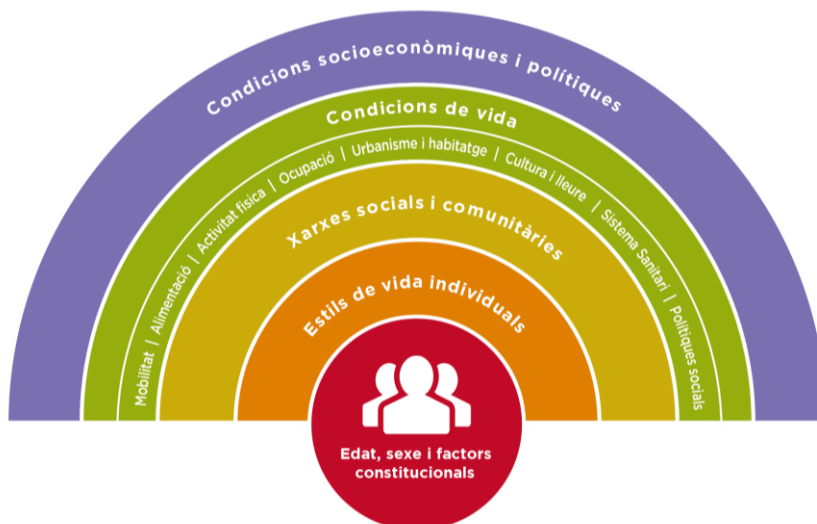
conseqüències de les polítiques públiques en els sistemes de salut, els determinants de la salut i el benestar.³⁴

L'enfocament de SaTP constitueix un dels quatre eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya 2016-2020, amb l'objectiu d'augmentar els anys de vida en bona salut de la població i alhora reduir les desigualtats socials en salut.³⁵

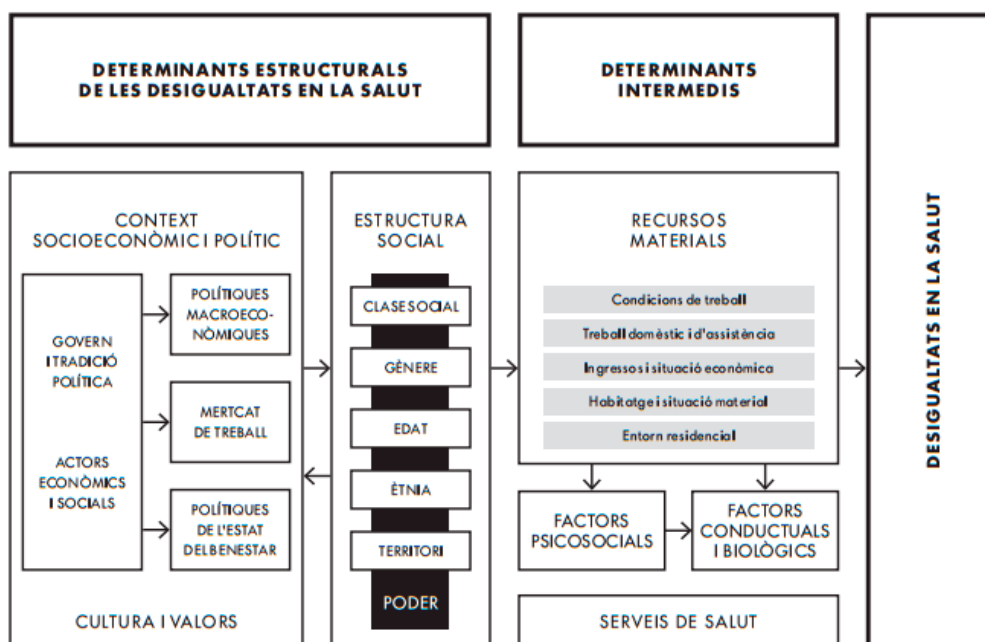


Té en compte cinc models conceptuals complementaris:

- El model que s'aplica en relació amb els determinants de la salut continua sent l'adaptació del model de Dahlgren i Whitehead, que es va fer durant l'elaboració de la primera edició del PINSAP. Es fa una modificació en el sentit que l'àmbit "Cultura, lleure i activitat física" es divideix en dos: d'una banda, en "Cultura i lleure" i, de l'altra, en "Activitat física" per atendre les diferències i la diferent línia de causalitat amb els problemes de salut.

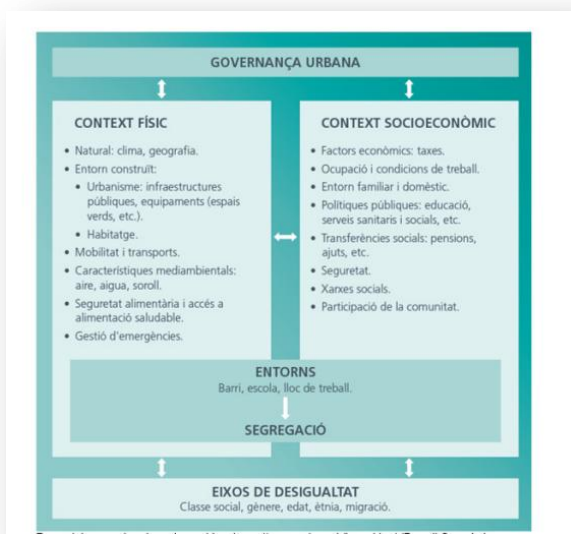


- L'experiència dels primers anys de desplegament del PINSAP subratlla la importància d'incloure d'una manera explícita en el model el treball per l'equitat i així en aquesta edició s'incorpora també el marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut que va elaborar la Comissió per reduir les desigualtats socials en salut a Espanya el 2010³⁶ i que està basat en les propostes de Solar i Irwin, i la de Navarro.



Font: Comissió per reduir les desigualtats socials en salut a Espanya 2010.

- D'altra banda i tenint en compte l'alt percentatge de la població que viu a ciutats, proposa considerar, quan sigui oportú, el marc dels determinants en salut en el context urbà del projecte Ineq-Cities.

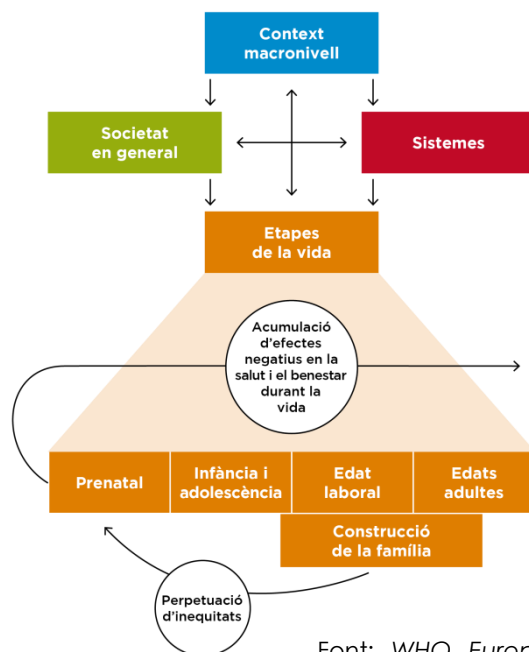


Així la governança urbana condiciona les oportunitats que tenen les persones per desenvolupar el seu potencial així com per millorar les seves condicions socials i econòmiques, diferint aquesta influència segons els eixos de desigualtat: classe social, gènere, edat, ètnia i estatus migratori.^{37,38}

Font: Projecte Ineq-Cities (Borrell et al. 2013).

Així mateix és essencial incorporar una perspectiva de trajectòria vital, ja que, per exemple, l'exposició al risc en les primeres etapes de la vida afecta de manera determinant la salut durant tota la vida.

Tal com proposa el *WHO European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide*,³⁹ incorporar la perspectiva de trajectòria vital, prioritzant les actuacions en la primera etapa de la vida i adaptant les que es facin en les altres, és essencial per reduir les desigualtats i evitar-ne la perpetuació.



Font: WHO European Review of Social Determinants of Health and Health Divide.

Per últim, cal tenir en compte la salut en el marc dels ODS i l'Agenda 2030 per al desenvolupament sostenible:



Dos conceptes finals clau recollits en els documents citats anteriorment són:

- Les accions i polítiques públiques per fer front a les desigualtats en salut necessiten ser universals i inclusives, però proporcionals a les necessitats (universalisme proporcional). Adreçant els recursos només a les persones i els grups més desfavorits no s'aconseguirà reduir el pendent del gradient social en salut.
- A més de treballar en les necessitats i les causes dels problemes de salut de les persones i les comunitats, és fonamental construir sobre la seva resiliència fomentant-ne al màxim l'apoderament.

Objectius i eixos del PINSAP 2017-2020

Els objectius del PINSAP són molt similars als que tenia l'edició anterior, amb un major èmfasi en la lluita contra les desigualtats, l'aplicació territorial, la col·laboració intersectorial i en l'apoderament de la societat:

Eix 1:

- Incrementar els anys en bona salut de la població de Catalunya a partir de l'acció interdepartamental, interadministracions i intersectorial sobre els determinants de la salut disminuint sobre les desigualtats.

Eix 2:

Incorporar efectivament la salut com un dels eixos de la política governamental (salut en totes les polítiques i avaluació de l'impacte en salut de totes les polítiques).

Cinc objectius instrumentals serien:

- a. Implicar tot el Govern (autonòmic i local) i la societat perquè puguin capitalitzar la seva influència positiva sobre la salut.
- b. Millorar la coordinació i promoure sinergies que comportin un increment de l'efectivitat, l'eficiència i l'equitat de les polítiques intersectorials sobre la salut i el benestar.
- c. Desplegar territorialment el PINSAP de manera que les seves actuacions arribin a tot Catalunya implicant els recursos propis de cada zona i potenciant el seu caràcter participatiu.
- d. Potenciar un enfocament salutogènic, apoderant les persones i les comunitats, i potenciant l'ús de recursos i actius comunitaris
- e. Impulsar els projectes de salut comunitària fins aconseguir que cada comunitat a Catalunya sigui una comunitat saludable (aquella que possibilita que les persones que hi viuen puguin desplegar al màxim la seva salut).



9. Àrees temàtiques d'acció prioritària

En aquest segon PINSAP, s'han triat un seguit d'àrees d'actuació que s'han prioritzat d'acord amb els criteris següents:

- Que estiguin incloses com un dels grans reptes que ha d'afrontar l'OMS:
- L'OMS va assenyalar com a reptes per al segle XXI: l'envelliment de la població, la innovació, el canvi climàtic, la globalització, els costos creixents de l'atenció sanitària, els problemes de salut crònics, la veu ciutadana i la urbanització.⁴⁰ Un informe del maig de 2017 també de l'OMS, amb l'objectiu d'un món més sa, més just i més segur, situa les àrees prioritàries en l'atenció maternoinfantil, les malalties infeccioses emergents, els problemes de salut crònics, la reducció de les desigualtats, l'envelliment saludable, un bon sistema sanitari universal, les vacunacions, els entorns (aire, aigua, físic), la protecció i actuació enfront de les emergències.⁴¹
- Que siguin un dels principals factors de risc per al nostre entorn de mortalitat prematura i discapacitat per al nostre entorn (segons el [Global Burden of Diseases](#)).

Burden of disease attributable to leading risk factors, 2013



- Que estiguin incloses als objectius de desenvolupament sostenible.
- Que siguin un problema complex (wicked problem) que requereixi una actuació intersectorial sobre els seus determinants.

A part dels temes nous, es continua treballant en les actuacions prioritzades al PINSAP 2014-2015, que tenien un horitzó 2020.

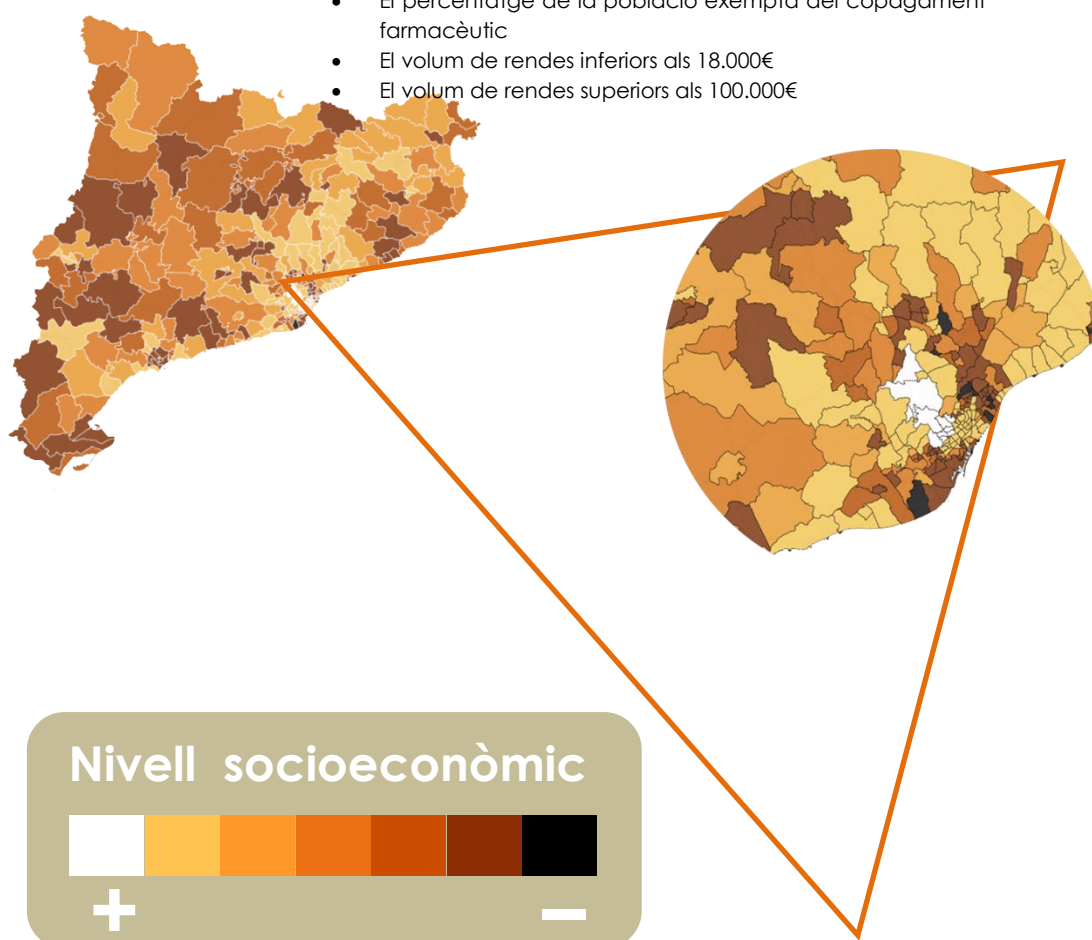
Està previst incorporar durant el 2017 almenys dos temes nous:

- Salut sexual i reproductiva.
- Primera infància.

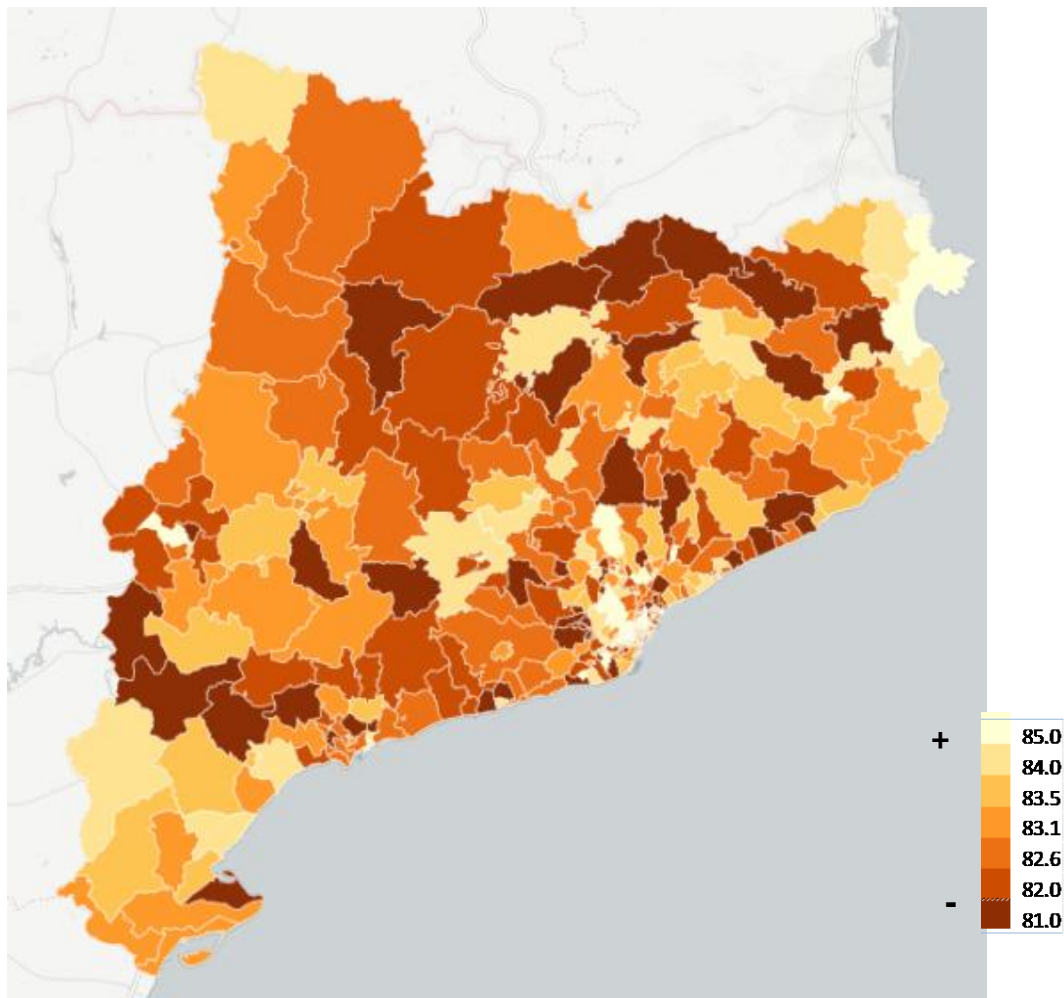
D'altra banda, i com s'ha dit anteriorment, en el marc de l'[Observatori del Sistema de Salut de Catalunya](#) de l'AQuAS relacionat amb el PINSAP, s'ha fet un gran esforç per disposar d'indicadors de determinants de salut (inclòs el nivell socioeconòmic) i de resultats en salut (inclosa l'esperança de vida) per àrees petites, les corresponents a una àrea bàsica de salut —aproximadament 25.000 habitants. Això és essencial per poder actuar en les desigualtats de salut al territori i per a tots els projectes de salut comunitària.

7 variables :

- La població amb ocupacions manuals
- El nivell d'estudis
- La mortalitat prematura
- Les hospitalitzacions evitables
- El percentatge de la població exempta del copagament farmacèutic
- El volum de rendes inferiors als 18.000€
- El volum de rendes superiors als 100.000€



Mapa socioeconòmic de les ABS - detall



Font: Registre de mortalitat de Catalunya, 2009-2013

Per treballar aquest eix d'acció territorial, el PINSAP 2017-2020 es planteja la realització de projectes concrets en relació amb aquestes àrees prioritàries o en d'altres d'específiques a escala regional, municipal o d'àrea bàsica de salut, dintre dels projectes de salut comunitària i en conjunció amb l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC).

Entorn (inclòs el canvi climàtic)

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 efectes, també, sobre les generacions futures. A Europa es considera que és un determinant decisiu de les malalties i s'estima que és el responsable de gairebé el 20% de les morts que s'hi produeixen.⁴² 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 factors ambientals determinats 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. Dels contaminants que generen més preocupació en les aglomeracions urbanes destaquen les partícules en suspensió (PM10 i PM2,5) i els òxids de nitrogen (NOx). 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. D'acord amb estimacions de l'OMS la contaminació atmosfèrica en les ciutats i zones rurals de tot el món provoca cada any 3 milions de defuncions prematures.⁴³ A Europa s'estima que l'exposició a PM disminueix l'esperança de vida de cada persona una mitjana de gairebé un any a causa, principalment, d'un increment del risc de patir malalties cardiovasculars i respiratòries i càncer de pulmó.⁴⁴ Així mateix s'estima que l'any 2013 a Europa hi va haver 467.000 morts prematures atribuïbles a l'exposició a PM2,5, 71.000 atribuïbles a NO₂ i 17.000 a O₃.⁴⁵ D'altra banda, la mortalitat diària per totes les causes s'estima que augmenta en un 0,2-0,6% per 10 µg/m³ de PM10 i que l'exposició a llarg termini a PM2,5 s'associa amb un increment de risc a llarg termini de mortalitat cardiopulmonar d'un 6-13% per 10 µg/m³ de PM2,5. Les persones 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 llindar per sota del qual no es produeixin efectes adversos per a la salut.^{46,47}

El canvi climàtic és un dels desafiaments més importants que la humanitat ha d'afrontar. Tal com va indicar l'any 2009 la Comissió Lancet sobre Canvi Climàtic, el canvi climàtic és la major amenaça global per a la salut al segle XXI.⁴⁸ En aquest sentit, el Secretariat de la Convenció Marc de les Nacions Unides sobre el Canvi Climàtic va afirmar que l'acord de la 21^a Conferència de les Parts (COP21) és un acord de salut pública.⁴⁹

Els principals impactes que el canvi climàtic té en la salut humana a Catalunya són els relacionats amb les onades de calor, les malalties de transmissió vectorial, la qualitat de l'aire i la qualitat de l'aigua.

Des de fa anys s'han descrit els efectes negatius de les variacions tèrmiques sobre la salut. Un dels efectes més àmpliament estudiat són les onades de calor que, d'acord amb el Tercer Informe del Canvi Climàtic a Catalunya,⁵⁰ provoquen augments del nombre de defuncions i hospitalitzacions de més d'un 20%, majorment en les persones grans i les que pateixen patologies cròniques prèvies. S'estima que el nombre de morts a causa de la calor a Catalunya es pot multiplicar per vuit el 2050, de manera que es produirien més de 2.500 defuncions anuals durant els mesos d'estiu. Les temperatures extremes de l'aire contribueixen directament a les defuncions per malalties cardiovasculars i respiratòries. En un estudi realitzat pel Centre de Recerca d'Epidemiologia Ambiental (CREAL- ISGlobal) sobre les onades de calor i les causes específiques de mortalitat en totes les edats,⁵¹ 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.

L'OMS en un estudi de l'any 2014 va estimar que 250.000 persones moriran cada any en el període 2030-2050 com a conseqüència dels efectes del canvi climàtic, en gran part a causa d'un augment en l'exposició a la calor, de taxes més altes de transmissió de malalties i l'escassetat d'aliments.⁵² A Europa s'estima un increment de la mortalitat entre l'1% i el 4% per cada grau que augmenti la temperatura. És a dir, un augment de més de 30.000 morts l'any per dècada entre el 2030 i el 2050 i d'entre 50.000 i 110.000 per a la dècada de 2080.⁵³

Pel que fa a les malalties de transmissió vectorial, els dos factors necessaris per a l'emergència dels arbovirus, que són la presència de vectors i la possible introducció dels virus, es donen a Catalunya. Les arbovirosi amb més risc d'afectar la població de Catalunya per la presència al territori del seus vectors mosquits són les produïdes pels virus del chikungunya, dengue, Zika i Nil occidental. A Catalunya, els arbovirus són responsables d'un 5% de les infeccions ateses a les consultes de viatgers.⁵⁴ L'augment de les temperatures farà augmentar la població de mosquits i s'ampliarà el període potencial de transmissió de malalties.⁵⁵ Un estudi preveu que en àrees del sud de Catalunya es podrien patir més de deu casos per 100.000 habitants de dengue, mentre que en el període 1960-1990 se n'ha registrat solament entre un 0,3 i un cas per 100.000 habitants.⁵⁶

L'Estratègia Catalana d'Adaptació al Canvi Climàtic⁵⁷ determina que l'aigua és l'element més vulnerable als impactes del canvi climàtic a Catalunya, a causa del clima mediterrani. Les projeccions climàtiques indiquen que disminuirà la disponibilitat d'aigua a Catalunya (es reduiran els cabals dels rius i la recàrrega d'aigües subterrànies) i que això afectarà la qualitat de l'aigua, amb afectacions importants per a la producció alimentària i la gestió dels boscos. Així mateix, és molt probable que augmenti la freqüència d'aiguats extrems i els episodis d'emergència de sequera.

El canvi climàtic té també una incidència important en la contaminació atmosfèrica, ja que pot afectar els nivells d'emissió dels contaminants i la seva dispersió. Amb la calor, els efectes perjudicials de la contaminació augmenten perquè determinats compostos són més volàtils o perquè se n'incrementa la capacitat oxidant.

Els productes químics tenen un paper important en la nostra vida diària. Molts d'ells contribueixen de manera significativa a la millora de la qualitat de vida, la salut i el benestar. No obstant això, l'exposició als productes químics constitueix una de les principals preocupacions mediambientals de la Unió Europea, ja que alguns són perillosos i poden afectar negativament la nostra salut i el medi ambient quan són comercialitzats i usats inadecuadament. Les investigacions indiquen que alguns productes químics tenen propietats de disrupció endocrina i que poden causar efectes desfavorables sobre la salut i el medi ambient, i poden afectar el desenvolupament dels infants. D'altra banda, actualment hi ha incerteses respecte als impactes en la salut humana i el medi ambient dels efectes combinats dels productes químics i dels nanomaterials. Existeixen més de 100.000 substàncies químiques. 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.⁵⁸

D'altra banda, el plom o el mercuri, entre d'altres, 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. Els contaminants poden derivar també d'emissions o residus industrials.

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 de residus. 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.

Els estudis confirmen que fins al 26% de les morts al món d'infants menors de cinc anys podrien haver-se previngut si s'haguessin eliminat els riscos ambientals.⁵⁹ 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.^{60,61,62,63,64,65,66,67,68} L'any 2008 es va encunyar el terme "síndrome de dèficit de natura"^{69,70,71} 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 immunitària. La declaració dels espais com a espais naturals protegits (ENP) en comporta la 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. S'ha estimat que al voltant del 20% de la població de la Unió Europea està exposada a nivells de soroll que excedeixen els 65 decibels —dB(A)— durant el dia, nivells que poden produir molèsties, alteracions del son i efectes adversos per a la salut.⁷² El trànsit rodant és la font principal del soroll ambiental a Europa. S'estima que 125 milions de persones estan afectades per nivells de soroll de trànsit per carretera superior a 55 decibels Lden (nivell mitjà de soroll durant tot el dia, la tarda i la nit a què està exposat un ciutadà durant el període d'un any), incloent-hi més de 37 milions de persones exposades a nivells de soroll superiors a 65 decibels Lden.⁷³ Així mateix, s'estima que els anys de vida ajustats per discapacitat (DALYs) perduts pel soroll ambiental són 61.000 anys per la malaltia isquèmica del cor i 45.000 anys pel deteriorament cognitiu dels infants als estats membres de la Unió Europea i d'altres països de l'Europa occidental.⁷⁴ El compliment dels límits 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 al sol 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 - efecte entre camps electromagnètics i salut, però tampoc no 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, "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-ne els nivells i a informar la ciutadania.

Objectius en el marc de la salut ambiental

L'Oficina Regional de l'OMS per a Europa, en la V Conferència Ministerial sobre el Medi Ambient i la Salut celebrada a Parma el març de 2010, va acordar intensificar esforços en:^{75,76}

- 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 suscitées per les substàncies químiques nocives persistents, disruptors endocrins i bioacumulatius, nanopartícules, així com per problemes emergents.

El juny de 2017 se celebra la VI Conferència Ministerial sobre Medi Ambient i Salut,⁷⁷ en col·laboració amb les Nacions Unides per a Europa i el Programa de les Nacions Unides per al Medi Ambient, a Ostrava, República Txeca. Els temes que s'identifiquen com a prioritaris per a les accions futures són:

- Construir la sostenibilitat ambiental dels sistemes de salut com un mitjà per millorar l'eficiència en l'ús de l'energia i dels recursos, la gestió racional dels productes químics al llarg del seu cicle de vida i reduir la contaminació i els residus.
- Assegurar l'ús integrat, sostenible i segur de l'aigua, i el sanejament i la higiene per a tothom, sobretot en les instal·lacions educatives i de salut.
- Millorar la qualitat de l'aire avançant cap a les directrius de l'OMS de qualitat de l'aire.
- Fer que les ciutats i regions europees siguin sostenibles i promotores de salut.
- Reduir els riscos per a la salut humana dels residus, els sòls contaminats i els productes químics, anant cap a una economia circular.
- Dur a terme l'adaptació al canvi climàtic i la mitigació d'aquest enfortint la capacitat de resiliència i el reconeixement dels cobeneficis que es poden obtenir en l'àrea de qualitat de l'aire.
- Promoure la seguretat química i les alternatives no químiques segures, inclosa la promoció de la vigilància, així com el biomonitoratge humà, de l'exposició a productes químics, adoptant un enfocament preventiu i invertint en l'avaluació de riscos i en la recerca per entendre millor l'exposició humana als productes químics i la càrrega associada de malaltia.

Els Pla de salut de Catalunya 2016-2020 recull en els eixos de treball accions per a la millora de la gestió del risc en l'àmbit de les aigües de consum humà, les substàncies i preparats químics i el canvi climàtic.

Abordatge intersectorial

Són múltiples i molt diversificats els factors ambientals que poden incidir en la salut. Per aquest motiu, la protecció de la salut de la contaminació del medi només es pot aconseguir amb la col·laboració entre els diferents sectors implicats: la comunitat científica especialitzada en cadascun dels compartiments del medi, mitjançant els estudis d'avaluació de riscos; les administracions competents, amb l'establiment de normes, guies, recomanacions, polítiques informatives i de sensibilització de gestió del risc i el control dels agents implicats; els sectors industrials i de serveis, complint els criteris i les normes i impulsant millores; i els ciutadans, amb la promoció de comportaments saludables, com pot ser 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 a agents determinats com el soroll o la contaminació de l'aire.

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, però aquesta reducció requereix clarament accions de les autoritats de diferents àmbits: medi ambient, indústria, transport, ordenació del territori, salut pública, habitatge i energia.

El Departament de Territori i Sostenibilitat (DTS) disposa de la Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació Atmosfèrica⁷⁸ per obtenir informació sobre els nivells de concentració dels contaminants principals: el diòxid de nitrogen (NO₂) el diòxid de sofre (SO₂), les partícules en suspensió PM10 i PM2,5, el monòxid de carboni, l'ozó troposfèric (O₃), el benzè, els hidrocarburs aromàtics policíclics i els metalls pesants. Pel que fa a la gestió i avaluació de la qualitat de l'aire, destaquen les actuacions que porta a terme el DTS sobre el NO₂, les PM10, l'O₃ i altres contaminants amb efectes sobre la salut que són contaminants atmosfèrics locals, i les que fa sobre 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. Els primers tenen un radi d'afectació de poca extensió territorial, però poden suposar una afectació directa sobre la salut de les persones. Aquest component local fa que les accions que cal emprendre hagin de realitzar-se en el mateix àmbit on es produeixen les seves emissions. El Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire a les zones de protecció especial de l'ambient atmosfèric. Horitzó 2020,⁷⁹ que impulsa el Govern de la Generalitat de Catalunya liderat pel DTS, té com a objectiu assolir els valors límit de qualitat de l'aire per a aquests contaminants fonamentalment urbans als 40 municipis de la Regió Metropolitana de Barcelona que presenten uns nivells de qualitat de l'aire de NO₂ i PM10 superiors als valors límit màxims admissibles que fixa la normativa vigent.

L'Acord polític per a la millora de la qualitat de l'aire a la conurbació de Barcelona, aprovat el 6 de març de 2017, de caràcter marcadament intersectorial i interadministratiu, és un avenç important en el camí de garantir la qualitat de l'aire i

protegir, així, la salut de les persones i el medi ambient. Impulsat pel DTS, ha estat consensuat amb els departaments d'Interior i de Salut, l'Ajuntament de Barcelona, l'Àrea Metropolitana de Barcelona, la Diputació de Barcelona i més d'una quarantena de municipis de la conurbació de Barcelona, i preveu iniciatives i compromisos específics de totes les parts implicades.⁸⁰

D'altra banda, el DTS desenvolupa anualment la campanya de vigilància dels nivells d'ozó troposfèric a Catalunya, que inclou la predicció dels nivells d'ozó i un preavis als municipis i al sector sanitari en cas que se'n superin uns nivells determinats, per facilitar l'adopció de mesures preventives per reduir l'exposició de les persones, especialment dels grups vulnerables. Aquestes accions són fruit de la coordinació entre el DTS, el Departament de Salut i Protecció Civil, i es preveu que es duguin a terme davant d'episodis ambientals per superació dels nivells de PM i NO₂.

Pel que fa a la vigilància dels contaminants d'origen industrial, cal destacar les accions realitzades pel DTS al Camp de Tarragona o en àrees determinades del Vallès i el Baix Llobregat i indrets on hi ha localització puntual de determinades activitats del sector del ciment, químic o energètic, i la participació de l'Observatori de Salut i Medi Ambient del Camp de Tarragona de l'ASPCAT en l'avaluació dels riscos d'aquests contaminants.

Pel que fa al canvi climàtic, el Govern de Catalunya, conscient d'aquest repte, ha impulsat diverses accions per mitigar-lo: el Pla marc de mitigació del canvi climàtic 2008-2012,⁸¹ el Pla de l'energia i canvi climàtic de Catalunya 2012-2020⁸² i el Programa d'acords voluntaris per a la reducció d'emissions i per a la compensació de gasos amb efecte d'hivernacle,⁸³ i accions per millorar l'adaptació al canvi climàtic, com l'Estratègia catalana d'adaptació al canvi climàtic (ESCACC. Horitzó 2013-2020) citada anteriorment. En tots els casos es tracta de plans d'acció intersectorials, impulsats pels diversos departaments de la Generalitat amb implicació en el tema (agricultura i ramaderia, biodiversitat, gestió forestal, indústria, serveis i comerç, transport, pesca i ecosistemes marins, salut, sector energètic, turisme, urbanisme i habitatge), i amb la participació tant de l'àmbit privat com de la resta d'administracions públiques, sota la coordinació de l'Oficina Catalana del Canvi Climàtic.

En la lluita contra les arbovirosi és clau la cooperació entre les accions de vigilància virològica, la detecció precoç i confirmació diagnòstica dels casos, la vigilància entomològica i animal, i el control dels vectors per instaurar mesures d'intervenció immediates. És imprescindible la coordinació entre tots els agents i administracions implicats, en funció de les seves competències. En aquest sentit, cal destacar els documents *Estratègia per a la prevenció i el control del mosquit tigre a Catalunya*⁸⁴ i *Protocol per a la vigilància i el control de les arbovirosi transmeses per mosquits*,⁸⁵ elaborats per una comissió interinstitucional formada per diverses entitats locals, els serveis de control de mosquits de Catalunya, organismes científics i departaments implicats en la matèria (departaments competents en medi natural i salut).

El *Pla d'actuació per a la prevenció i control de les plagues de mosquits i mosca negra a les comarques afectades de Catalunya 2015-2017* és també un exemple de cooperació interadministrativa per fer front a aquesta problemàtica. Hi han intervingut diversos departaments de la Generalitat (Territori i Sostenibilitat, Agricultura, Ramaderia,

Pesca i Alimentació, Empresa i Ocupació i Salut) i les diputacions implicades, i ha estat executat pels serveis de control de mosquits de Catalunya.

En el marc de les actuacions de vigilància veterinària d'animals susceptibles de transmetre la ràbia, l'ASPCAT disposa d'un protocol que defineix les activitats que han de realitzar els diferents organismes implicats en episodis de mossegada o agressió d'un animal d'una espècie susceptible de ser transmissora de la ràbia. L'ASPCAT realitza la coordinació de les actuacions amb els ens locals i amb el laboratori d'anàlisi de les mostres, si escau, i la comunicació al Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat d'acord amb el model normalitzat que l'OMS té establert al respecte.

En l'àmbit de l'aigua són també diverses administracions i agents els que conflueixen per garantir la qualitat i conservació d'aquest recurs vital. Cal destacar que els municipis i les gestores són els responsables del subministrament d'aigua de consum al seu territori, i que l'Agència Catalana de l'Aigua (ACA) realitza la vigilància de l'aigua del medi natural, fomentant millores en els abastaments públics i en la depuració d'aigües residuals i impulsant-ne la reutilització, i el Departament de Salut realitza la vigilància i el control sanitaris dels abastaments i fa els informes sanitaris previs als abocaments d'aigües residuals i les reutilitzacions. És també un exemple de treball conjunt les accions que es duen a terme per fer front a la problemàtica d'excés de nitrats d'origen agrari en les masses d'aigua, que requereixen un esforç d'entesa dels departaments d'Agricultura, Ramaderia, Pesca i Alimentació, Territori i Sostenibilitat, i Salut, a més dels sectors implicats, per reduir-ne la presència. D'altra banda, pel que fa a la qualitat de les aigües de bany, cal seguir aplicant el Pla de vigilància de la qualitat de les platges i aigües litorals, que coordina l'ACA, amb la col·laboració dels ajuntaments i del Departament de Salut.

En l'àmbit dels aliments, tal i com preveu la Llei de salut pública 18/2009, del Parlament de Catalunya, el Pla de seguretat alimentària ha de ser el marc de referència per a les accions públiques de l'Administració de la Generalitat i dels ens locals en seguretat alimentària. Aquest Pla Inclou els objectius de seguretat alimentària així com el conjunt dels serveis, els programes i les actuacions que s'han de desenvolupar a tota la cadena alimentària; així com els mecanismes d'avaluació i seguiment. Preveu una intervenció coordinada des de la producció primària dels aliments fins el seu consum per tal de garantir una adequada avaluació, gestió i comunicació dels riscos en aquest àmbit. El Pla de seguretat alimentària de Catalunya constitueix l'instrument que defineix la política de seguretat alimentària dins del marc del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) i del Pla de salut de Catalunya.

La coordinació i l'abordatge intersectorial i interadministratiu també és clau en la gestió dels brots de legionel·losi, atès el repartiment de les competències de control de les instal·lacions de risc entre el Departament de Salut i els municipis i de les tasques tant en l'àmbit de la investigació epidemiològica com de la investigació ambiental i analítica que es requereixen. Així mateix, cal seguir impulsant les accions comunes entre els ens locals i els departaments competents per disposar de més eines de gestió del risc que afavoreixin una millora en aquesta matèria.

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, i requereixen la implicació de tots els departaments implicats per impulsar el compliment dels reglaments europeus REACH i CLP a Catalunya, atès que hi conflueixen tasques d'indústria, medi ambient, agricultura, salut laboral i salut pública.

D'altra banda, pel que fa a la prevenció i el control ambiental de les activitats, cal donar continuïtat a la Comissió d'Avaluació i Seguiment de la Llei 20/2009, de 4 de desembre, per la seva importància com a instrument intersectorial de caràcter preventiu, que té la finalitat principal de garantir un nivell alt de protecció de la salut de les persones.

Cal abordar també un tema de creixent preocupació ciutadana: els possibles efectes sobre la salut dels camps electromagnètics (CEM). L'estudi i la gestió de la possible implicació sobre la salut pública dels CEM requereixen disposar d'informació tècnica procedent d'àmbits molt diferents: d'una banda, el de la tecnologia sobre radiofreqüències per a la telefonia mòbil i les xarxes sense fil i de les línies elèctriques i, de l'altra, el del coneixement científic i la recerca sobre possibles efectes per a la salut dels CEM. Per això és important compartir el coneixement entre els organismes que treballen en aquesta matèria i promoure accions conjuntes d'informació a la població.

Per avançar en l'abordatge dels CEM cal continuar desenvolupant estratègies interdepartamentals, interinstitucionals i intersectorials de salut pública. N'hi algunes que ja estan en marxa i d'altres que caldria impulsar-les. A la taula següent es recullen les més destacades.

Àmbit	Línies d'actuació prioritàries
Qualitat de l'aire	- Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire en les zones de protecció especial de l'ambient atmosfèric. Horitzó 2020. - Impuls de les accions de l'Acord polític per a la millora de la qualitat de l'aire a la conurbació de Barcelona, 2017. - Impuls d'estudis sobre indicadors d'impacte de la contaminació de l'aire sobre la salut. - Difusió de recomanacions sanitàries entre la població davant de situacions de superació dels nivells dels contaminants.
Canvi climàtic	- Estratègia catalana d'adaptació al canvi climàtic (ESCACC. Horitzó 2013-2020). - Pla de l'energia i el canvi climàtic de Catalunya 2012-2020. - Programa d'acords voluntaris per a la reducció d'emissions i per a la compensació de gasos amb efecte d'hivernacle. - Pla d'actuació per prevenir els efectes de les onades de calor sobre la salut (POCS). - Pla especial d'actuació en situació d'alerta i eventual sequera (PES).⁸⁶ - Pla de gestió del districte de conca fluvial de Catalunya: impuls de la reutilització d'aigües residuals regenerades.⁸⁷ - Pla de gestió del risc d'inundació del districte de conca fluvial de Catalunya (PGRI).⁸⁸

Qualitat de l'aigua	• Programes de vigilància i control de l'aigua de consum. • Estratègia marítima catalana (EMC). El passat 13 de desembre de 2016 el Govern va aprovar la creació del Programa de l'Acció Marítima de la Generalitat de Catalunya, el qual té com a funció, entre d'altres, el desenvolupament dels elements que configuren una proposta d'estratègia marítima per a Catalunya que inclogui l'ordenació del seu espai. Aquesta estratègia es basa en àmbits d'actuació que han d'incloure el desenvolupament sostenible de l'economia blava, garantint uns ecosistemes marins plenament funcionals i millorant la qualitat de vida dels ciutadans.
Qualitat dels aliments	• Programes de vigilància i control dels aliments. • Potenciació del consum de proximitat i estacional. • Promoció de l'etiquetatge del peix: campanya per fomentar l'etiquetatge correcte a les peixateries i promocionar el peix de proximitat de les llotges catalanes. Aquesta promoció és de suma importància perquè ofereix als consumidors informació sobre els productes pesquers que estan comprant, per tal de diferenciar el producte pesquer de les costes catalanes, i d'aquesta manera fomenta el consum del peix de proximitat, de quilòmetre 0, de màxima frescor, sostenible i de qualitat. • Promoció del consum de peix: campanya per reforçar el consum de peix, garantint la traçabilitat i la qualitat del producte, tant en peix de costa com d'aqüicultura.
	• Continuar impulsant el Pla de seguretat alimentària de Catalunya, especialment en els àmbits següents: ◦ Seguretat biològica dels aliments ◦ Seguretat química dels aliments ◦ Estudis d'exposició de dieta total per monitorar de l'exposició de la població als químics vehiculats per aliments. ◦ Lluita contra les resistències antimicrobianes a la cadena alimentària
Arbovirus	• <i>Protocol per a la vigilància i el control de les arbovirus transmeses per mosquits.</i> • <i>Estratègia per a la prevenció i el control del mosquit tigre a Catalunya.</i>
Substàncies químiques	• Creació d'un òrgan de coordinació interdepartamental en relació amb les accions relatives a l'aplicació dels reglaments europeus REACH i CLP.
Camps electromagnètics	• Impuls de la creació d'un òrgan de coordinació interdepartamental amb la finalitat, entre d'altres, de promoure la màxima informació ciutadana sobre la matèria. Seguir impulsant la creació d'eines com el portal Governança Radioelèctrica de Catalunya.⁸⁹
Urbanisme	• Impuls d'accions per reduir l'impacte de la calor. • Impuls d'accions per reduir l'impacte del soroll (paviment, disseny de carrers i vies de circulació, etc.). • Conservació, millora i augment dels espais verds amb especial atenció a l'equitat territorial i segons el nivell socioeconòmic. • Recuperació i conservació dels boscos, i potenciació del seu ús recreatiu i per a activitats relacionades amb la promoció de la salut.

Sistema sanitari	• Recomanacions per prevenir els efectes de la calor sobre la salut per al personal sanitari que treballa amb poblacions de risc als centres d'atenció primària, de salut mental, sociosanitaris i hospitals, i actualització de censos de persones fràgils. • Pla operatiu per a l'abordatge de les síndromes de sensibilització central. • Incorporació en els espais hospitalaris, sobretot en els de llarga durada, d'espais de contacte amb la natura.
Polítiques socials	• Difusió de recomanacions per als serveis assistits de gent gran i persones amb discapacitat per prevenir els efectes de la calor sobre la salut i actualització de censos de persones fràgils.
Ocupació	• A través dels serveis de prevenció de riscos laborals, difusió de recomanacions per als treballadors per prevenir els efectes de la calor sobre la salut. • Promoció dels espais verds en l'entorn de treball. • Protecció de riscos laborals: reduir els sorolls i protegir-se'n.
Món local	• Plans de qualitat de l'aire i col·laboració en la comunicació de mesures preventives davant d'episodis de superació de nivells. • Actualització de censos de persones fràgils davant d'onades de calor i d'episodis de fred intens. • Actuacions de control de mosquits i plagues en general i impuls d'ordenances municipals per a la prevenció i el control dels mosquits. • Ordenances sobre el soroll. • Conservació, millora i augment d'espais verds amb especial atenció a l'equitat territorial i segons el nivell socioeconòmic. • Promoció de les activitats relacionades amb la natura. • Plans municipals d'arbrat.
Teixit productiu	• Reducció de les emissions de les activitats industrials de generació energètica i les derivades del transport de persones i mercaderies. • Reducció de l'ús de substàncies químiques i promoció de l'ús de substàncies químiques de menys risc per a la salut i el medi.
Tercer sector	• Difusió de mesures preventives per reduir l'exposició de persones en situació de vulnerabilitat o vulnerables com infants i persones grans davant dels riscos ambientals. • Promoció del contacte amb la natura.
Societat civil	• Advocacia que doni suport a la implantació de polítiques preventives davant dels riscos de l'entorn • Promoció d'actuacions dels òrgans de participació ciutadana en l'àmbit de la qualitat de l'aire: la Taula de la Qualitat de l'Aire de la Conurbació de Barcelona i la Taula de Qualitat de l'Aire al Camp de Tarragona. • Suport a la plataforma Mosquito Alert.

Seguretat viària i prevenció de lesions traumàtiques

Les lesions no intencionades tenen un impacte molt important sobre la salut de la població catalana. Així, les causes externes van ser l'any 2014 la causa principal de mort entre els homes de 15 a 44 anys i les dones de 15 a 24 anys a Catalunya, i les tres causes de mortalitat prematura que van provocar les majors pèrdues mitjanes d'anys potencials de vida per cada defunció van ser les lesions de trànsit (28,9 anys),⁹⁰ els enverinaments accidentals (26,3 anys) i els suïcidis (23,1 anys). Els principals mecanismes responsables de les lesions mortals són les col·lisions de vehicles de motor seguides de les caigudes. D'acord amb les dades corresponents a l'any 2015 de l'ESCA, el 16,4% de la població hauria patit una lesió no intencionada el darrer any, amb les caigudes al mateix nivell com a principal mecanisme responsable d'aquestes lesions (el 33,7% dels homes i el 48,2% de les dones lesionades el darrer any).⁹¹

A Catalunya, com a molts països, una part important de la mortalitat i la discapacitat causada per lesions es produeix entre persones de nivell socioeconòmic baix. Els resultats de l'ESCA mostren que la proporció de persones que han patit alguna lesió no intencionada el darrer any és més elevada entre les persones amb estudis primaris o sense estudis i entre les persones de classe social baixa.

Les lesions no intencionades, especialment les derivades de col·lisions de trànsit, continuen sent una de les causes principals de mortalitat prematura i de discapacitat. Les polítiques de seguretat viària impulsades a Catalunya en el període 2000-2010 es van relacionar amb una reducció de la mortalitat del 57%, fet que va estalviar prop de 2.900 morts, 25.444 ingressos hospitalaris i uns 18.000 milions d'euros de despeses per a la societat.⁹²

L'any 2010 l'Assemblea General de les Nacions Unides va declarar el període 2011-2020 "Decenni d'acció per a la seguretat viària", amb l'objectiu de reduir la mortalitat per trànsit a escala mundial.⁹³ Posteriorment, aquests objectius es van incloure a l'Agenda 2030 per al desenvolupament sostenible que va incorporar l'objectiu 3.6, que preveu reduir el nombre absolut de morts i lesions de trànsit l'any 2020 en un 50% de les enregistrades l'any 2010. La seguretat viària també és present en l'objectiu 11.2 de l'Agenda 2030, que pretén proporcionar accés a uns sistemes de transport segurs, assequibles, accessibles i sostenibles l'any 2030.⁹⁴

En consonància amb aquestes directives internacionals, el Govern de Catalunya va aprovar l'any 2014 el Pla estratègic de seguretat viària de Catalunya 2014-2020, que estableix les prioritats de l'acció que s'ha de portar a terme en aquesta matèria de manera coordinada amb el Servei Català de Trànsit del Departament d'Interior.⁹⁵

La mobilitat de persones i mercaderies no només afecta el risc de patir lesions per col·lisions sinó que també té una influència destacada sobre la qualitat de l'aire i els nivells d'activitat física de la població. Desplaçar-se habitualment caminant, en bicicleta o amb transport públic, en comptes de fer-ho utilitzant un vehicle 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%.⁹⁶

Diferents intervencions intersectorials han demostrat la seva efectivitat per a la prevenció de les lesions no intencionades causades a través de diferents mecanismes.

L'OMS ha recollit en diferents publicacions algunes d'aquestes actuacions preventives, entre les quals destaquen les següents, que han de complementar-se amb una atenció efectiva, equitativa i de qualitat a les persones lesionades:^{97,98,99}

- Lesions per trànsit.
- Reducció del trànsit de vehicles de motor.
- Promoció de l'ús de modalitats de transport més segures, sostenibles i saludables.
- Atenció a la protecció i a les necessitats dels usuaris més vulnerables de les vies públiques (vianants, ciclistes i motoristes).
- Reducció de l'exposició a situacions de risc elevat (limitació de la velocitat de vehicles pesants, establiment d'una edat mínima per poder conduir vehicles de motor, carnet per punts i altres accions adreçades a persones reincidentes en infraccions de trànsit, etc.).
- Millores en el disseny i manteniment de les infraestructures viàries.
- Millores en el disseny i manteniment dels vehicles.
- Control del compliment de les normes de seguretat viària (velocitat, conducció sota els efectes de l'alcohol i altres substàncies, ús del casc i els dispositius de retenció, revisió de les aptituds de les persones que condueixen, etc.).
- Caigudes.
- Millores en el disseny i l'ús de materials i equipament segurs en escoles i parcs infantils.
- Ús d'elements de seguretat a la llar, especialment per als infants (mobiliari, baranes, balcons i finestres apropiats per a la seguretat infantil) i les persones grans (il·luminació adequada, retirada d'objectes que poden fer ensopegar o rrelliscar, baranes i agafadors a escales i banys, adaptació del bany i d'altres àrees).
- Promoció d'activitats orientades a la millora de la força i l'equilibri de la gent gran.
- Ús d'elements de seguretat en activitats lúdiques i esportives (ciclisme, patinatge, esquí, etc.).
- Control de la medicació, les deficiències sensorials i la fragilitat de les persones grans.
- Disseny urbà i dels habitatges i equipaments adaptat a les necessitats de diferents tipologies d'usuaris.
- Cremades causades pel foc i escaldadures.
- Promoció de l'ús de detectors de fum.
- Promoció de sistemes d'evacuació en cas d'incendi als habitatges.
- Control del consum de tabac. Difusió de missatges i activitats d'informació i educació per a la salut que reforcin la idea d'evitar fumar al llit i als vehicles.
- Comercialització d'"encenedors a prova d'infants".

- Implantació de normes de seguretat en la construcció i manteniment d'habitatges.
- Reducció de la temperatura de l'aigua calenta sanitària.
- Millores en el disseny de les cuines i dels elements que s'hi utilitzen.
- Ofegaments per submersió.
- Supressió de riscos eliminant acumulacions innecessàries d'aigua.
- Creació de barreres: tanques perimetrals en piscines, basses, etc.
- Protecció de les persones exposades a un risc superior: cursos de natació i seguretat a l'aigua per a infants i persones en situació de risc; millora de la supervisió infantil; educació dels infants per evitar que es banyin sols; vigilància i socorrisme en zones de bany; senyalització de seguretat en zones aquàtiques i de bany; sensibilització i regulació en relació amb l'ús d'alcohol mentre es practiquen activitats nàutiques i aquàtiques, promoció de l'ús de dispositius de flotació segurs.

Per fer possibles aquestes actuacions, cal continuar avançant en estratègies interdepartamentals, interadministratives i intersectorials de salut pública des de diferents àmbits sectorials. En aquesta taula es destaquen les següents:

Àmbit	Línies d'actuació prioritàries
Mobilitat	• Promoció de la seguretat viària, protecció civil i seguretat pública, prevenció i control d'incendis. • Promoció del transport actiu. • Manteniment i millora d'infraestructures viàries.
Urbanisme i habitatge	• Promoció de la seguretat als habitatges.
Entorn	• Millora de la qualitat de l'aire.
Educació	• Manteniment i promoció de la seguretat infantil als centres educatius. • Programes escolars de prevenció de lesions i violència.
Consum	• Control i promoció de la seguretat en productes de consum.
Ocupació	• Seguretat en el treball.
Protecció social	• Atenció a grups vulnerables.
Món local	• Manteniment i millora d'infraestructures viàries. • Promoció de la seguretat viària, protecció civil, seguretat pública i prevenció i control d'incendis. • Promoció de la seguretat en el disseny urbà i d'equipaments (parcs infantils, etc.). • Promoció de la seguretat als habitatges.
Societat civil	• Advocacia que doni suport a la implantació de polítiques efectives de seguretat i prevenció de lesions.

Bona pràctica. PINSAP 2014-2015

El Pla interdepartamental de salut pública 2014-2015 entre les seves àrees d'actuació va incloure la promoció de la mobilitat activa potenciant els desplaçaments a peu, en bicicleta i transport públic en les activitats quotidianes i d'oci.

Diferents departaments de la Generalitat han estat desenvolupant accions en aquesta línia, reforçades per altres actuacions impulsades pels ajuntaments i les diputacions. Així doncs, tant la xarxa d'escoles verdes —coordinada pel Departament de Territori i Sostenibilitat—, com la iniciativa Camins escolars —impulsada per ajuntaments, consells comarcals, diputacions i el Servei Català de Trànsit del Departament d'Interior— han contribuït a promoure els desplaçaments als centres educatius d'infants i adolescents en bicicleta i a peu. El desenvolupament d'aquestes intervencions ha estat possible gràcies a la implicació del conjunt de la comunitat (alumnat, famílies, professorat, veïnat, etc.) i el suport del Departament d'Ensenyament.

En el cas de la població adulta en general i de la gent gran en particular, les caminades saludables que impulsen tant el Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES) —liderat conjuntament pel Departament de Salut i la Secretaria General de l'Esport, amb la participació activa de les entitats locals, els professionals sanitaris i altres figures específiques— com la iniciativa dels *camionadors experts* —proposta que consisteix a identificar líders comunitaris— estan contribuint a incorporar la promoció dels desplaçaments a peu com una estratègia efectiva de promoció de l'activitat física i l'envelliment saludable.

Els resultats de l'ESCA corresponents a l'any 2015 posen de manifest que, en la població entre 15 i 44 anys, el cotxe i la motocicleta continuen sent el mitjà de transport principal, tot i que a partir dels 65 anys el mitjà de transport més freqüentment utilitzat en els desplaçaments és anar a peu.

Pel que fa als mitjans de transport que comporten una mobilitat activa, caminar és més freqüent en els grups de més edat i anar en bicicleta ho és més en els grups d'edat més joves. En els grups d'edat més joves, la mobilitat activa és més elevada en les dones que en els homes.

Vulnerabilitat i exclusió social

La xarxa de Coneixement sobre exclusió social de la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut de l'OMS¹⁰⁰ defineix l'exclusió social com un conjunt de processos dinàmics i multidimensionals produïts en relacions desiguals de poder que interactuen a través de quatre dimensions principals —econòmiques, polítiques, socials i culturals— i en diferents nivells, incloent-hi l'individu, la família, el grup, la comunitat, el país i el nivell global.

L'exclusió social és el resultat d'un continuum d'inclusió/exclusió que es caracteritza per la desigualtat d'accés a recursos, capacitats i drets, que condueix a desigualtats de salut. En aquesta definició, "recursos" es refereix als "mitjans" que poden ser utilitzats per satisfer les necessitats humanes i "capacitats", al poder relatiu de les persones per utilitzar els recursos de què poden disposar. Aquesta definició d'"exclusió social" se centra en els processos relacionals multifactorials que porten a una exclusió diferencial.

La resolució del Comitè Regional de l'OMS per a Europa EUR/RC52/R-7, sobre la pobresa i la salut, i les resolucions de l'Assemblea Mundial de la Salut WHA62.14, sobre la reducció de les desigualtats en salut, WHA62.12, sobre l'enfortiment de l'atenció primària de salut, i WHA 61.17, sobre la salut de les persones immigrants, reforcen encara més el treball de l'OMS per donar suport als estats membres en la lluita contra les desigualtats de salut relacionades amb l'exclusió social i la pobresa multidimensionals.

En el marc del principi de justícia social es considera que cada persona ha de tenir l'oportunitat d'arribar a tenir el millor grau de salut. Portar a terme aquest principi requereix acció governamental i, en aquest sentit, és responsabilitat dels governs crear les condicions per tal que això sigui possible, vetllant per una distribució equitativa dels determinants socials de la salut —en la mesura en què poden ser controlats pels éssers humans.

L'ampli consens que es percep en les societats europees pel que fa a la injustícia de les desigualtats en salut contrasta amb la manca de consens sobre la injustícia de la distribució dels determinants subjacents les desigualtats en salut, com la distribució dels ingressos econòmics.

La preocupació per les desigualtats en salut ha estat una constant en els països europeus des d'inicis dels anys vuitanta, que ha suscitat nombroses publicacions de la literatura científica fins a l'actualitat.

La crisi econòmica dels darrers anys ha tingut un impacte important sobre els determinants socials de la salut, limitant la renda disponible de la ciutadania i afectant les seves condicions de vida, treball i habitatge. De fet, el monitoratge dels efectes de la crisi sobre la salut és una prioritat de l'Oficina Regional per a Europa de l'OMS¹⁰¹ que, entre les recomanacions fetes als estats membres per abordar-los, destaca la importància de les xarxes de protecció social i polítiques d'ocupació per mitigar l'efecte negatiu de la crisi sobre la salut.

En el nostre context, les desigualtats en salut es posen en evidència a través de la línia de treball de l'ASPB,^{102,103} amb un ampli coneixement de les desigualtats en salut, els estudis liderats per la Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària (SESPAS),¹⁰⁴ els treballs realitzats per diferents organitzacions no governamentals com

Creu Roja¹⁰⁵ o Càritas, o l'anàlisi feta pel mateix Departament de Salut a partir de l'ESCA tenint en compte els eixos de desigualtat (edat, sexe, nivell d'estudis, nivell socioeconòmic, i territori).¹⁰⁶

L'any 2013, el Govern va acordar la creació de l'Observatori de Salut i Crisi. Dels resultats del segon informe de l'Observatori de l'any 2015¹⁰⁷ cal destacar, en primer lloc, que les persones aturades de llarga durada són les que tenen pitjor salut i, en segon lloc, que es produeix una modificació pel que fa al perfil de les persones que viuen per sota el llindar de pobresa, en què el grup més afectat passa a ser el de les persones menors de 16 anys, quan abans de la crisi el grup de més risc era el de persones de 65 anys o més.

D'altra banda, l'any 2015 el Govern de la Generalitat impulsa la creació de l'Observatori Català de la pobresa i la Inclusió Social, amb la finalitat d'obtenir una informació detallada, contínua i territorial sobre la realitat social i de la pobresa a Catalunya alhora que, també, fer un seguiment i avaluació de les polítiques i mesures per a la lluita contra la pobresa que s'estan duent a terme a Catalunya.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020¹⁰⁸ prioritza l'abordatge dels determinants socials de la salut a través de dues vies: consolidant l'enfocament interdepartamental i intersectorial, i establint actuacions preferents sobre poblacions socialment més vulnerables.

El març de 2014 s'aprova la Resolució 577/X del Parlament de Catalunya,¹⁰⁹ sobre l'increment de la pobresa i les desigualtats, en què es defineixen 11 eixos prioritaris amb les activitats corresponents:

- Indicadors de risc i coordinació entre institucions i entitats.
- Redistribució de la riquesa: les polítiques fiscals de rendes.
- Accés al treball com a instrument bàsic d'inclusió social.
- La garantia del dret a l'habitatge.
- Accés als serveis de primera necessitat.
- La prevenció dels riscos en matèria de salut.
- La pobresa en la infància i l'adolescència.
- La pobresa i la desigualtat en el jovent.
- La pobresa en el col·lectiu de la gent gran.
- La garantia del dret a la mobilitat.
- Intervenció comunitària en barris.
- Així mateix, l'any 2015 s'aprova per Acord de Govern el Pla d'acció per a la lluita contra la pobresa i per a la inclusió social a Catalunya. aquest Pla, que actualment es troba en fase d'avaluació, promou tota una sèrie d'actuacions a dur a terme pels diferents departaments de la Generalitat en els àmbits de:
 - L'atenció a la infància i l'adolescència
 - La cobertura de les necessitats bàsiques (incloent-hi, entre d'altres aspectes els subministraments bàsics, els serveis i prestacions socials i i l'accés als serveis i productes sanitaris).
 - L'ocupació
 - L'habitatge
 - L'àmbit relacional i comunitari.

El desembre de 2016 s'aprova l'Acord de Govern 161/2016, de 20 de desembre, pel qual s'aprova l'elaboració de l'Estratègia Integral per a l'Abordatge del Sensellarisme a Catalunya. En la definició d'aquesta Estratègia tindrà especial rellevància l'abordatge de l'atenció a les persones sense llar amb problemàtica associada de salut mental, motiu pel qual s'ha inclòs una línia d'actuació específica en el Pla Director de Salut Mental.

Pel que fa a la prevenció dels riscos en matèria de salut es prioritzen, dins del desplegament operatiu del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), els aspectes que relacionen la salut amb els factors socioeconòmics i la desigualtat social, posant una atenció especial en les persones en situació de vulnerabilitat. Des d'aquest vessant a través del PINSAP s'estan duent a terme diferents estratègies:

- El programa FITjove, que proposa els esports no convencionals com a eina de prevenció en infants i adolescents en situació de risc.
- El Programa de prescripció social, com a facilitador d'ajut i integració de les persones sense xarxa de suport social i emocional.
- La detecció ràpida del VIH en entorns comunitaris com a complementaris als serveis sanitaris per millorar l'accés de les persones en situació de vulnerabilitat.
- Programes de salut comunitària a través del projecte COMSalut com a continuació del programa "Salut als barris", que se centra en territoris amb especial situació socioeconòmica desfavorable.
- Tallers de gestió emocional, estalvi energètic i alimentació saludable en
- col·laboració amb el Servei d'Ocupació de Catalunya (SOC).
-

Objectius en el marc del Pla de Govern i el Pla de salut 2016-2020

Abordatge intersectorial

Per avançar en aquest abordatge, cal continuar desenvolupant estratègies interdepartamentals, interinstitucionals i intersectorials de salut pública. N'hi algunes que ja estan en marxa i n'hi ha d'altres que caldria impulsar-les. A la taula següent es recullen les més destacades.

Àmbit	Línies d'actuació prioritàries
Ocupació	• Tallers de gestió emocional, estalvi energètic i alimentació saludable a la xarxa d'oficines del Servei d'Ocupació de Catalunya (SOC).
Protecció social	• Educació afectiva i sexual als centres residencials d'acció educativa (CRAE) tutelats per la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA). • Augment de la cobertura territorial del programa de prescripció social. • Educació per a la salut als centres educatius de justícia juvenil.

Educació	• Accés als espais esportius dels centre educatius.
Cultura i lleure	• Augment de la cobertura territorial del programa FITjove.
Urbanisme i habitatge	• Facilitació de l'accés als ajuts davant de situacions de pobresa energètica.
Món local i comunitari	• Augment de la cobertura territorial del projecte COMSalut. • Manteniment de l'oferta de la prova ràpida de detecció del VIH.

Bona pràctica. PINSAP 2014-2015**Adreçada als infants i adolescents en situació de vulnerabilitat especial**

Aquestes intervencions s'emmarquen en la línia estratègica de salut afectiva i sexual en població adolescent en situació d'alt risc de vulnerabilitat a Catalunya que es justifica per la seva major vulnerabilitat derivada de les dificultats viscudes en l'entorn familiar, ja sigui maltractament, negligència o pobresa greu, així com fora de l'entorn familiar en situacions socioeconòmiques desfavorables. Pretenen millorar l'educació afectiva i sexual dels adolescents a partir de la dotació d'habilitats, eines i estratègies, tant a joves com als seus educadors, posant èmfasi en el treball de determinants de salut emocional com l'autoestima i l'assertivitat, i sempre amb una mirada de gènere i de respecte als drets sexuals i reproductius. Així doncs, s'espera millorar una vivència saludable de la sexualitat i gestionar-ne els riscos derivats (infeccions de transmissió sexual, embarassos no desitjats, etc.).

Les intervencions en aquest grup de joves es concreten en:

- Estratègies adreçades a joves entre 12 i 18 anys, i a monitors dels CRAE, sota la tutela de la DGAIA del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, i la col·laboració d'organitzacions no governamentals (ONG) especialitzades que treballen per millorar les condicions de vida i de salut de la població indicada. En el transcurs d'aquest període s'han format 310 educadors de 26 CRAE, fet que ha beneficiat indirectament prop de 400 joves.

Aquestes intervencions han contribuït a refermar el compromís del Govern a l'hora de garantir els drets dels infants a viure en família, posant en marxa un pla de xoc per atendre infants i adolescents tutelats en un model basat en les cinc P: la prevenció, la participació, la protecció, la promoció dels drets i la provisió.

- Programa d'educació per a la salut als centres educatius de justícia juvenil en l'àmbit de l'educació afectiva i sexual, dut a terme amb Justícia Juvenil, la Diputació de Barcelona i ONG especialitzades que treballen per millorar les condicions de vida i la salut d'aquesta població. Les intervencions s'han focalitzat en dos dels set centres d'acolliment de Catalunya, on està residint el 70% de la població juvenil esmentada. Durant aquest període s'han format 31 professionals, s'ha donat suport a 77 professionals i s'ha arribat a 420 joves/adolescents.

Envelliment actiu i saludable

Per què és un repte en termes de salut pública?

Gràcies a la millora de la salut i de la qualitat de vida, cada cop vivim més anys. L'esperança de vida de la societat catalana (83,45 anys al 2014) és, des de fa temps, de les més altes del món, però les implicacions que té aquest guany per a la ciutadania i els governs del país són ben profundes.

Així, en aquests darrers cinquanta anys, les millores socials i econòmiques (tot i les turbulències de la prolongada crisi econòmica de 2008) i el consegüent guany en esperança de vida, juntament amb la caiguda i estancament de la fertilitat, han conduït la nostra societat cap a un progressiu envelliment i sobreenvelliment, seguint la tònica general de la resta de països del nostre entorn. L'any 2016 el 18,3% de catalans i catalanes tenien 65 anys o més i l'índex de sobreenvelliment —la població de 85 anys i més en relació amb la de 65 anys i més—, se situava en el 16%. Les estimacions de l'Idescat ens diuen també que en les properes tres dècades és molt probable que el grup de 65 anys i més es dupli i que, cap al 2050, s'arribi a xifres molt properes als 2 milions i mig, amb un increment que encara serà més intens en el cas de la població sobreenvellida. Una de les conseqüències que es deriven d'aquesta tendència de fons és que amb l'envelliment augmenta la possibilitat de tenir més d'una malaltia crònica, i, per tant, que creixi el nombre de pacients pluripatològics complexos o fràgils que hauran de ser atesos pel nostre sistema de salut.

De retruc, aquesta evolució té també les seves repercussions en el camp laboral i en la sostenibilitat d'algunes prestacions econòmiques i socials associades: l'índex de dependència de la gent gran, que mesura la proporció de població major de 64 anys sobre la població que es troba en edat potencialment activa (de 15 a 64 anys), ha crescut notablement en els darrers anys fins a situar-se en el 28,1% (2016), i es preveu que superi el 50% cap al 2050.

Només aquestes magnituds ja apunten clarament a la necessitat de donar a aquest ingent col·lectiu una atenció preferent des dels poders públics, fugint sempre, però, de tota concepció que vinculi indefectiblement el fet d'envellir a la retirada de la vida productiva, la malaltia i la dependència. I és que l'envelliment és alhora un repte i una oportunitat: la gent gran pot gaudir d'una qualitat de vida alta, impulsar l'economia i fer contribucions molt valuoses tant a les famílies com a la comunitat i a la societat en general.

Val a dir, però, que l'envelliment i els seus efectes no es distribueixen homogèniament entre la població catalana. Quan considerem els determinants de la salut a l'hora d'envellir, és a dir, els factors que afecten les persones i les poblacions durant tota la vida, i que l'evidència científica considera bons predictors de la salut en edats avançades, hi ha diferències molt importants que cal tenir presents.

El sexe és un d'aquests factors, i un dels que s'associa a més heterogeneïtat. Les dones, malgrat que tenen una esperança de vida significativament més elevada (86,1 anys, en comparació amb els 80,5 anys dels homes), tenen una major prevalença de mala salut percebuda (entre les dones de més de 64 anys, un 43,8% de salut regular o dolenta, en comparació amb el 37,5% dels homes), d'artritis i artrosi (un 58,2% de les

dones de 65 anys i més, en comparació amb el 37,3% dels homes), de depressió i/o ansietat (un 33,1% de les dones en comparació amb el 16,3% dels homes) o d'osteoporosi (un 17,3% de les dones en comparació amb el 1,7% dels homes), entre d'altres, i una major probabilitat de viure en solitud (un 22,9% de les dones hi viuen, en comparació amb un 14,4% dels homes) i ser objecte dels problemes de salut que s'hi associen. Els homes, per contra, són més propensos a adoptar conductes de risc en relació amb el tabac (un 13,5% dels homes de més de 64 anys fumen diàriament, en comparació amb el 2,7% de les dones), com també amb el consum de risc d'alcohol (un 3,8% dels homes en comparació amb el 0,3% de les dones).

La classe social és un altre gradient important de l'envelliment. És a dir, el col·lectiu de gent gran que d'acord amb l'ESCA es pot inscriure en les classes socials més desfavorides presenta, en relació amb la població de classe més benestant del mateix grup d'edat, una prevalença notablement superior de persones que viuen soles, que no poden accedir al carrer o al transport públic i necessiten que les traslladin, que tenen risc de mala salut mental, o que han sofert lesions no intencionades com ara caigudes a casa o al carrer.

També la formació, la cultura, l'existència o absència de lligams socials i afectius amb altres persones, l'exposició a la violència i els maltractaments, la disponibilitat de recursos econòmics, o l'entorn físic són factors que determinen de manera decisiva com envellim i són l'origen de diferències notables entre les persones.

Estratègia de l'Organització Mundial de la Salut. Eixos d'actuació passats. Full de ruta actual

Fa relativament poc temps que l'envelliment és objecte d'interès genuí dels poders públics i les organitzacions intergovernamentals. Des de fa prop de vint anys l'OMS promou el concepte "envelliment actiu" entès com "el procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat de les persones per tal de millorar-ne la qualitat de vida a mesura que envelleixen". Cap al 2002 aquest concepte va motivar que l'OMS posés en marxa una estratègia d'acció (plasmada en el document *Envelliment actiu: un marc polític* i la [Declaració Política i el Pla d'Acció Internacional de Madrid sobre l'Envelliment](#)) que, bo i reconeixent determinants clau d'aquest envelliment sobre els quals es pot intervenir des de la política, plantejava que calia emprendre grans línies d'actuació, posant de relleu la necessitat d'actuar des de múltiples sectors.

També la Unió Europea ha treballat els darrers deu anys al voltant d'un paradigma complementari al de l'OMS, el de l'"envelliment saludable", que es defineix com el procés d'optimitzar les oportunitats de salut física, social i mental que permetin a la gent gran participar activament en la societat, sense discriminacions, i gaudir d'una qualitat de vida bona i independent. Les estratègies d'envelliment saludable han de crear les condicions i oportunitats perquè la gent gran tingui activitat física regular, dietes saludables, relacions socials, participació en activitats significatives i seguretat financera. Assolir aquests objectius implica adoptar enfocaments holístics que aborden la salut mental i física, així com un enfocament intersectorial per millorar els determinants socials de la salut, com ara entorns de vida segurs, un sistema de pensions flexible i polítiques de jubilació justes i equitatives.

La Unió Europea va dedicar a l'envelliment actiu i a la solidaritat intergeneracional un any europeu al 2012, fet que va servir per arrencar o donar impuls a iniciatives ja en marxa en aquest camp, moltes de les quals se centraven en els camps de la innovació (programa "Vida activa i assistida") i la recerca (iniciativa compartida "Més anys, millors vides", creació d'un índex d'envelliment actiu, o el Programa marc de recerca i innovació. Horitzó 2020). D'aquestes iniciatives, una de les més destacades, el Partenariat d'innovació europea per a l'envelliment actiu i saludable, marca com a objectiu general de totes les seves actuacions incrementar dos anys l'esperança de vida en bona salut al conjunt de la Unió Europea l'any 2020.

L'any 2012 l'Oficina Regional de l'OMS a Europa proposa una estratègia i un pla d'acció per a un envelliment saludable 2012-2020 al continent, activitats alineades amb l'Estratègia Salut 2020 que promou la mateixa Oficina. Partint de quatre àrees d'acció estratègiques —envelliment saludable al llarg del curs vital, entorns de suport, sistemes de salut i d'atenció de llarga durada preparats per a les poblacions envellides, i reforç de la base d'evidència i la recerca—, es proposen cinc intervencions prioritàries, a més de tres intervencions de suport que vinculen l'envelliment actiu amb el context social més ampli:

- Promoció de l'activitat física.
- Prevenció de caigudes.
- Vacunació i prevenció de malalties infeccioses des del sistema de salut.
- Suport des de les institucions públiques a l'atenció informal, especialment a l'atenció domiciliària.
- Capacitació dels professionals sanitaris i d'atenció social en geriatria i gerontologia.
- Prevenció de l'aïllament i l'exclusió social.
- Prevenció del maltractament a les persones grans
- Estratègies de qualitat en l'atenció a la gent gran, inclosa l'atenció a la demència i l'atenció pal·liativa per a pacients de llarga durada.

Tanmateix, fent balanç dels darrers anys, la pròpia OMS constata recentment, en el seu últim informe mundial de l'any 2015 sobre l'envelliment i la salut, que en general les estratègies que s'han adoptat no han estat prou eficaces: la salut de les persones grans no ha millorat al ritme que augmenta la longevitat; les desigualtats en salut són evidents dins d'aquest col·lectiu; els sistemes de salut no estan suficientment adaptats a les persones grans, ni tan sols en els països de renda alta; els models d'atenció a llarg termini són inadequats i insostenibles; i els entorns físics i socials presenten múltiples obstacles i no incentiven la salut i la participació de la gent gran.

Tot esperant l'elaboració d'una nova estratègia i d'un pla d'acció mundials sobre l'envelliment i la salut, l'OMS identifica quatre esferes d'acció prioritàries per tal d'assolir el gran objectiu, l'optimització de la capacitat funcional a mesura que s'envelleix:

- Adaptar els sistemes de salut a les poblacions d'edat avançada, allunyant-los del focus curatiu, apropant-los a la prestació de cures integrals, centrant-los en les persones grans i garantint-ne l'accés.

- Crear sistemes integrals d'atenció a llarg termini, amb equips professionals adequats, sostenibles i que assegurin qualitat.
- Crear entorns adaptats a la gent gran, combatent la discriminació per motiu d'edat, afavorint l'autonomia i donant una resposta coordinada intersectorial i intergovernamental.
- Millorar el mesurament, el monitoratge i la comprensió de la salut de les poblacions de més edat.

Traducció dels objectius de l'Organització Mundial de la Salut al full de ruta de Catalunya

En consonància amb les orientacions de l'OMS i la Unió Europea, i d'acord amb l'estratègia que va definir la mateixa ASPCAT l'any 2014, Catalunya treballarà per fomentar un envelliment actiu i saludable de la seva ciutadania, és a dir, per optimitzar per a totes les persones, sense discriminacions, les seves oportunitats de salut física, social i mental, de participació activa en la societat i de seguretat, amb l'objectiu final de gaudir d'una bona qualitat de vida i independent a mesura que envellim.

Com que aquest objectiu final té molt a veure amb la nostra bona o mala salut, s'actuarà per millorar tant com sigui possible el bon estat de salut durant aquests anys addicionals "guanyats" en les darreres dècades. És per això que amb vista als propers anys el PINSAP adopta dues grans fites de continuïtat: incrementar els anys de vida en bona salut i millorar l'autopercepció de bona salut dels catalans. Tres objectius del Pla de salut 2016-2020 s'hi adrecen directament, el darrer dels quals està orientat a la reducció de les desigualtats, una de les característiques ineludibles tant del Pla de salut com del PINSAP: augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones, mantenir la tendència positiva de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en bona salut, i reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut.

Actuacions que cal impulsar d'acord amb els objectius

L'estratègia catalana per als propers anys es concreta en vuit línies estratègiques:

- **Suport social i participació.** Promoure les relacions socials de la gent gran, els contactes intergeneracionals i el voluntariat, i impulsar-ne la plena participació en la vida comunitària i col·lectiva.
- **Entorn.** Desenvolupar accions que millorin la qualitat i la seguretat dels entorns, tant interiors com exteriors, i que facilitin la mobilitat de les persones grans.
- **Ocupació.** Estimular la participació dels treballadors de més edat en l'àmbit laboral, promoure la qualitat de la vida laboral i facilitar una bona transició a la jubilació.
- **Formació i aprenentatge.** Promoure l'aprenentatge permanent de totes les persones grans a través de recursos educatius, vetllant especialment per l'accés d'alguns col·lectius diana en particular, entre els quals aquells que no hagin finalitzat el nivell bàsic d'estudis reglats.
- **Alimentació, activitat física i salut mental.** Promoure l'alimentació i l'activitat física saludables entre la població general i la gent gran en particular, amb

una atenció especial en els col·lectius que presenten pitjors resultats de partida. Millorar el coneixement i desenvolupar actuacions específiques sobre la salut mental de les persones grans.

- **Prevenió de lesions no intencionades.** Incorporar actuacions per a la prevenció de lesions no intencionades en tota la diversitat de programes sectorials que actuen sobre la gent gran: activitat física i alimentació saludable, prescripció de medicaments, circuits de derivació a especialistes i seguretat en l'habitatge i els espais públics, principalment.
- **Prevenió de riscos.** Fer visible el fenomen dels maltractaments a la gent gran i desenvolupar les accions necessàries per prevenir-lo per mitjà de la sensibilització, la formació i la recerca. Combatre els consums no saludables que, com el de tabac i d'excés d'alcohol, incrementen el risc de mala salut de la gent gran.
- **Serveis de salut.** Adequar el funcionament dels serveis de salut a les necessitats de les persones grans, garantint-ne l'accés, millorant-ne el grau de participació en les activitats preventives, formant els professionals perquè brindin una atenció més adaptada i desenvolupant els mecanismes que assegurin un millor ús dels medicaments.

Distribució de les actuacions identificades per àmbits

L'acció sobre els determinants de la salut a l'hora d'envellir demana el compromís de tot el Govern i tots els sectors de la societat.

Per fer possibles aquestes actuacions cal continuar avançant en estratègies interdepartamentals, interadministratives i intersectorials de salut pública des de diferents àmbits sectorials.

En general cal afavorir la intervenció de la gent gran en òrgans estables i processos participatius.

Àmbit	Línies d'actuació prioritàries
Salut	• Potenciació de l'educació per a la salut com a camp formatiu preferent per a la gent gran. • Potenciació de la prescripció social: activitats socials i culturals a la comunitat des de l'atenció primària per a persones grans en situació de vulnerabilitat. • Foment del consum de fruites, verdures i aliments rics en fibres, i de la reducció de la ingesta de greixos saturats. • Incentivació de l'activitat física entre la gent gran (incorporant l'exercici de la força muscular i l'equilibri). • Millora de la detecció i el tractament de les persones grans que presenten trastorns mentals o nutricionals. • Potenciació dels programes d'avaluació del risc individual de caiguda de les persones grans a la llar o als centres residencials i de les intervencions per reduir-les. • Lliurament d'informació oral i escrita sobre les actuacions de reducció del risc de caiguda als col·lectius més propensos.

	• Potenciació de la formació dels professionals de la salut en relació amb els maltractaments. • Foment de l'abandonament del tabac i del consum excessiu d'alcohol en totes les franges d'edat. • Millora de l'accessibilitat de les persones grans als serveis de salut, especialment les més fràgils i les de nivell socioeconòmic baix (eliminació de barreres econòmiques, administratives, arquitectòniques, culturals i socials). • Ampliació de la cobertura poblacional de la gent gran en les activitats preventives. • Formació de tots els professionals dels serveis de salut sobre les especificitats de l'atenció a les persones grans. • Reducció dels problemes en les persones grans associats a l'ús que fan de medicaments. • Foment de la inclusió de les persones grans en els assajos clínics per a nous medicaments.
Polítiques socials	• Mitigació o impediment de l'aïllament social de diferents col·lectius de gent gran en situació de vulnerabilitat. • Foment del contacte intergeneracional. • Promoció del voluntariat entre la gent gran. • Foment d'esquemes de treball a temps parcial per als treballadors que s'apropen a les edats de jubilació. • Promoció d'una bona qualitat en el treball per als treballadors de més edat. • Lluita contra la discriminació per motiu d'edat en empreses i organitzacions. • Promoció de l'ocupabilitat de la població de 50 anys i més que no treballa. • Potenciació de la formació de professionals socials i de persones cuidadores de la gent gran en relació amb els maltractaments. • Vigilància de l'equitat en l'accés als serveis socials d'atenció de llarga durada. • Garantia del suport necessari a les persones cuidadores de la gent gran. • Estímul de la participació de la gent gran en òrgans estables i processos participatius.
Educació	• Difusió dels recursos educatius formals i informals per a la gent gran. • Potenciació de les noves TIC com a camp formatiu preferent per a la gent gran. • Potenciació del paper de les persones grans com a formadores i generadores de continguts formatius.
Cultura, mitjans de comunicació	• Foment d'una imatge de les persones grans en els mitjans de comunicació que en remarqui les contribucions a la societat i n'eviti estereotips negatius. • Conscienciació de la població sobre la importància d'una bona salut mental. • Sensibilització de la població en general i de la gent gran en particular sobre l'existència de maltractaments a les persones grans.

Urbanisme i habitatge	• Garantia d'una climatització suficient als habitatges, especialment durant les onades de fred o de calor. • Millora de l'accessibilitat als edificis, públics o privats.
Educació	• Expansió de les aules d'extensió universitària. • Potenciació del paper de les persones grans com a formadores i generadores de continguts formatius, aprofitant-ne el bagatge de coneixements acumulats i l'experiència vital. • Potenciació de la recerca sobre els maltractaments a la gent gran.
Justícia	• Millora dels mecanismes de detecció de casos de maltractament i de coordinació entre els serveis socials, de salut, policials i judicials.
Món local	• Suport al desplegament de la prescripció social: identificar els recursos comunitaris dels municipis. • Millora del disseny dels espais urbans en clau d'envelliment actiu, vetllant per facilitar la pràctica d'activitat física i l'eliminació d'elements que puguin afavorir les lesions no intencionades. • Adaptació dels diferents mitjans de transport públic a les necessitats de les persones grans. • Potenciació del comerç de proximitat (com a estratègia per millorar la mobilitat i les relacions socials). <i>Totes les actuacions anteriors on tingui sentit la implicació del món local.</i>
Societat civil	<i>Totes les actuacions anteriors on tingui sentit la implicació de la societat civil.</i>

Bona pràctica

- Document de bases per a la promoció de l'envelliment actiu i saludable (2014).
- Projecte COMSalut, incloent-hi experiències com els "Àpats acompanyats" de Sallent.
- Prescripció social (Montcada i Reixac, Pineda de Mar, Tarragona).
- Projecte "Lletres i salut".
- Pla integral per a la promoció de la salut a través de l'activitat física i alimentació saludable (PAAS).
- Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES).
- Recomanacions d'alimentació i activitat física per a centres d'acolliment residencial per a persones grans (Departament de Salut).
- Projecte "Menjar sa amb menys diners".

Municipals

- Programa "Baixem al carrer" (Barcelona)
- Consell Assessor de la Gent Gran (Barcelona)
- Xarxa global de ciutats i comunitats amigues de la gent gran de l'OMS. En són membres Sant Vicenç de Castellet, Lleida, Igualada, Gavà, Castellar del Vallès, Tarragona, Granollers, Manresa, i Barcelona.
- Programa "Activa't als parcs de Barcelona" (Barcelona).
- Cicles de caminades Barnatresc®, Naturtrec i Caminada internacional de Barcelona (Barcelona).
- Circuits específics per a persones grans (Barcelona).
- Horts urbans (diferents ajuntaments).
- Xarxa d'Itineraris Saludables i Parcs Urbans de Salut (municipis de Girona).
- "Tracta'm bé" (Consell Comarcal de l'Anoia i l'Ajuntament d'Igualada).
- "Soc gran, i què?" (Ajuntament de Barcelona i Consell Assessor de la Gent Gran).

Altres

- Aules d'extensió universitària (UB, UAB, UPC, UPF, URV, UVic, UdL, UdG i AFOPA - Agrupació de Formació Permanent i de les Aules per a la Gent Gran de Catalunya).
- Escola de salut per a la gent gran (CAP Barceloneta).
- **Candidatura i reconeixement al grup "Catalunya lloc de referència" (Reference site)**, distingida amb el màxim guardó pel Partenariat d'innovació europeu en envelliment actiu i saludable -amb la coordinació de l'AQuAS, el lideratge compartit amb la Fundació TicSalut i el Health Universitat de Barcelona Campus, i la participació de l'ICS, l'IDIAP Jordi Gol, l'Institut Pere Mata, l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, el Vall d'Hebron Institut de Recerca, el Consorci Sanitari del Garraf i l'Institut Guttmann.

Salut mental i benestar emocional

La salut mental i el benestar emocional de la població són actius molt importants d'una societat que s'han de fomentar i protegir activament. Es desenvolupen majoritàriament fora del sistema sanitari, en l'entorn on les persones viuen: en la família, entre els amics, en els jardins d'infants, en les escoles, en els llocs de treball, en l'àmbit comunitari, en les activitats culturals, d'oci i esportives, entre d'altres. Per tant, es requereix una acció interdepartamental i intersectorial de promoció de la salut mental.

La salut mental ha passat a ser una qüestió prioritària a la Unió Europea des de la Declaració d'Hèlsinki (gener de 2005).¹¹⁰ I, posteriorment, al Pla europeu d'acció per a la salut mental, Turquia 2013.¹¹¹ La visió europea parteix de la convicció que molts dels grans objectius estratègics de la Unió, com la prosperitat duradora de la població, la solidaritat i la justícia social, i la qualitat de vida dels ciutadans, no es podran aconseguir sense una millora clara de la salut mental de les persones.

La manca de promoció de la salut mental ha tingut greus conseqüències per a l'economia europea i el benestar de la població, les quals afecten amb molta més freqüència les persones que tenen un nivell socioeconòmic baix. Per això és un dels reptes principals per a la salut pública a la Regió Europea de l'OMS. Actualment, els problemes de salut mental i les addiccions són les patologies que causen més costos, en termes de pèrdua de productivitat –deguts a les discapacitats i les baixes per malaltia activa– i en termes de sofriment humà. La càrrega prové principalment dels trastorns mentals comuns, com ara els trastorns d'ansietat, depressió i abús d'alcohol, els quals, paradoxalment, són també els més fàcils de prevenir i menys costosos. Un estudi dut a terme per encàrrec del Departament de Salut l'any 2006 sobre el cost i la càrrega de la depressió a Catalunya va mostrar que l'impacte econòmic de la depressió era alt –al voltant de 750 milions d'euros– dels quals el 79% corresponia a costos socials indirectes per incapacitat (permanent o temporal) i mortalitat.

La promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals comuns requereix que s'actui davant dels determinants socials de la salut mental; per exemple, les condicions de vida i els determinants socioeconòmics i polítics. La salut mental ha d'estar incorporada en totes les polítiques i espais on es planifiquen i regulen les condicions de vida de les persones i els altres determinants de la salut, és a dir, en totes les polítiques nacionals, regionals i locals. Ha d'introduir-se també, de forma sistemàtica, l'avaluació de l'impacte sobre la salut mental i l'equitat de totes les polítiques.¹¹²

Segons aquest mateix document de la Unió Europea, actualment s'entén la salut mental com un estat de benestar en el qual cada persona coneix el seu potencial, pot afrontar les tensions i dificultats normals de la vida, pot treballar de forma productiva i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat. Les persones requereixen habilitats cognitives, emocionals i socials, que van adquirint quan han pogut desenvolupar sentit d'identitat, autoestima, significat de la vida, domini, pertinença, seguretat, suport social i participació.

Segons el document de l'OMS i la Fundació Calouste Gulbenkian sobre els determinants socials de la salut mental,¹¹³ les desigualtats socials s'associen amb un risc més gran de patir molts trastorns mentals comuns. L'adopció de mesures per millorar les condicions de vida habituals ja des d'abans del naixement, durant la primera infància,

en l'edat escolar, durant l'època de construcció de la família, en el període laboral, i en edats més avançades proporciona oportunitats tant per millorar la salut mental del conjunt de la població com per reduir el risc de patir trastorns mentals que estan associats amb les desigualtats socials.

Si bé es necessita una acció integral en tot el cicle de vida, hi ha consens en el fet que proporcionar a tots els infants el millor començament de vida possible és el que proporcionarà més beneficis en termes de salut mental i benestar. Països com Escòcia han inclòs en la seva visió fer del seu país el millor lloc per néixer i créixer, i en aquest sentit han posat en marxa una iniciativa anomenada "El marc dels primers anys", que intenta assegurar que cada infant té el millor començament possible per a la seva vida, i que, a més, incorpora una estratègia per impulsar el [joc dels infants](#) en tots els àmbits com a eina per gaudir i per aprendre habilitats per a la vida i per a l'establiment de vincles. En el marc d'aquesta estratègia, la campanya "PlayTalkRead" encoratja els pares i mares i cuidadors a passar més temps amb els infants, sobretot els menors de 3 anys, i proporciona recursos virtuals i comunitaris per jugar, parlar i llegir conjuntament. Entre múltiples activitats, promociona la lectura compartida de contes a partir d'un lot "[bookbug](#)" que rep l'infant en quatre ocasions des del primer any de vida fins als 5 anys, en el qual, a més, se l'encoratja a participar en sessions de lectura, i es potencia l'ús de les biblioteques i d'altres recursos comunitaris. Aquesta estratègia, que és universal, ha anat acompanyada els darrers anys d'accions de suport per a pares i mares amb més necessitats.

Els factors de risc de molts problemes de salut mental estan fortament associats a les desigualtats socials, i, així, com més desigualtat social més diferències quant a risc, amb l'existència d'un gradient social marcat. És molt important actuar millorant les condicions de vida ja des d'abans del naixement i durant totes les etapes de la vida. En aquest sentit, l'acció ha de ser universal, cap a tota la societat, i proporcional a les necessitats de cada persona per tal de reduir el gradient social en els resultats de salut.¹¹⁴

Segons el document de l'OMS abans esmentat, existeixen accions efectives per reduir el risc de trastorns mentals durant tota la vida, tant en l'àmbit comunitari com global de país. El document inclou intervencions sobre l'entorn, estructurals i locals.

Atès que els factors de risc i de protecció per a la salut mental actuen en diversos nivells, les respostes que s'hi han de donar han de ser des d'aquests mateixos nivells i multisectorials. Els sectors de salut, ensenyament, afers socials, transport, habitatge i en general tota la societat han de contribuir a un abordatge de "salut en totes les polítiques".

Dades epidemiològiques

La càrrega global dels problemes de salut mental és molt important i continua creixent. Els sistemes sanitaris a escala mundial estan lluitant per intentar respondre de manera adequada a les necessitats de les persones amb problemes de salut mental. Segons el Pla d'acció de l'OMS 2013-2020 per a la salut mental:¹¹⁵

- Una de cada quatre persones patirà al llarg de la seva vida algun problema de salut mental.
- L'any 2030, la depressió serà la causa més important de càrrega de malaltia globalment.

- 900.000 persones se suïciden cada any. El suïcidi és la segona causa més freqüent de mort en gent jove.
- Tres de cada quatre persones amb trastorns mentals greus no reben tractament.
- Hi ha múltiples violacions dels drets humans de les persones amb problemes de salut mental.

A Catalunya, la prevalença al llarg de la vida de patir un trastorn mental o una addicció és del 20,3% en els homes i del 26,9% en les dones (7,4% i 14,2% a l'any, respectivament), unes taxes superiors a les espanyoles i molt similars a les europees).

Objectius

La visió del Pla d'acció de l'OMS 2013-2020 abans esmentat emmarca els objectius que s'han d'assolir:

“Un món en què la salut mental és valorada, promoguda i protegida, en què els problemes de salut mental es prevenen i les persones afectades per aquests problemes són capaces d'exercir tot el rang de drets humans i d'accedir a una atenció social i sanitària d'alta qualitat i adequada culturalment en el moment apropiat per promoure'n la recuperació; tot enfocat a assolir el nivell més alt de salut i la participació plena en la societat i en el treball sense discriminació ni estigmatització.”

En aquest sentit, tots els grans objectius fixats en el Pla poden beneficiar-se d'un abordatge intersectorial i dels determinants socials:

- Reforçar el lideratge efectiu i la governança per a la salut mental.
- Proveir la població de serveis socials i sanitaris globals, integrats i sensibles en entorns comunitaris
- Portar a terme estratègies de promoció i prevenció intersectorial en salut mental.
- Reforçar els sistemes d'informació, així com la recerca i l'evidència en salut mental (les estratègies i les intervencions –des de la prevenció i la promoció fins al tractament– han d'estar basades en la millor evidència científica i/o la millor pràctica, tenint en compte les consideracions culturals).

Tot això basat en els principis de cobertura universal, drets humans, pràctica basada en l'evidència, actuació diferenciada segons el moment de la trajectòria vital, l'enfocament intersectorial i l'apoderament de les persones amb problemes de salut mental i discapacitats psicosocials.

En aquest marc, el Pla director de salut mental i addiccions, elaborat l'any 2006 i actualitzat posteriorment, planteja el repte de millorar la salut mental de la població de Catalunya, la qual cosa implica, a més de la millora de l'assistència a les persones que pateixen trastorns mentals, la promoció de les condicions de vida que reforcen la salut de les persones i la prevenció de les malalties.¹¹⁶

Entre els seus objectius hi ha:

- Promoure la salut mental i prevenir els trastorns mentals i les addiccions.
- Promoure els factors de protecció de la salut mental.

- Promoure la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions a escala comunitària des d'una visió intersectorial i interdisciplinària.
- Prevenir els trastorns mentals i les conductes de risc relacionades amb el consum de drogues en poblacions més vulnerables.

El Govern de la Generalitat de Catalunya va aprovar l'any 2010 el [Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions](#),¹¹⁷ que és la concreció d'una estratègia política que entén la salut mental com un repte global i transversal que no només busca produir millores en les condicions de vida de les persones amb trastorn mental, sinó també en el conjunt de la societat i que pretén donar resposta als objectius següents:

- Contribuir a la millora de la salut mental i a la disminució de les desigualtats socials d'aquests col·lectius, identificant les seves necessitats de manera integral, millorant la seva atenció i incrementant la seva integració.
- Incorporar estratègies transversals de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, atenció i inserció social i laboral, possibilitant l'acció integrada i complementària dels serveis de salut, socials, educatius, laborals i de la justícia.
- Afavorir la participació dels afectats en primera persona, una opció d'equitat i reequilibri a favor de la població més vulnerable.
- Disposar d'un instrument de planificació de les polítiques i accions públiques que doni coherència a les accions que s'estan desenvolupant des dels diferents departaments de la Generalitat per a l'atenció d'aquestes persones, amb criteris d'eficiència dels serveis públics.

El Pla integral i els documents que el desenvolupen constitueixen l'eina de planificació que impulsa i facilita el desplegament de les línies d'actuació del Govern de la Generalitat per millorar la salut mental de les persones.

L'any 2014 va acordar de forma consensuada amb les entitats socials un document de prioritització d'actuacions per al període 2014-2016, per enfocar i centrar els esforços en les actuacions adreçades als col·lectius més vulnerables, optimitzar els recursos existents, garantir l'eficàcia de les actuacions i coordinar les polítiques.

Un cop finalitzat aquest període, i com a continuació, s'han identificat i definit –també de forma consensuada amb les entitats socials– les actuacions prioritàries que cal impulsar en els propers anys i que s'han concretat en el document d'estratègia 2017-2019.¹¹⁸

Les [línies estratègiques per al 2017-2019](#)¹¹⁹ inclouen 29 objectius i 71 actuacions que es basen en la promoció i la prevenció; l'atenció basada en els drets de les persones; la integració de les intervencions entre les diferents xarxes, d'atenció primària i especialitzades, i entre els serveis socials dels diferents àmbits; el desenvolupament d'un model d'atenció basat en la comunitat, que afavoreix la recuperació de les persones i la inclusió social; i la formació com a eina de millora contínua i per garantir la qualitat del servei. També s'hi inclou una línia de drets, d'acord amb la Convenció de l'ONU sobre els drets de les persones. Es vetlla per reforçar la inserció laboral i s'enceta una línia per a l'atenció a la gent gran, al mateix temps que es treballa per enfortir les estratègies adreçades a les persones amb addiccions. Es continua priorititzant les accions destinades a l'atenció a la infància i l'adolescència, l'atenció

comunitària i el suport a les famílies, les estratègies d'inserció laboral i l'atenció en els àmbits judicial i penitenciari.

És en el marc del Pla integral i el Pla director que es plantegen les línies d'acció prioritàries del PINSAP per a la salut mental, que també s'han elaborat amb la participació de les entitats socials. Les referents a la part d'addiccions són al capítol corresponent.

Cal tenir en compte, a més, que les entitats municipalistes també han elaborat plans en l'àmbit local, entre els quals destaca el de la ciutat de Barcelona.¹²⁰

Abordatge intersectorial

En tots els casos és molt rellevant tenir en compte els eixos de desigualtat.

Àmbit d'actuació (Condicions de vida)	Línies d'actuació prioritàries	Etapa vital (PI, EE, AiJ, A, GG)
Mobilitat	Potenciació de la mobilitat activa (transport públic) i la seguretat viària.	Totes
Alimentació	Promoció d'una alimentació saludable a totes les edats, especialment a l'edat infantil i en el cas de la gent gran i les persones amb problemes de salut mental.	PI, EE, GG
Activitat física	Promoció de l'activitat física a totes les edats en especial a l'edat infantil i en el cas de la gent gran i les persones amb problemes de salut mental. Foment del Pla català d'esport a l'escola. Col·laboració en la implementació progressiva del programa FITjove. Foment de les activitats de lleure per promoure la salut, el benestar i la cohesió social. Promoció de l'esport amb valors. Potenciació de l'equitat en l'accés als entorns favorables i als equipaments i instal·lacions.	EE, AiJ
Entorn	Provisió d'espais segurs per al joc dels infants, especialment a l'aire lliure i en contacte amb la natura. Potenciació dels espais naturals accessibles a tota la ciutadania, especialment per als infants, la gent gran i les persones amb problemes de salut mental.	PI, EE, GG
Ocupació	Polítiques actives d'ocupació/reinserció laboral efectiva per a persones amb problemes de salut mental.	A
Urbanisme i habitatge	Disseny d'espais segurs per caminar i/o anar en bicicleta i per a la promoció del lleure actiu.	Totes

	Parcs a tots els barris per fomentar les activitats d'oci actiu en família i amb amics. Millores urbanístiques: enllumenat, seguretat, disseny, zones verdes, disponibilitat de fonts d'aigua i de sanitaris públics.	
Educació	Plans educatius d'entorn - patis oberts Promoció de les activitats de lleure per promoure la cohesió social. Promoció de l'activitat física a l'entorn escolar (tant en horari lectiu, als patis, com extraescolar). Potenciació dels aspectes de promoció de la salut mental i el benestar en els programes "Salut i escola" i en totes les activitats d'educació per a la salut. Donar a conèixer els actius del barri i les xarxes de suport. Formació en gestió de les emocions/relaxació, etc. a tots els escolars. Adequació dels horaris escolars i la càrrega de deures a les necessitats/característiques dels infants. Prevenició de l'assetjament escolar: implantació dels programes efectius a totes les escoles. Programes de mediació. Programes de formació en habilitats. Creació de figures de referència/apadrinament. Participació de l'escola en els projectes comunitaris del barri.	PI, EE
Cultura i lleure	Promoció dels factors protectors: augmentar el "temps de qualitat" compartit amb els fills fomentant la lectura i l'ús de les biblioteques (per exemple, programes com el "PlayTalkRead d'Escòcia"). Ludoteques als barris amb activitats específiques per fomentar el joc en família. Promoció de les activitats de lleure per promoure la salut mental, el benestar i la cohesió social. Artteràpia o activitats culturals per a la promoció de la salut mental i l'afrontament de problemes de salut. Programes de lluita contra l'estigma.	Totes
Sistema sanitari	Formació dels professionals d'APS i de salut mental en salutogènesi: identificació de recursos i actius i	Totes

recomanació/prescripció social.

Implementació/realització/actualització/difusió del mapa d'actius conjuntament amb els ens locals i les entitats.

Col·laboració en la implementació progressiva del programa FITjove.

Actuacions de salut comunitària que fan "escolta" de l'opinió d'adolescents i joves.

Programes comunitaris de prevenció d'embarassos no desitjats inclosos en estratègies de salut comunitària, com el Salut als barris o similars.

Potenciació de la promoció de la salut mental i de les activitats de promoció de desenvolupament de vincles familiars en el nou protocol de seguiment de l'embaràs i en les activitats d'educació per a la salut durant l'embaràs.

Escoles de pares per potenciar els vincles familiars els primers anys de vida.

Promoció dels factors protectors: augment el "temps de qualitat" compartit amb els fills fomentant la lectura i l'ús de les biblioteques (per exemple, programes com el ["PlayTalkRead" d'Escòcia](#)).

Potenciació dels aspectes de promoció de la salut mental i el benestar en els programes "Infància amb salut" i "Salut i escola".

Artteràpia o activitats culturals per a la promoció de la salut mental i l'afrontament de problemes de salut.

Programes de salut comunitària, com el COMSalut i similars, que incloguin activitats prioritzades amb la comunitat de promoció de la salut mental i el benestar i la cohesió socials per a totes les edats i intergeneracionals.

Promoció de la salut mental i prevenció de trastorns mentals en poblacions vulnerables, particularment en l'àmbit infantil i juvenil (població del sistema de protecció, fills de pares amb trastorns mentals o addiccions, testimonis de violència domèstica, maltractament infantil i abusos sexuals...).

En adults, població sense sostre, població immigrant, refugiats, violència de gènere...

Polítiques socials

Programes de promoció de la criança positiva i de l'establiment de vincles familiars. PI, EE, AïJ, A, GG

Promoció de factors protectors: activitats

	orientades a augmentar el "temps de qualitat" compartit amb els fills (per exemple, programes com el "PlayTalkRead" d'Escòcia). Promoció de les activitats de lleure per promoure la salut mental, el benestar i la cohesió social. Implicar les persones en la decisió de les activitats que s'han de portar a terme en els diferents equipaments. Ludoteques als barris amb activitats específiques per fomentar el joc en família. Punts Jove amb activitats que fomentin el capital social. Equipaments cívics amb activitats que fomentin la cohesió i el capital social. Xarxes de suport a les famílies, sobretot a aquelles que es troben en situació de més vulnerabilitat. Suport als esports i entitats de lleure social. Atenció a les desigualtats socials i culturals. Programes de suport amb educadors socials al carrer (absentisme, consums, etc.). Programes de protecció social per a persones en situació de vulnerabilitat: persones amb discapacitat, etc. Estratègies de promoció de l'envelliment actiu i saludable. Promoció del voluntariat entre la gent gran i per a la gent gran. Programes de prevenció de la violència masclista en conjunció amb la resta de departaments, ens locals, etc. Beneficis econòmics per a persones grans i persones en situació de vulnerabilitat. Programes per evitar la indefensió davant les situacions d'abús econòmic (fraus, telemàrqueting, etc.).	
Món local	Implementació/realització/actualització/difusió del mapa d'actius conjuntament amb el sistema sanitari i les entitats. Escoles de pares per potenciar els vincles familiars els primers anys de vida. Promoció de les activitats de lleure per promoure la cohesió social. Ludoteques als barris amb activitats específiques	Totes

	per fomentar el joc en família. Punts Jove amb activitats que fomentin el capital social. Equipaments cívics amb activitats que fomentin la salut mental, el benestar, la cohesió i el capital social. Implicació de les persones en la decisió de les activitats que s'han de portar a terme en els diferents equipaments. Creació de xarxes de suport als barris per promoure les habilitats parentals. Xarxes de suport a les famílies, sobretot a aquelles que es troben en situació de més vulnerabilitat. Suport als esports i entitats de lleure social. Projectes d'oci nocturn saludable (per exemple, "Q Festa", extensió a tot Catalunya). Banc del temps. Protecció social/suport a les persones en situació de vulnerabilitat: atur de llarga durada. Polítiques actives d'ocupació/reinserció laboral efectiva per a persones amb problemes de salut mental. Programes per a persones grans que viuen soles com: * "Radars" que actuen com a sensors de situacions de risc. * "Baixem al carrer" Programes de salut comunitària, com el COMSalut i similars, que incloguin activitats prioritzades amb la comunitat de promoció de la salut mental i el benestar i la cohesió socials per a totes les edats i intergeneracionals. Promoció de l'accés de la gent gran a les TIC. Estratègies de promoció de l'envelliment actiu i saludable. Promoció del voluntariat entre la gent gran i per a la gent gran. Programa "L'avi expert" (Barcelona).	
Teixit productiu	Promoció de salut a l'empresa. Avaluació dels riscos psicosocials i plans de millora. Racionalització dels horaris. Flexibilització horària/Conciliació de la vida laboral/familiar. Millora de condicions laborals.	A

	Possibilitat de processos de tutoria i entrenament. Millorar la reincorporació a la feina després de baixes perllongades.	
Tercer sector	Implementació/realització/actualització/difusió del mapa d'actius conjuntament amb els ens locals i el sistema sanitari. Escoles de pares per potenciar els vincles familiars els primers anys de vida. Promoció de les activitats de lleure per promoure la salut mental, el benestar i la cohesió social. Desenvolupament de projectes adreçats a persones en situació de vulnerabilitat i/o altres amb especial atenció a infants i persones grans, sobretot aquelles que viuen soles. Activitats en els espais que fomentin la salut mental i la cohesió social. Banc del temps. Promoció del voluntariat entre la gent gran i per a la gent gran.	Totes
Societat civil	Advocacia que doni suport a la implantació de polítiques efectives	Totes

Bona pràctica

Espaijove.net, un espai per a la salut mental

L'Espaijove.net és un programa d'alfabetització en salut mental adreçat a la població jove amb la finalitat de promoure la salut mental, la prevenció, comprensió i detecció dels trastorns mentals, l'eradicació de l'estigma i la millora de la cerca d'ajut. S'inscriu en el marc del programa "Salut i escola".

Es fonamenta en les recomanacions internacionals d'incorporar estratègies de prevenció dels trastorns mentals i del foment del benestar mental en els centres educatius, i en la recerca internacional que les avalua.

La població diana és la població jove escolaritzada de 12 a 18 anys, i les poblacions de suport són les famílies i els professionals de l'àmbit educatiu, sanitari, social i comunitari.

El programa es desenvolupa mitjançant tallers de sensibilització i formació presencials i consultes obertes als centres docents. L'any 2016 es van realitzar 146 tallers i hi van assistir 3.908 joves.

El programa disposa de materials i fitxes informatives, manuals per a professionals, una [pàgina web](#), xarxes socials i un butlletí mensual.

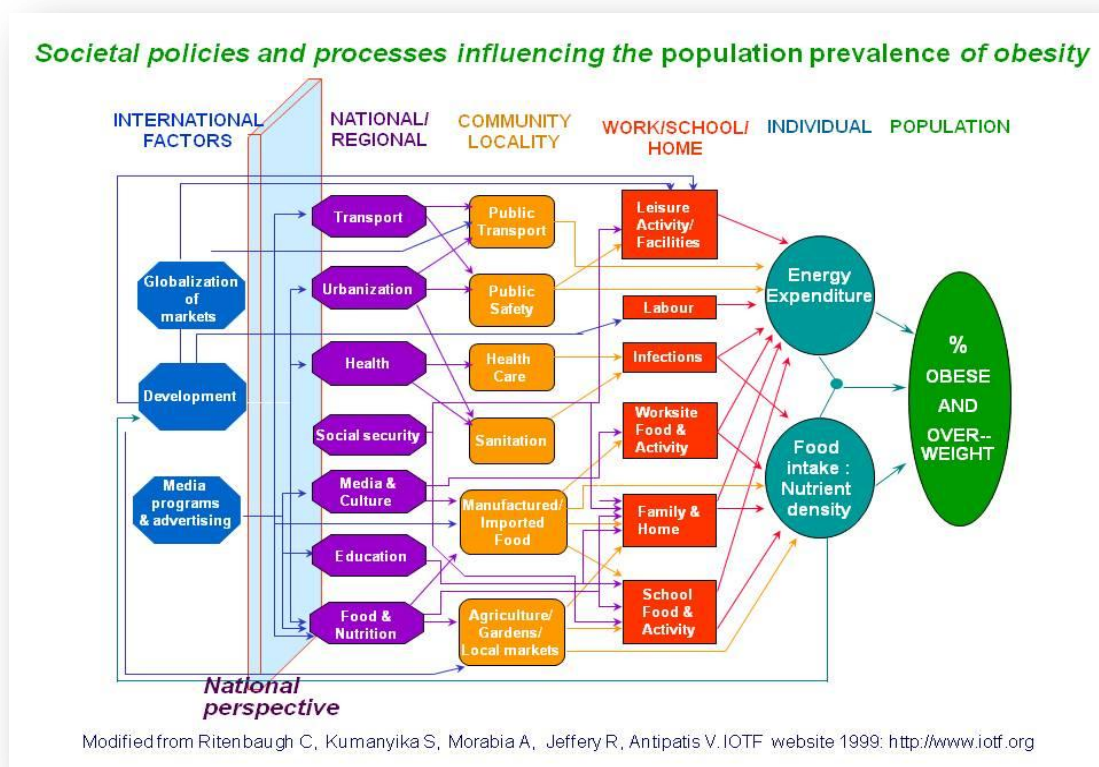
El programa s'avalua mitjançant enquestes als centres docents (direcció, docents i alumnes) i dos projectes de recerca d'avaluació de l'efectivitat (FIS 15/01613 i PERIS SLT002/16/00202) amb molt bons resultats.

Obesitat (inclosa la promoció de l'alimentació saludable i la lluita contra el sedentarisme)

L'obesitat és un problema de salut crònic, complex i multifactorial, d'inici habitual a la infància i a l'adolescència, que té com a origen una interacció genètica i ambiental, on la part ambiental i d'estils de vida (especialment dinàmiques familiars apreses des dels primers anys de vida dels infants) hi juga un paper rellevant. Tant factors genètics com ambientals contribueixen al risc d'obesitat, de manera que factors conductuals o d'estils de vida i de l'entorn influeixen el desenvolupament d'obesitat en persones genèticament predisposades.

En l'àmbit poblacional, l'augment de la prevalença de l'obesitat ha estat molt ràpid per poder ser explicat per canvis genètics, per tant, ha de ser el resultat de canvis en l'alimentació i l'activitat física que afecten el balanç entre ingesta i despesa energètica, que, al seu torn, estan influïts pels determinants socials.^{121,122}

Tal com es mostra a la figura següent, els determinants que influeixen en la prevalença de l'obesitat es troben en l'esfera individual (estils vida), en l'àmbit familiar, escolar o laboral, en l'entorn comunitari i/o municipal, i en els factors polítics i socials que influeixen en l'àmbit local, nacional i internacional. Així, a gran escala, cal ressaltar l'impacte dels mercats i la globalització, l'exposició dels infants als aliments no saludables,¹²³ la influència dels preus en la tria d'aliments i l'efecte que pot tenir la legislació en tots aquests aspectes. Per últim, cal no oblidar les grans diferències segons el nivell socioeconòmic en relació amb l'obesitat, sobretot la infantil, i els seus determinants.



L'obesitat és un problema de salut pública, tant pel nombre de població afectada com per la seva relació amb l'aparició o l'agreujament d'altres problemes de salut crònics: incrementa el risc de malalties cardiovasculars, diabetis mellitus de tipus 2, determinats tipus de càncer, hipertensió arterial, artrosi, gota... i ocasiona una disminució tant de la qualitat com de l'esperança vida de les persones afectades.

L'any 2009, un document de l'OMS va estimar que l'excés de pes, el sedentarisme i un consum baix de fruita i verdura causen un 18,6% de la mortalitat als països de renda elevada. Això equival a unes 11.351 morts anuals a Catalunya, de les quals 5.065 (un 8,3%) es relacionen amb l'alimentació, 3.357 es relacionen amb el sedentarisme (un 5,5% de la mortalitat total) i un 4,8% (aproximadament 2.929) amb problemes de salut que hi van associats, com l'excés de pes.

En la població infantil i juvenil aquest fet és més preocupant si es tenen en compte els efectes en la salut actual de l'infant o jove i la constatació que l'obesitat infantil és un predictor important de l'obesitat en la vida adulta.

Dades epidemiològiques

Segons dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2015, un de cada dos adults de 18 a 74 anys té excés de pes (el 49,3%; dels quals, el 34,6% té sobrepès i el 14,7% presenta obesitat). Mentre que el sobrepès afecta més els homes (el 41,3%) que les dones (el 27,9%), els percentatges d'obesitat són similars en tots dos sexes (el 14,1% en els homes i el 15,3% en les dones). En les dones, la prevalença del sobrepès augmenta amb l'edat, mentre que en els homes és més elevada en el grup de 45 a 64 anys.

La prevalença de l'excés de pes, el sobrepès i l'obesitat és més elevada en les persones de la classe menys afavorida i en aquelles amb estudis primaris o sense estudis. Respecte a l'any 2006, la tendència de l'excés de pes es manté estable.

En el cas dels infants de 6 a 12 anys, s'observa una tendència a la reducció de l'excés de pes en el període 2010-2015. L'any 2015, tres de cada deu infants presentava excés de pes (el 31,8%; dels quals, el 19,1 tenia sobrepès i el 12,6 obesitat). El sobrepès és del 19,1% (el 20,4% nens i el 17,8% nenes). L'obesitat és del 12,6% i afecta més els nens (el 15,5%) que les nenes (el 9,7%). El percentatge d'obesitat infantil presenta gradient social i passa del 8% en la classe social alta al 15,9% en la classe social baixa segons l'ocupació, cosa que representa el doble de casos d'obesitat infantil (6-12 anys) en les famílies de classe social baixa.

Factors de risc relacionats amb l'obesitat

El percentatge d'adults de 15 a 69 anys que realitzen una activitat física saludable és del 74,2%. És superior en els homes (el 76,6%) que en les dones (el 71,7%), en les classes socials més benestants i en persones que tenen un nivell d'estudis més elevat. El 20,9% de la població de 18 a 74 anys és sedentària. Aquesta proporció augmenta amb l'edat, tant en homes com en dones.

En el cas d'infants i adolescents: un 37,5% té un estil d'oci actiu, és a dir, cada dia de la setmana fa com a mínim una hora d'activitat física extraescolar o juga al parc o al carrer. El percentatge és superior en els nens i disminueix segons augmenta l'edat.

Un 57,7% de la població de 3 a 17 anys acostuma a anar caminant a l'escola, un 10,7% hi va en transport públic i un 1,5% en bicicleta.

El 68,3% de la població de 18 a 74 anys segueix, amb un grau de compliment mitjà, les recomanacions d'alimentació segons la dieta mediterrània, i el 85,7% consumeix com a mínim 1 ració de fruita al dia. El 81,5% dorm entre 6 a 8 hores.

La família és un factor de protecció

La família és un factor de prevenció i protecció privilegiat per aconseguir el benestar físic emocional i social dels infants. En la seva funció educadora, constitueix la primera instància de socialització i la institució que globalment té més influència en la formació i desenvolupament de les criatures i joves.

A través dels aprenentatges i de la observació dels adults, els nens i nenes es van capacitant per a viure en la societat, i per anar adquirint els hàbits i valors necessaris per créixer de forma saludable. La família per tant pot ser un suport, un model i un referent positiu que minimitzi les influències negatives de l'entorn.

Concretament, els àpats en família són una bona oportunitat per l'educació i l'aprenentatge de competències i hàbits saludables. És un espai idoni per ajudar als infants a tenir actituds més responsables, evitant dinàmiques que poden afavorir la obesitat. Els espais en família també milloren la salut emocional enfortint les relacions i la comunicació, potenciant la seguretat, la confiança i la pertinença.

Objectius en el marc de la prevenció i el control de l'obesitat

La prevenció i el control de l'obesitat, en especial de la infantil, és una prioritat a escala internacional, que ha estat incorporada de forma molt destacada a Catalunya en el Pla de salut 2016-2020. El seu abordatge requereix actuacions de salut pública i assistencials.

Objectius de l'OMS per a 2025

- Reduir la ingesta de sal en un 30% (fins a arribar a una ingesta de menys de 5 g al dia).
- Aturar l'augment de la diabetis i l'obesitat en adults i adolescents i el sobrepès en infants.

Objectius del Pla de salut 2016-2020

OBJECTIUS

Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut.

Reduir en un 5% la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys.

Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys.

Incrementar en un 5% la prevalença de persones adultes que segueixen recomanacions d'alimentació mediterrània.

Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut.

Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys.

Abordatge intersectorial

Els governs tenen un paper central en la creació d'un entorn saludable que faciliti que les persones segueixin un estil de vida saludable, i ho fan actuant en els àmbits polític, comunitari, escolar i laboral. També, sensibilitzant informant i educant la població sobre les eleccions saludables. I per últim –però no menys important– millorant el nivell socioeconòmic de les persones, ja que, com s'ha vist, està associat de forma molt clara a la prevalença de l'obesitat i de les conductes que hi estan relacionades.

Per tal de promoure la salut per mitjà de l'activitat física, el Departament de Salut va posar en marxa el Pla integral de promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS), en consonància amb l'estratègia NAOS de l'MSSSI i l'estratègia sobre dieta, activitat física i salut de l'OMS.

El PAAS és la resposta de salut pública per prevenir i controlar l'epidèmia d'obesitat que estan vivint els països industrialitzats i que està a la base de molts dels problemes de salut crònics. L'enfocament del PAAS és integral i treballa, d'una banda, la capacitat de les persones per prendre decisions informades sobre el seu estil de vida i la seva salut i, de l'altra, el desenvolupament d'entorns generadors de salut.

El Pla integra accions a l'àmbit educatiu, comunitari, de salut i laboral. Es basa en l'evidència que diu que els abordatges multidisciplinaris, multifactorials i integrals són els més efectius.

El PAAS vol arribar a tota la població d'acord amb les seves necessitats, promou l'equitat i l'aprofitament dels recursos ja existents i treballa per capacitar els professionals i les persones, per generar entorns promotors de salut i per actuar sobre els determinants de la salut. Recull dos tipus d'accions, projectes i programes:

- Aquells que són liderats des del Programa pròpiament dit, com el projecte AMED, que identifica establiments promotors d'alimentació mediterrània i impulsa la millora de la seva oferta, o el projecte PREME, de revisió i millora dels menús escolars.
- Aquelles bones pràctiques d'altres agents (altres departaments de la Generalitat, entitats locals, tercer sector, societat civil, etc.) als quals es dona suport.

A la [pàgina web del PAAS](#) es poden trobar els principals recursos i programes elaborats.

D'altra banda, el Departament d'Agricultura, Ramaderia, Pesca i Alimentació (DARP) té en marxa nombroses accions d'impuls de la dieta mediterrània, entre les quals es van fent accions específiques com la promoció del consum d'oli d'oliva verge extra o el consum del peix, en les quals s'incideix també en la garantia de la traçabilitat del producte i la qualitat, tant en peix de costa com d'aqüicultura. També s'impulsa el consum de productes de venda de proximitat (amb el seu resultat de millora de la sostenibilitat) i de productes amb segells de garantia DOP i IGP en el marc de l'impuls del Pla de contractació pública alimentària de Catalunya.

El [Pla de consum de fruita a les escoles](#) és una magnífica mostra de l'acció intersectorial que proporciona beneficis a tots els sectors implicats. Consisteix a distribuir gratuïtament fruita i verdura fresca als escolars de segon cicle d'educació infantil i de primària (infants de 3 a 12 anys) dels centres educatius que ho demanin, i alhora dur a terme accions de sensibilització i promoció perquè en consumeixin, mitjançant tallers educatius i altres activitats relacionades. És una iniciativa de la Unió Europea que es fa efectiva per una acció coordinada dels departaments d'Agricultura, Salut i Ensenyament, liderada des del DARP. Els objectius són:

- Oferir fruita gratuïta en els esmorzars i berenars dins del centre escolar.
- Informar sobre els beneficis d'incrementar el consum de fruita i verdura, i sobre la seva diversitat, les característiques, la producció, l'estacionalitat, etc.
- Proposar el consum de fruita com una alternativa excel·lent al consum d'altres aliments amb menys qualitat nutricional.

Es pretén potenciar accions que afavoreixin la salut dels infants, com ara augmentar el consum de fruita fresca i verdura, fruita seca, llegums, aigua, així com el joc actiu. I reduir el consum d'aminadures, begudes refrescants, brioixeria, com també de videojocs sedentaris. Sota el lema "A l'escola, la fruita entra sola", la Generalitat ha creat també un joc per a ordinador i una aplicació per a mòbils.

Per avançar en aquest abordatge, cal continuar avançant en estratègies interdepartamentals, interadministratives i intersectorials de salut pública des de diferents àmbits sectorials, algunes de les quals ja estan en marxa i altres caldria iniciar-les o reforçar-les.

A la taula següent es recullen algunes de les possibilitats.

Àmbit	Línies d'actuació prioritàries
Economia	Taxes (per exemple: la de les begudes ensucrades).
Polítiques socials	Programes de criança positiva (per exemple: "Àpats en família"). Atenció a les desigualtats socials i culturals.
Educació	Revisió de les programacions de menús escolars per millorar-ne la qualitat. Elaboració d'orientacions sobre menús escolars. Promoció de les actuacions que fomentin l'activitat física en el marc dels Plans educatius d'entorn. Orientacions per a la millora de l'oferta en les màquines expenedores d'aliments i begudes en centres educatius. Foment del Pla català d'esport a l'escola. Promoció de l'activitat física a l'entorn escolar (tant en horari lectiu com extraescolar). Promoció de projectes de servei comunitari en l'àmbit esportiu. Promoció de l'alimentació i els hàbits saludables en el marc del currículum competencial. Establiment d'un procediment per a l'autorització de campanyes d'empreses i promotors sobre alimentació i promoció de l'activitat física en els centres educatius.
Cultura i lleure (inclou mitjans de comunicació)	Control de la publicitat i el patrocini. Limitació de la presència d'aliments poc saludables en els programes i espectacles adreçats a infants i joves.
Urbanisme	Disseny d'espais segurs per caminar i/o anar en bicicleta i per a la promoció del lleure actiu. Millores urbanístiques: enllumenat, seguretat, disseny, zones verdes, disponibilitat de fonts d'aigua i de sanitaris públics.
Alimentació	Promoció de l'alimentació mediterrània i dels seus components més saludables (fruita i verdura, oli d'oliva, etc.). Projecte AMED d'establiments promotors de l'alimentació mediterrània. Pla de consum de fruita a les escoles. Iniciatives comunitàries de promoció d'alimentació saludable (participació en el Festival de la Infància, etc.).
Activitat física	Foment de la celebració, difusió i divulgació del Dia Mundial de l'Activitat Física (DMAF).

	Col·laboració en la identificació i validació de les rutes saludables. Suport per a la promoció de l'activitat física en col·laboració amb el sistema sanitari. Foment del Pla català d'esport a l'escola. Col·laboració en la implementació progressiva del programa FITjove. Potenciació de l'equitat en l'accés als entorns favorables i als equipaments i instal·lacions.
Sistema sanitari (inclosa la salut pública)	Promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable entre totes les persones que acudeixen a les consultes, potenciant l'ús de programes i recursos comunitaris (rutes saludables, parcs, etc.). Foment de la celebració, difusió i divulgació del Dia Mundial de l'Activitat Física (DMAF). Pesar, tallar i aconsellar els infants i les persones que acudeixen a les consultes segons els protocols establerts. Col·laboració en la implementació progressiva del programa FITjove. Aplicació en els edificis sanitaris dels projectes de promoció de la salut: com els projectes AMED i "Aquí Sí. Fruita i salut", de promoció de l'alimentació saludable, i el projecte "Escala", de promoció de l'ús de les escales. Iniciatives comunitàries de promoció d'alimentació saludable (participació en el Festival de la Infància, etc.).
Món local	Col·laboració en la implementació de rutes saludables. Col·laboració en la implementació dels programes per a la restauració col·lectiva (AMED i "Aquí sí. Fruita i salut"). Disponibilitat d'equipaments municipals per a la pràctica d'activitat física i esportiva (parcs, equipaments) amb projectes que en dinamitzin l'ús (projectes com "Activa't al Parc", etc.). Increment de l'accessibilitat de l'oferta de recursos comunitaris per a la pràctica de l'activitat física saludable (amb criteris d'equitat). Patis oberts. Millora de l'accessibilitat i la viabilitat a l'hora de caminar per l'entorn, reducció de barreres arquitectòniques. Programes adreçats a persones amb dificultats de mobilitat com el programa "Baixem al carrer". Millores urbanístiques: enllumenat, seguretat, disseny, zones verdes, disponibilitat de fonts d'aigua i de sanitaris públics.
Teixit productiu	Sector de distribució d'aliments: promoure la compra saludable amb informació en punts de decisió, i altres iniciatives relacionades.

	Sector de restauració: adherir-se als projectes AMED, "Aquí Sí. Fruita i Salut", i altres de promoció de l'alimentació saludable. Sector dels equipaments esportius: promoure una oferta d'activitats saludables a un preu accessible per a la població. Promoció de salut a l'empresa; incloent, entre altres, la promoció de l'ús de les escales.
Tercer sector	Desenvolupament de projectes adreçats a persones en situació de vulnerabilitat i/o altres amb especial atenció a infants i persones grans, sobretot aquelles que viuen soles.
Societat civil	Implantació de polítiques efectives amb el suport de l'advocacia.

Problemes de salut emergents

Es consideren problemes de salut emergents aquells de nova descripció o reconeguts com a nous, que apareixen en zones on no existien o d'on havien estat eliminats, els que canvien el seu patró epidemiològic i els que són d'origen animal i han aconseguit, saltant la barrera entre espècies, adaptar-se a l'ésser humà. També es considera emergent una malaltia que no es coneixia anteriorment.¹²⁴ N'hi ha de diferents tipus i etiologies. Es troben malalties infeccioses causades per virus, com la malaltia de l'Ebola, la síndrome respiratòria de l'Orient Mitjà, causada per coronavirus (MERS-CoV), i les causades pels arbovirus, que són transmesos per vectors artròpodes. En són un exemple, les que transmeten mosquits, com la infecció pel virus del Zika, virus del chikungunya (CHIKV), virus del dengue i virus del Nil occidental (VNO), o bé les paparres, com la febre hemorràgica de Crimea-Congo, causada pel virus de la febre hemorràgica de Crimea-Congo (VFHCC) i l'encefalitis transmesa per paparres.¹²⁵

Les **malalties infeccioses emergents** se separen en dues categories principals: les de nova aparició i les reemergents. Les primeres són les que apareixen en humans per primera vegada i les reemergents són les que històricament han infectat els éssers humans, però que apareixen en noves àrees geogràfiques, en formes resistents als medicaments o que reapareixen després d'haver estat eliminades o controlades.¹²⁶

Les **malalties infeccioses emergents** suposen un risc per a la salut pública, però també per al desenvolupament i l'estabilitat de l'economia d'un territori.¹²⁷ El seu abordatge constitueix un gran repte globalment a causa de la seva interrelació amb diversos factors. Són malalties estretament lligades als fenòmens de la globalització i del canvi climàtic, que en modifiquen l'epidemiologia. L'augment de la mobilitat lligada a la globalització i el fet que les fronteres siguin cada cop més obertes han provocat que malalties considerades endèmiques en l'àmbit territorial siguin ara epidèmies sense fronteres amb el risc de convertir-se en pandèmies en un món cada vegada més interconnectat.¹²⁸

Així, per exemple, el comerç de neumàtics i productes de jardineria i l'increment de mobilitat mitjançant vehicles globalment ha provocat la dispersió passiva en l'àmbit intercontinental d'una espècie invasora de mosquit, originària de les selves asiàtiques, conegut com el mosquit tigre (*Aedes albopictus*). El clima temperat d'Espanya fa pràcticament inevitable l'adaptació d'aquest mosquit tropical, capaç d'hivernar en forma d'ou. D'altra banda, l'escalfament global provocat pel canvi climàtic afavoreix no només l'establiment d'aquesta espècie al territori, sinó també la seva expansió.¹²⁹ L'augment de la temperatura i la manca de precipitacions, que s'emporten els ous i les larves, van lligades a un augment en la densitat d'insectes en el territori i en la maduració i replicació dels patògens dins del vector, que n'incrementa les probabilitats d'infecció.¹³⁰ Catalunya, pel seu clima i la seva latitud, té el risc que l'adaptació del mosquit tigre comporti l'aparició de noves epidèmies, que evolucionin de casos importats a autòctons a través d'una transmissió sostinguda.

El grau de preparació de la resposta davant possibles emergències de salut pública està condicionat per la informació disponible sobre aquestes malalties. Avui dia, hi ha encara una desconexió al voltant de la majoria d'aquestes malalties, algunes de les quals presenten una simptomatologia no específica i no tenen ni tractament ni vacuna. Es posa de manifest, doncs, la necessitat de treballar de manera intersectorial

i transversal per tal de passar d'un sistema de vigilància passiu a un d'actiu, basat en la predicció i l'anticipació d'esdeveniments.¹³¹ El Reglament sanitari internacional (RSI) de l'OMS és l'instrument jurídic internacional elaborat per prevenir i afrontar riscos de salut pública susceptibles de travessar fronteres.¹³² L'objectiu és crear un sistema mundial eficaç de seguretat, amb la col·laboració d'altres organitzacions com el CDC i els estats membres.¹³³

En l'àmbit territorial, cal treballar intersectorialment en la preparació d'una resposta davant possibles emergències de salut pública. La formació de professionals de la salut és de vital importància perquè els centres d'atenció primària i d'urgències hospitalàries són la primera línia de detecció de possibles casos i juguen un paper vital en la detecció precoç per evitar brots i minimitzar la càrrega de la malaltia. Cal, també, desenvolupar de manera anticipada protocols adequats, així com crear estructures assistencials preparades per donar les respostes adequades des del primer moment, sense comprometre la salut dels professionals. És clau la coordinació des de la Xarxa de Vigilància Epidemiològica catalana seguint directrius internacionals. Un exemple d'això ha estat l'activació davant del brot d'Ebola amb la creació d'uns circuits ben establerts entre la Xarxa de Vigilància Epidemiològica i la xarxa assistencial.^{11,12}

D'altra banda, cal establir una gestió comunicativa adequada des de l'Administració per tal de proporcionar informació oficial fluida i correcta i evitar generar estats de confusió i desconfiança. Els mitjans de comunicació tenen el deure professional de facilitar la informació provinent de les fonts d'informació oficial i no incórrer en conductes irresponsables que poden augmentar la confusió de la població.¹³

Així mateix, cal incrementar la informació disponible de les administracions i dels mitjans de comunicació, en els àmbits corresponents. Per exemple, en el cas de malalties que es transmeten per via sexual, és important incorporar la participació dels departaments d'Ensenyament i Joventut, entre d'altres.

Així doncs, les malalties emergents són importants i plantegen un repte per a la societat i el Govern perquè no tenen fronteres i poden arribar en qualsevol moment i generar una amenaça per a la salut pública i l'economia del país. Són malalties encara poc conegudes, la manca d'informació i la simptomatologia no específica fan que els professionals s'hagin d'anar preparant per a la gestió de possibles casos. El MERS-CoV o la grip aviària són algunes de les malalties que representen una amenaça internacional. Així mateix, poden ser malalties de les quals fa més de 30 anys que no se n'havia donat cap cas, com, per exemple, el cas de diftèria a Catalunya el 2015.¹⁴ A més, algunes malalties poden ser transmeses per vectors i passar de ser casos importats a casos autòctons, fet que incrementa ràpidament el nombre de casos. Per evitar-ho, cal crear eines per fer-ne una detecció precoç, notificar el cas sospitós a la Xarxa de Vigilància Epidemiològica, així com treballar en l'erradicació dels vectors i la vigilància de la possible entrada de nous vectors des de l'àmbit de protecció de la salut, intersectorialment incorporant tots els agents implicats.

Malalties emergents a Catalunya

Després que l'OMS declarés, el 8 d'agost del 2014, que l'epidèmia d'Ebola que afectava l'Àfrica occidental era una emergència de salut pública d'importància internacional,¹³ a Catalunya es van implementar immediatament els protocols internacionals. A Espanya les alarmes van saltar als mesos d'agost i de setembre, amb el trasllat de dos missioners infectats. La gestió i el tractament que se'n va fer es va posar en dubte en donar-se un cas de transmissió autòctona a l'auxiliar sanitària que va atendre un dels religiosos. A Catalunya, entre l'agost i el setembre del 2014 es van notificar als serveis de vigilància epidemiològica 117 casos sospitosos d'Ebola, 3 dels quals complien criteris clínics i epidemiològics, fet que va requerir activar el protocol establert per a aquests casos, encara que, finalment, van resultar ser tots negatius. Es van fer 115 seguiments a un total de 95 cooperants.¹²

Des de l'1 de gener del 2016 fins al 2 de maig del 2017 s'han confirmat 152 casos importats de febre vírica del Zika a Catalunya. Tots els afectats tenen antecedents d'haver estat a l'Amèrica del Sud i Central i en zones del sud-est asiàtic, on la transmissió del virus és activa. Es tracta de 49 homes i 103 dones, entre les quals es trobaven 32 gestants; totes ja han donat a llum i en un cas un nadó ha nascut amb microcefàlia. A Catalunya es va decidir fer el cribratge de totes les dones gestants procedents dels països afectats, tal com s'estableix en el Protocol d'actuació davant de la infecció pel virus del Zika en l'àmbit obstètric i pediàtric a Catalunya.¹⁵

El nombre de casos confirmats al món de síndrome respiratòria de l'Orient Mitjà causada pel nou coronavirus (MERS-CoV), des del març del 2012 fins a l'11 de març de 2017, és de 1.960, dels quals s'han produït 749 defuncions. El Comitè d'Emergència de l'OMS reitera que la situació actual no s'ha de considerar com una emergència en salut pública, però recorda la importància de reforçar la vigilància en el retorn del pelegrinatge a la Meca (hagg) als seus països de procedència. La importació de casos de MERS-CoV a la UE és possible, però el risc de transmissió sostinguda a Europa continua sent molt baix. Tot i que a Europa se n'han donat casos aïllats, Catalunya manté la vigilància activa sense que de moment se n'hagi detectat cap cas.¹⁶

Malalties reemergents

Són les que històricament han infectat humans, però que ara apareixen en noves àrees geogràfiques, en formes resistents als medicaments o que reapareixen després d'haver estat eliminades o controlades. La tos ferina, el xarampió, la parotiditis i la legionel·losi serien algunes d'aquestes malalties. En aquest sentit, a Catalunya, la taxa d'incidència de tos ferina s'ha incrementat recentment i els darrers anys hi ha hagut brots de xarampió, tal com succeeix en altres països del nostre entorn.

Les malalties importades i la vacunació

Les malalties importades són malalties adquirides en un país i diagnosticades en un altre on no existeixen o tenen menys prevalença. Aquestes poden ser cosmopolites, les que tenen una àmplia distribució geogràfica, o tropicals, les que provenen d'àrees tropicals o temperades i tenen molt poca prevalença o són inexistents en els països industrialitzats. El concepte de malaltia importada està estretament lligat al fenomen de la globalització i als desplaçaments intercontinentals, que en redueixen les fronteres.¹⁷

L'any 2005 es va trencar, per primera vegada, la tendència a la baixa de la taxa d'incidència de tuberculosi a Catalunya, fet que es va tornar a repetir el 2007, any a partir del qual la taxa ha disminuït anualment. L'any 2015, tot i que en la població autòctona la taxa d'incidència se situa en un $9,3 \times 100.00$ habitants, la taxa més elevada de $38,8 \times 100.000$ habitants se situa en població nouvinguda. La tuberculosi és una malaltia que comporta un risc per a la salut pública per diverses causes, especialment perquè afecta una part de la població amb unes condicions socioeconòmiques baixes, i crea desigualtats en salut com la dificultat per accedir al sistema sanitari. Aquest fet fa que el compliment del tractament sigui baix i es presenti una major resistència als fàrmacs de primera línia.^{18,19}

En aquesta línia, l'any 2015 hi va haver el primer cas de diftèria notificat a Catalunya des de l'any 1983 en un nen de 6 anys no vacunat que va morir a causa de la malaltia.¹⁴

La vacunació de la població produeix una immunitat individual i, al mateix temps, una immunitat de grup. Les dades de primovacunació infantil a Catalunya són altes com a la resta de comunitats autònomes de l'Estat espanyol. La vacunació a Catalunya és recomanada, però no obligatòria; es deixa als pares i mares la decisió final sobre la vacunació dels fills. La davallada molt important de la prevalença de malalties vacunables, relacionada amb l'èxit de les estratègies vacunals, pot fer que, per a algunes persones, aquestes malalties no es percebin com una amenaça i puguin pensar que les vacunes ja no són, per tant, necessàries i suposen un risc més que un avantatge, malgrat que ha estat desmentit repetidament que la vacunació provoqui diferents malalties.

És important mantenir el llindar d'immunitat comunitària que la vacunació ofereix. Es necessita un esforç intersectorial a diferents nivells per tal de proporcionar la informació sobre l'efectivitat, l'eficiència i el poc risc individual de la vacunació, així com de la possibilitat que malalties que ara són poc comunes reapareguin, ja que els agents infecciosos que les provoquen segueixen circulant en algunes parts del món i poden traspasar les fronteres i infectar qualsevol persona no protegida.²⁰

Les resistències als antibiòtics

Les resistències a medicaments antimicrobians (AMR) es produeixen quan els microorganismes, ja siguin bacteris, virus, fongs o protozous, experimenten canvis que fan que els medicaments utilitzats per tractar les infeccions que provoquen deixin de ser eficaços.²¹ Específicament, la resistència als antibiòtics és la capacitat que tenen els bacteris de combatre els efectes d'aquests medicaments. La causa principal és l'ús inadequat dels antibiòtics, ja sigui en persones o ja sigui en animals, que produeix, també, la seva acumulació involuntària al medi ambient.²²

Els bacteris resistents i multiresistents als antibiòtics són actualment considerats un problema de salut pública de primera línia.²³ El problema bàsic és que les resistències incrementen i es propaguen a tot el món amb l'ús inadequat dels antibiòtics. Aquesta situació suposa un risc per a la població perquè es limiten les opcions terapèutiques, i malalties que eren curables passen a ser responsables d'una morbiditat i mortalitat altes. D'altra banda, les infeccions per bacteris resistents constitueixen un cost més elevat per als sistemes de salut i per a l'economia d'un país. Requereixen tractaments més llargs i més cars, una atenció sanitària de més durada, inclòs l'increment de dies d'hospitalització, i causen més discapacitats i morts. Els antibiòtics són un recurs limitat

que, com més s'utilitza en el present, més opcions hi ha que deixi de ser efectiu en un futur. Les opcions terapèutiques per combatre infeccions resistents passen per dues vies principals. La primera és la vacunació, que, a través de la protecció concedida, redueix el nombre de casos d'infeccions i, per tant, la demanda d'antibiòtics i la creació de més resistències.²⁴ La segona és la urgent necessitat de desenvolupar nous antibiòtics més efectius. La majoria d'antibiòtics utilitzats avui en dia van ser descoberts entre els anys 1950 i 1970 i durant els últims vint anys no se n'ha creat cap classe nova.²⁵

L'ús inadequat dels antibiòtics es dona en dues àrees principals, en l'ús humà i en l'ús animal, i ve definit per tres situacions. La primera és una sobreutilització i un abús que poden ser donats per una prescripció en excés per part dels professionals de la salut i/o per una venda no controlada d'antibiòtics a les oficines de farmàcia. La segona és una mala utilització per l'elecció d'un antibiòtic inadequat o bé pel seu ús en infeccions víriques. Finalment, hi ha la infrautilització per la manca de compliment del tractament prescrit per part del pacient.²⁶

A Catalunya, el Decret 203/2015, pel qual es crea la Xarxa de Vigilància Epidemiològica i es regulen els sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics, estableix la notificació obligatòria del Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya, fet que permet el monitoratge dels microorganismes resistents.^{27, 28}

La Comissió Europea de Salut i Seguretat Alimentària forma part del moviment *One Health*, que reconeix que la salut dels humans, els animals i els ecosistemes està interconnectada i treballa des d'una perspectiva multidisciplinària i intersectorial en la lluita contra les resistències antimicrobianes.²⁹ L'any 2011 va publicar un pla d'acció contra la resistència bacteriana per aplicar als estats membres.³⁰ Seguint aquesta línia, l'any 2014, Espanya va publicar el Pla nacional de resistència als antibiòtics i el 2015 l'OMS va posar en marxa el Pla de d'acció mundial per lluitar contra les resistències a antimicrobians.³¹ A Catalunya està previst impulsar un Pla estratègic de reducció de les resistències antimicrobianes, que ha de permetre donar compliment en l'àmbit de Catalunya a les recomanacions dels organismes internacionals i, especialment, a les de les institucions europees. Aquests plans incentiven la col·laboració transversal per tal de lluitar contra el creixent nombre de resistències. Es vol promoure un ús racional dels antibiòtics tant en humans com en animals, reduir la incidència d'infeccions bacterianes i controlar-ne la propagació mitjançant mesures eficaces de sanejament i higiene, com la vacunació, i les bones pràctiques als hospitals i a les explotacions ramaderes. També es vol incrementar el coneixement sobre les resistències per conscienciar professionals de la salut humana i animal, ramaders i la població. En conseqüència, es promou la vigilància i la investigació d'aquestes infeccions per incrementar-ne el coneixement i la inversió R+D.

Finalment, l'ús d'antibiòtics provoca també una acumulació involuntària d'aquestes substàncies al medi ambient. Les vies d'entrada són diverses i inclouen les aigües residuals dels processos de producció, els fertilitzants i el seu ús en l'aqüicultura. També conflueixen a altes concentracions en les plantes de tractament de residus, lloc propici per a la transferència de gens de resistència entre bacteris.

Les malalties d'etiologia desconeguda

Les malalties d'etiologia desconeguda o poc definida són problemes de salut dels quals encara no es coneix la causa i que no tenen ni una prova de laboratori ni un biomarcador per tal de fer-ne el diagnòstic. La combinació d'aquests fets convergeix en persones que pateixen una clínica que no es correspon amb les troballes mèdiques.

Entre aquestes malalties hi ha les malalties de sensibilització central, com la fibromiàlgia, la síndrome de la fatiga crònica (SFC) i la síndrome química múltiple (SQM), que presenten símptomes en comú i sovint es poden desenvolupar en la mateixa persona. La fibromiàlgia és una síndrome clínica caracteritzada per dolor crònic generalitzat a tot el cos i extensa sensibilitat local a la pressió en múltiples punts. L'SFC està caracteritzada per una fatiga persistent i invalidant davant petits esforços, que no millora amb el repòs. L'SQM es presenta com un conjunt de símptomes vinculats a diversos agents i components químics que es troben al medi ambient a nivells tolerats per a la majoria de les persones.

La manca de proves específiques allarga el període de temps fins que s'arriba al diagnòstic, fet a partir de la clínica i de proves per descartar altres malalties. A més, els símptomes poden ser confusos i, per tant, no són bons indicadors per fer el diagnòstic correcte, amb la qual cosa els pacients es deriven a diferents especialistes sense trobar el seu lloc dins el sistema sanitari i sense rebre una atenció sanitària apropiada. D'altra banda, la percepció social que es té d'aquestes malalties ha tendit a estigmatitzar les persones que les pateixen i a subestimar l'esforç que per a elles suposen les activitats quotidianes i laborals.

La dificultat del diagnòstic, el desconeixement i la incomprensió social, i la manca d'un tractament específic tenen conseqüències físiques, psicològiques i socials tant per a la persona malalta com per a la seva família. És important avançar en pautes comunes d'actuació per tal d'oferir als pacients una atenció eficaç adequada a la seva problemàtica, que garanteixi la seva qualitat de vida i minimitzi les diferents conseqüències de la malaltia.

Finalment, cal mencionar la lipoatròfia semicircular, una alteració benigna i poc freqüent caracteritzada per l'aparició de depressions en forma de banda semicircular a la superfície cutània, que sorgeixen a conseqüència d'una atròfia localitzada del teixit adipós subcutani. L'afectació pot ser unilateral o bilateral; es localitza, principalment, a la part anterior de les cuixes i els avantbraços; i afecta més les dones que els homes.³²

Aquest fenomen va ser descrit per primera vegada per Gschwandtner i Münzberger l'any 1974.³³ L'any 2007, en va aparèixer un brot a Barcelona que va afectar 200 dels 1.000 treballadors d'un edifici d'oficines.³⁴ Abans d'aquest brot només se n'havia descrit un cas similar a les oficines d'un banc de Brussel·les que des de l'any 1995 havia afectat unes 1.300 persones.³⁵

La seva etiologia encara no és clara i, actualment, es considera multifactorial. L'aparició d'aquestes bandes és deguda a la interacció de factors ambientals i individuals, on l'àmbit laboral juga un paper clau. Des dels primers casos, se'n coneix l'associació amb microtraumatismes repetits, específicament els produïts per la pressió contra les cadires o els marges de les taules, tot i que per si sols no expliquen l'augment del nombre de casos dels últims anys i els brots ocorreguts. És arran d'aquests brots, apareguts en edificis de nova construcció o reformats, quan s'associa a factors com la

humitat ambiental i l'electricitat estàtica. La seva relació amb l'àmbit laboral queda reafirmada perquè acostuma a revertir de manera espontània quan els afectats s'allunyen del seu lloc de feina.

És important tenir present la possibilitat que poden aparèixer nous casos de lipoatròfia i que a causa de la multifactorialitat de la seva etiologia s'ha d'abordar des de diferents perspectives.

Així mateix, cal impulsar accions per a l'ús racional dels productes químics, i prioritzar els de menor risc per a la salut.

Pla d'actuació per prevenir els efectes de les onades de calor sobre la salut

Cal enfortir la resiliència i la capacitat d'adaptació als riscos emergents relacionats amb el clima. En aquest sentit és clau el Pla d'actuació per prevenir els efectes de les onades de calor sobre la salut (POCS) coordinat des de l'àrea de salut pública, on intervenen un conjunt d'agents dels diferents àmbits implicats. El treball interdepartamental i intersectorial té l'objectiu de minimitzar els efectes negatius de les onades de calor sobre la salut de la població, sobretot dels grups més vulnerables.

Abordatge intersectorial

En aquests problemes de salut és molt important:

- La coordinació amb les polítiques internacionals.
- Oferir transparència en les dades i els indicadors de salut (resistència als antibiòtics, casos de malalties, etc.).

Àmbit	Línies d'actuació prioritàries
Urbanisme i habitatge	• Detecció, control i seguiment d'edificis malalts on apareguin casos de lipoatròfia semicircular. • Investigació dels factors lligats a l'edifici que causen lipoatròfia semicircular o bé malalties infeccioses com la tuberculosi.
Educació	• Escoles, llars d'infants. • Educació sobre les malalties emergents i reemergents. • Educació sexual que inclogui el risc de contagi sexual del virus del Zika i altres ITS. • Educació sobre un ús responsable dels antibiòtics. • Educació sobre les vacunes. • Mesures d'higiene bàsiques per evitar transmissió de malalties infeccioses. • Educació sobre la prevenció i el control de mosquits en l'àmbit domèstic. • Universitats. ▪ Formació de professionals davant brots de malalties emergents. ▪ Formació sobre la importància de fer una prescripció responsable d'antibiòtics. ▪ Formació sobre la importància de la vacunació. ▪ Formació sobre malalties d'etiologia desconeguda per tal d'oferir una millor atenció sanitària als malalts i reduir-ne l'estigma.
Salut	• Establiment de protocols d'actuació en el marc de les recomanacions internacionals i els informes específics

	- per als professionals. • Coordinació dels comitès operatius intersectorials de malalties emergents d'alt risc com l'Ebola. • En el marc de les xarxes de vigilància epidemiològica internacional i europea que incloguin la col·laboració interadministrativa (aeroports, ports...). • Monitoratge sistemàtic de les malalties transmissibles com la tos ferina. • Detecció i resposta ràpida a alertes de salut pública i malalties emergents com el MERS-CoV, l'Ebola, la grip aviària, brots, arbovirosis, Chagas. • Reforç dels mecanismes de suport i d'informació als professionals sanitaris cooperants. • Formació continuada dels professionals en l'àmbit de les malalties emergents de més risc. • Garantia de la continuïtat i l'enfortiment dels centres de referència per a alertes i emergències de salut pública. • Formació i facilitació d'informació al personal d'aquests centres hospitalaris per actuar en casos com el de la malaltia de l'Ebola. • Prevenció i control de mosquits, en especial del mosquit tigre (<i>Aedes albopictus</i>). • Coordinació del POCS. • Davant de l'aparició de malalties emergents de transmissió vertical, estudi de la competència vectorial dels vectors autòctons del nostre territori contra aquestes malalties.
Interior	• Col·laboració en els comitès operatius de malalties emergents d'alt risc com el cas del brot de l'Ebola. • Participació en els circuits d'actuació del Pla de prevenció de l'onada de calor.
Mobilitat	• Protocols per al control de l'entrada del mosquit tigre i altres insectes en el transport de pneumàtics. • Protocols als aeroports.
Cultura i mitjans de comunicació	• Informació responsable i contrastada, sense generar una alarma innecessària sobre les malalties emergents. • Informació sobre la vacunació i els seus avantatges. • Promoció d'un ús racional i responsable dels antibiòtics. • Informació, sense estigmatitzar, de les malalties d'etiologia desconeguda. • Acords amb els mitjans de comunicació sobre la qualitat de la informació relacionada amb malalties emergents.
Justícia	• Aplicació de mesures de prevenció, protecció, detecció precoç i vigilància epidemiològica en institucions tancades (presons, centres juvenils, etc.).
Ocupació	• Protocols d'adaptació de llocs de feina a persones que pateixen una malaltia d'etiologia desconeguda. • Promoció de llocs i ambients de treball saludables. • Protocols d'actuació en cas de nous casos/brots de lipoatròfia semicircular. • Participació en els circuits d'actuació del Pla de prevenció de l'onada de calor.
Entorn	• Vigilància de la distribució del mosquit tigre i de l'entrada de nous vectors (especialment <i>Aedes aegypti</i>). • Regulacions sobre ús dels antibiòtics en animals (ramaderia i aqüicultura).

	Regulació sobre ús antibiòtics en agricultura.
Ens locals	Prevenició i control de mosquits, en especial del mosquit tigre (<i>Aedes albopictus</i>).
Sector privat	- Implementació de les mesures i recomanacions fetes amb caràcter institucional/governamental. - Col·laboració amb les entitats reguladores.
Oficines de farmàcia	- Promoció d'un ús racional dels antibiòtics a través de la dispensació únicament amb recepta mèdica. - Educació per la salut. - Detecció de problemes de salut (increment de picades de mosquit, viatger amb simptomatologia febril, etc.). - Col·laboració en el POCS.

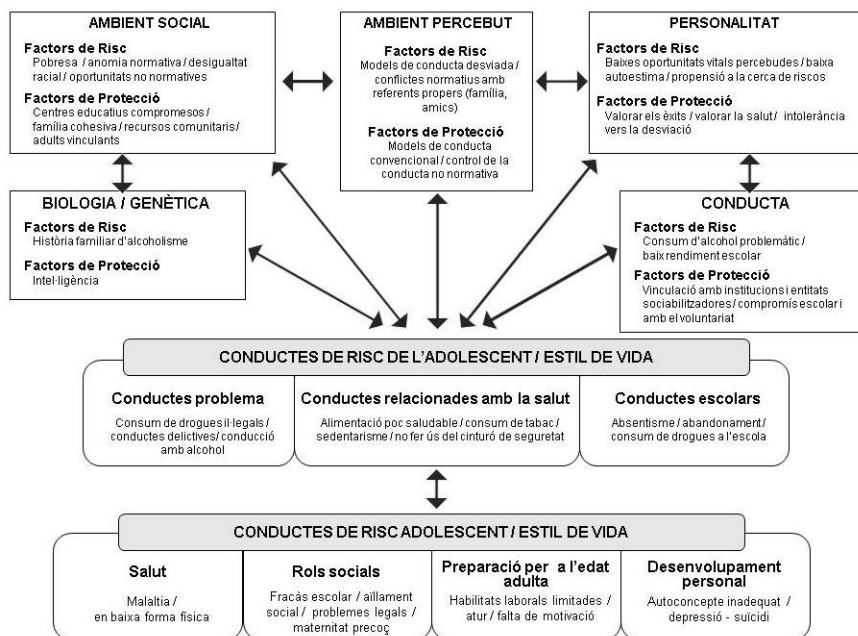
Els problemes relacionats amb el consum d'alcohol i altres drogues

La manera com les persones pensen, senten i actuen davant de la possibilitat de consumir alcohol i altres drogues està influenciada per la interacció entre uns determinats condicionants socioculturals i unes característiques individuals. El resultat d'aquesta interacció situa la persona **en major o menor risc** de desenvolupar una gran diversitat de problemes de salut i socials que s'afegeixen a la del trastorn per dependència: des de conductes de risc com conduir sota els efectes de les drogues, practicar relacions sexuals poc segures o tenir conductes violentes i incíviques fins a patir lesions traumàtiques com les de trànsit, malalties cròniques com les cardiovasculars, infeccions com la causada pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) o el de l'hepatitis C i diversos càncers. D'altra banda, a l'impacte que produeixen sobre les persones i els seus entorns més propers, s'hi sumen els costos en termes de recursos i serveis de salut, socials, educatius, del sistema judicial i de pèrdua de productivitat entre d'altres, que justifiquen el seu tractament prioritari en les polítiques de salut pública.¹³⁴

En l'abordatge del consum de drogues, els models de salut pública i el de promoció de la salut han facilitat un enfocament preventiu en l'àmbit poblacional, i plantegen la necessitat de treballar de manera **simultània sobre el context social, econòmic, educatiu i sanitari**.

De manera complementària, els models que incorporen diversos enfocaments¹³⁵ han estat clau per identificar i entendre els **factors de protecció** que fan menys probable l'ús

problemàtic d'alcohol i drogues, diferenciant-los d'aquells que quan són presents incrementen els **riscos** dels consums.¹³⁶ Ambdós tipus divergeixen en el seu nivell d'influència segons l'edat, el grau de desenvolupam



ent social i cultural, les identitats ètniques i culturals, l'entorn, i, especialment, durant els períodes de transicions i canvis d'etapes de la vida.

Les propostes integradores, com la teoria de la **conducta problema**¹³⁷ tal com es mostra a la figura presenten uns factors de risc i protecció comuns a una gran quantitat de conductes problemàtiques o conductes no normatives (l'absentisme i el

fracàs escolar o les conductes violentes) i d'altres com una alimentació poc saludable, l'ús del tabac i el sedentarisme.

Els canvis culturals, socials, econòmics i tecnològics dels darrers vint o trenta anys han tingut un impacte important en **els patrons i les formes de consum** que han comportat noves necessitats i nous reptes.

A Europa, el consum d'**alcohol** s'ha associat amb més del 7% dels problemes de salut i de les morts prematures, i, en alguns casos, s'ha relacionat el consum moderat d'alcohol amb un augment del risc a llarg termini de patir cardiopaties, malalties hepàtiques i càncer, i el consum freqüent de quantitats elevades, a dependència. A

més, hi ha evidència que la ingesta de qualsevol quantitat d'alcohol pot suposar un risc durant l'embaràs i al volant.¹³⁸ El cost social directe i indirecte dels excessos amb l'alcohol es calcula que es va elevar a 155.800 milions d'euros a Europa l'any 2010.

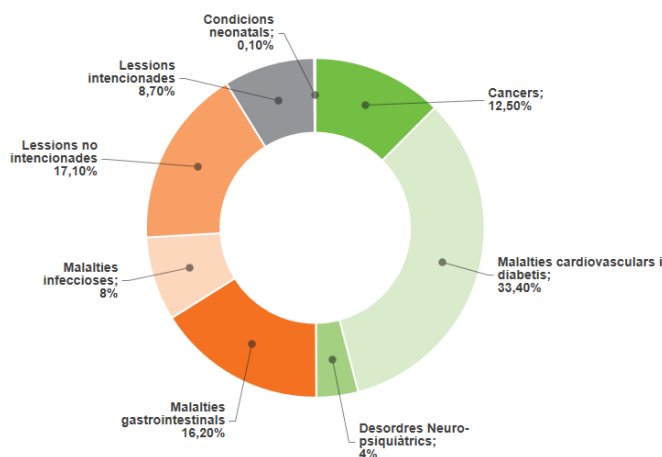
Els joves estan especialment exposats als efectes a curt termini de la intoxicació etílica, entre els quals s'inclouen les lesions de trànsit i la violència. De fet, les morts relacionades amb l'alcohol representen al voltant del 25% de totes les morts d'homes joves d'edats compreses entre 15 i 29 anys (CE, 2016).

Pel que fa al consum d'altres substàncies, el **cànnabis** és la droga il·legal més consumida. Actualment, hi ha un debat internacional a favor de la revisió de les polítiques restrictives al voltant del seu consum. Segons els estudis de la població general, es calcula que un 6,4% dels joves entre 15 i 35 anys n'ha consumit en l'últim mes, i s'estima que un 60% dels consumidors que en fan un consum més intensiu es troben en aquesta franja d'edat.

D'altra banda, el mercat de les drogues ha augmentat en complexitat a causa del desenvolupament **dels mercats en línia**, que han facilitat la **disponibilitat de noves substàncies** (NPS: cannabinoides sintètics, catinones, opioides sintètics) i **el consum abusiu de certs medicaments**, i han contribuït a la diversificació dels riscos i l'abordatge preventiu dels consumidors recreatius i l'abordatge assistencial entre els que desenvolupen problemes amb les drogues (EMCDDA, 2016).¹³⁹

Pel que fa al consum d'altres drogues il·legals com l'heroïna i la cocaïna, cal tenir present que hi ha persones que consumeixen heroïna –i en menor proporció cocaïna– per via parenteral. Aquest fet incrementa encara més els riscos per a la salut de la persona: d'una banda, els danys associats directament al consum de la substància per aquesta via, com pot ser la de contraure malalties infectocontagioses i el risc de mort per sobredosi, i, de l'altra, el deteriorament psicosocial.

Distribució de les morts atribuïbles a l'alcohol, per malaltia o lesió causant. 2012



Dades epidemiològiques

A Catalunya, les prevalences de consum d'alcohol i altres drogues en la població general (de 15 a 64 anys) s'han mantingut estables en els últims anys, amb una certa disminució de les prevalences dels consums diaris i de consumidors de risc de les drogues més accessibles.

L'alcohol és la substància que té un major impacte en termes de salut pública, amb les prevalences de consum més altes per a tots els grups d'edat. Pel que fa a la freqüència de consum, un 68% de persones de 15 a 64 anys declaren fer-ne un consum habitual i un 10,2% refereixen consumir-ne diàriament. Entre els consumidors ocasionals, al voltant d'un 3,8% (ESCA) i un 5,0% (el 7,2% d'homes i el 2,5% de dones) (EDADES) en fa el que s'anomena *un consum de risc** i un 0,6% (1,1% d'homes i 0,0% de dones) poden haver desenvolupat una possible dependència.

El grup de joves de 15 a 29 anys presenten una prevalença d'intoxicacions agudes (borratxeres) de 16,9 % els darrers 30 dies i de consum intensiu (*binge drinking*)¹⁴⁰ del 23,5 % i és més freqüent en homes (27%,6) que en dones (19,3%).

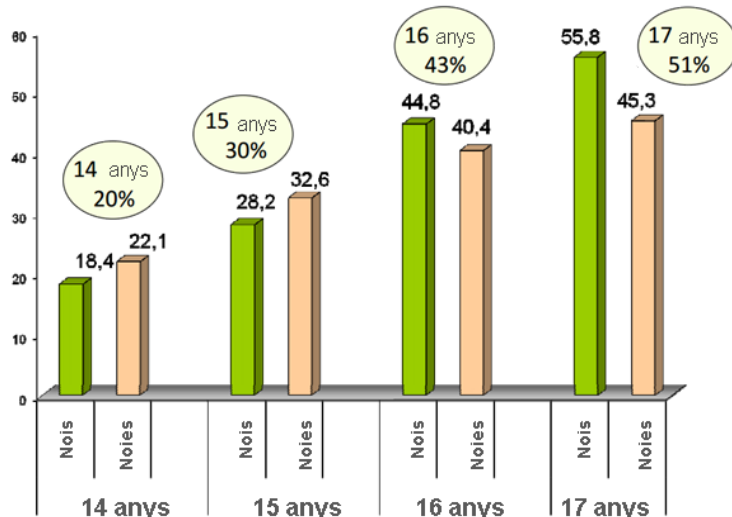
Prevalença de borratxeres durant els darrers 12 mesos, durant l'últim mes i de consum intensiu durant els darrers 30 dies, per grups d'edat i sexe (%). Catalunya, 2013.

	15-29 anys			30-64 anys			15-64 anys		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Borratxeres									
En els darrers 12 mesos	44,1	30,6	37,4	18,4	7,4	12,9	24,4	12,8	18,7
En els darrers 30 dies	21,5	12,2	16,9	6,8	2,2	4,5	10,2	4,5	7,4
Binge drinking									
En els darrers 30 dies	27,6	19,3	23,5	14,4	6,5	10,5	17,6	9,5	13,6

Font: Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Anàlisi de l'EDADES 2013. Observatori Espanyol sobre Drogues. DGPNSD.

Tenint en compte que l'edat d'inici, la freqüència i els patrons de consum es consideren factors de risc clau amb relació al desenvolupament de conductes de risc i problemàtiques de salut, és rellevant el fet que en els últims anys l'edat d'inici al consum dels noies i noies de 14 a 18 anys s'ha mantingut estable entre finals dels 13 anys i inicis dels 14. Contràriament, les últimes enquestes adreçades a població escolar (ESTUDES) mostren una tendència a l'augment del consum més habitual (alguna vegada en els últims 30 dies) que refereixen fer el 68% dels joves enquestats. Pel que fa als consums de més risc, s'observa una certa disminució de les prevalences de les intoxicacions (23,7%), així com dels consums de manera intensiva (28,3%). Tot i així, la meitat dels joves de 17 anys manifesta haver dut a terme aquesta pràctica el darrer mes, i és superior el percentatge de noies en la franja dels 14-15 anys.

Evolució de la prevalença del consum intensiu en menors (14-17 anys) els darrers 30 dies, a Espanya



Font: ESTUDES 1994-2012/2013. Observatori Espanyol sobre Drogues. DGPNSD. MSSSI

Amb relació al consum d'altres drogues, el consum de cànnabis diari es manté estable entorn del 2,5 % de la població, on els homes presenten una prevalença que dobla la de les dones. En la població de 15 a 29 anys, el consum més habitual és estable entorn del 17-18%, després d'uns màxims a l'inici del 2000 d'entre el 25 i el 30%. Segons l'instrument CAST, que serveix per mesurar el consum problemàtic de cànnabis i que es va usar per primera vegada en l'enquesta 2013, els resultats van permetre estimar que, entre la població de 15 a 64 anys que havia consumit cànnabis durant els darrers dotze mesos, un 26,9% (el 31,9% d'homes i el 16,0% de dones) presentava un consum problemàtic. Entre el total de la població de 15 a 64 anys, el percentatge de consum problemàtic va ser d'un 3,0% (el 4,8% en homes i l'1,1% en dones). Pel que fa a altres drogues, en considerar el consum diari (durant el darrer mes), s'observen certs increments de tranquil·litzants, somnífers i estimulants (EDADES, 2013).

El consum experimental de cànnabis entre els 14 i 18 anys es manté al voltant del 35%, i en disminueix el consum habitual des del pic entre l'any 2002 i el 2006 fins a un 23,4%, així, un consum diari o quasi diari que se situa en un 1,9%.

També s'observa un augment dels consums d'hipnosedants amb prescripció mèdica i sense amb un 3,5% els darrers 30 dies. Pel que fa a altres substàncies, com ara l'èxtasi, les amfetamines, la cocaïna, els al·lucinògens i els inhalants, se n'ha reduït la prevalença des dels màxims de finals dels noranta i inici del 2000.

D'altra banda, en entorns específics d'oci, un grup minoritari de consumidors consumeixen les anomenades *noves substàncies psicodèliques* (on s'inclouen les *legal high*, les *chemical research* o les drogues emergents), que comporten riscos afegits relacionats amb el desconeixement sobre la seva composició i efectes.

L'heroïna continua la seva tendència descendent com a droga principal de demanda de tractament, després de la caiguda dràstica experimentada a finals dels anys noranta i la primera dècada del segle XXI. La mateixa tendència, tot i que en menor intensitat, la mostren els inicis per consum de cocaïna, mentre que l'alcohol es manté com la droga principal de demanda i els tractaments per cànnabis tendeixen lleugerament a l'alça.

Factors de risc relacionats amb problemes per consum de drogues

L'edat d'inici, els patrons de consum (freqüència, via de consum, quantitat, motivacions, substàncies, policonsum, entre d'altres) i els entorns (accessibilitat, diversitat en l'oferta...) on es produeix el consum són alguns dels condicionants clau que determinen la magnitud dels seus impactes de salut socials.

Aquests condicionants es consideren factors de protecció en la mesura que la seva presència o absència inhibeix, redueix o atenua la probabilitat de l'aparició de problemàtiques relacionades amb l'alcohol i les drogues, o, pel contrari, es consideren de risc si la seva presència incrementa la probabilitat de la seva aparició.

Els factors de protecció o risc es classifiquen en aquells relacionats amb **característiques individuals**, com el gènere, l'edat, els antecedents familiars, l'assertivitat, la impulsivitat o les habilitats de relació social. Aquells relacionats amb **l'entorn relacional** més proper (família, amics), com la cohesió familiar, vincles afectius positius, valoració en l'entorn familiar, estil educatiu, models i oportunitats de consum d'alcohol i altres drogues en la família o entre els amics. Els relacionats amb **l'entorn social i comunitari** (el barri o l'escola), com la disponibilitat percebuda de drogues, normes culturals favorables al consum, percepció d'aprovació per part dels adults i iguals, baixa vinculació amb entitats i associacions prosocials. I, finalment, els **factores ambientals**, com les característiques dels marcs normatius referents a l'alcohol i les drogues, la publicitat i el patrocini persuasius, i els models i lideratges favorables.

Domini	Factors de Risc	Factors de Protecció
Individual	▪ Dificultats relacionades amb el període de l'adolescència (inseguretat, baixa autoestima, desvaloració d'un mateix, locus de control extern, trastorns d'ansietat i de l'estat d'ànim) ▪ Actitud de rebuig a l'autoritat, Rebel·lia. ▪ Tolerància a les conductes no normatives ▪ Baixa vinculació al centre educatiu, o entitats prosocials ▪ Prejudici i desinformació ▪ Creences, actituds i expectatives positives envers els consums d'alcohol i altres drogues ▪ Baixa percepció d'autoeficàcia per a rebutjar el consum ▪ Antecedents familiars d'alcoholisme i/o trastorn mental ▪ Dificultats en les habilitats de relació ▪ Dificultats amb l'autocontrol, i impulsivitat ▪ Elevada autoestima social (bon concepte i valoració de sí mateixos en l'àmbit de les relacions socials)	▪ Seguretat i autoestima ▪ Gènere femení ▪ Autosatisfacció amb els assoliments personals ▪ Vinculació positiva amb l'escola. ▪ Assertivitat ▪ Valors normatius ▪ Autocontrol ▪ Habilitats de relació social ▪ Participació en activitats comunitàries ▪ Establiment d'objectius vitals a mig i llarg termini ▪ Oportunitats/Reforç/reconeixement de la implicació pro-social. ▪ Creences saludables i estàndards de conducta clars. ▪ Actituds negatives cap a les drogues. ▪ Relacions positives amb els adults.
Iguals	▪ Consum d'alcohol en el grup d'iguals ▪ Grup d'iguals amb conductes no normatives. ▪ Susceptibilitat a la pressió dels iguals	▪ Associació amb iguals que estan implicats en activitats escolars, recreatives, d'ajuda, religioses, o altres. ▪ Resistència a les pressions dels iguals, especialment les negatives. ▪ No fàcilment influenciable pels iguals.
Família	▪ Conflictes de relació familiar i vincles afectius febles. ▪ Dificultats de comunicació i clima familiars ▪ Estils educatius: poca claredat o rigidesa amb relació a les normes, poca supervisió i/o permissivitat, sobreprotecció, falta de reconeixement i valoració en la família. ▪ Models de consum: Actituds favorables al consum d'alcohol/drogues. Consum de risc o problemàtic en adults referents. ▪ Fàcil accés a les substàncies en l'entorn familiar.	▪ Vincle positiu amb la família. ▪ Bon clima familiar, habilitats comunicatives i cohesió. ▪ Estils educatius: normes clares i negociació. ▪ Oportunitats d'implicació i reforçament positiu. ▪ Valoració i imatge positiva en l'entorn familiar. ▪ Models de consum: Actituds i conductes contràries al consum d'alcohol i drogues en menors. Consum no problemàtic en els adults de referència. ▪ Dificultats d'accés a substàncies en entorns familiars.

Font: adaptació CSAP (2001)

Domini	Factors de Risc	Factors de Protecció
Escola	▪ Normatives poc clares. ▪ Resposta punitiva davant els consums. ▪ Manca de vincles positius amb els referents adults.	▪ Normativa clara amb relació al consum i conductes no normatives. ▪ Oportunitats educatives davant el consum. ▪ Reforç / reconeixement per a la implicació pro-social. ▪ Cura i recolzament per part del professorat i personal del centre. ▪ Clima positiu.
Comunitat	▪ Disponibilitat de drogues. ▪ Lleis i normes de la comunitat favorables vers el consum. ▪ Consum elevat en la comunitat ▪ Deprivació econòmica i social, transició i mobilitat. ▪ Desorganització comunitària.	▪ Descens de l'accessibilitat i l'acceptació del consum ▪ Oportunitats per participar com a membre actiu de la comunitat. ▪ Xarxes socials i sistemes de suport dins de la comunitat.
Societat	▪ Manca de normativa o de regulació clares amb relació a l'accés, disponibilitat i promoció. ▪ Missatges proconsum de drogues per part dels mitjans de comunicació. ▪ Normes culturals favorables. ▪ Estigmatització.	▪ Normativa reguladora de l'accés, disponibilitat i promoció. ▪ Limitació de l'accessibilitat en menors. ▪ Normativa envers la conducció sota els efectes de les drogues. ▪ Missatges de resistència a l'ús de drogues per part dels mitjans de comunicació.

Font: adaptació CSAP (2001)

Objectius en el marc de la prevenció

Les actuacions adreçades a disminuir l'impacte del consum d'alcohol i drogues constitueixen un àmbit d'intervenció prioritària en les polítiques de salut pública. El Pla d'acció de la Unió Europea en matèria de lluita contra la drogues 2013-2020, els plans mundials i europeu per reduir els danys relacionats amb l'alcohol 2012-2021, el Pla de prevenció sobre drogues de Catalunya i el Pla de salut 2016-2020 preveuen la necessitat d'abordar les problemàtiques de salut i socials que hi van associades, des d'una perspectiva interdisciplinària i integradora, des del vessant preventiu de les conductes i les situacions de risc fins a l'abordatge de disminució dels riscos i danys, i el tractament quan ja se n'ha derivat un trastorn per dependència.

Així, es coincideix en el fet que la finalitat de les actuacions preventives és la de contribuir a millorar globalment la capacitat individual i social per **preveure, anticipar, prevenir, detectar precoçment i disminuir al màxim els riscos i els danys evitables relacionats amb les drogues**, i amb això millorar també les condicions que fan possible un entorn social i ciutadà on cada **infant, cada jove i cada persona gran** puguin exercir, de la manera menys condicionada possible, les seves capacitats i el seu dret a triar lliurement un estil de vida saludable, integrat, solidari i el més favorable possible als seus interessos vitals i la seva qualitat de vida.

El Pla de prevenció sobre drogues 2012-2016 defineix els objectius generals següents:

- Disminuir la prevalença del consum de drogues, tant les socialment integrades com les que no ho estan.
- Incrementar l'edat d'inici del consum de drogues.
- Reduir la morbiditat, la discapacitat i la mortalitat derivades de l'ús de drogues, tant en persones consumidores com en persones no consumidores d'alcohol, tabac i/o altres drogues.
- Disminuir les situacions personals, familiars i socials no desitjades (conflictivitat, violència, exclusió, etc.).

- Reduir els riscos i els efectes adversos, per a les persones i la comunitat, relacionats amb el consum de drogues, tant si és experimental com si és ocasional habitual.

Amb relació al Pla de salut 2016-2020, s'han establert prioritats:

Reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys	Proporció del consum d'alcohol episòdic intensiu durant el darrer mes en estudiants de 14 a 18 anys (%)	Enquesta sobre ús de drogues en estudiants d'ensenyament secundari (ESTUDES)	2016-2020
--	---	--	-----------

Pel que fa a l'abordatge dels consums d'alcohol i drogues entre els adolescents i joves, l'objectiu és promoure aquelles estratègies que fomenten el desenvolupament dels factors de protecció i minimitzin els de risc per tal que els infants i joves:

- Decideixin responsablement i lliurement no consumir.
- Retardin al màxim possible l'edat d'inici a aquests consums.
- Mantinguin els consums en uns paràmetres que eliminin o minimitzin els riscos i danys a un mateix i als altres, i potenciïn les habilitats que els facin més resistent a l'aparició de problemes relacionats amb el consum de drogues.

Com:

Millorar la disponibilitat i eficàcia de les mesures de prevenció, tenint en compte l'abordatge intersectorial que es reflecteix en el punt següent.

Abordatge intersectorial

Una gran varietat de factors contribueixen al consum de drogues i els seus impactes tant en la persona com en el seu entorn.

I si bé la prevenció i el tractament de drogues tradicionalment han buscat provocar canvis centrats en els comportaments individuals, aquests esforços tenen un impacte limitat quan no es fan canvis, també, en els entorns i l'ambient on es produeixen. És a dir, en els factors socials i ambientals dels consums de drogues, els quals inclouen l'entorn social i cultural, la situació econòmica i l'entorn físic.

En aquesta línia, les estratègies que alteren les **normes i els ambients físics, socials i econòmics s'emmarquen en l'anomenada prevenció ambiental**. I es poden desenvolupar a gran escala, en forma de polítiques de control de l'alcohol i el tabac, en estratègies per millorar els entorns i les normatives en l'àmbit educatiu, o les polítiques locals dels espais d'oci.

Així, per abordar preventivament les conductes de risc i els problemes relacionats amb els consums de drogues es necessita entendre'n la complexitat, i implementar mesures complementàries des de diferents àmbits d'actuació que afectin de manera sostinguda tant l'individu com el seu entorn.

Així doncs, s'hi ha d'intervenir des dels àmbits **de les polítiques econòmiques, culturals, de lleure, joventut, ensenyament, família, etc.**, amb mesures sostingudes, coherents i de continuïtat, basades en l'evidència disponible o el consens tècnic, i amb una mirada a llarg termini

De manera transversal, en tots els programes s'ha de tenir en compte l'atenció a l'equitat i a les perspectives de gènere i transculturalitat.

Àmbit actuació	Línies d'actuació prioritàries
Mobilitat	• Explotació de dades relacionades amb infraccions, accidents, controls preventius i consum d'alcohol i/o drogues. • Restriccions i controls en alcohol i conducció. • Estratègies de màrqueting social de sensibilització sobre els riscos de l'alcohol i la conducció. • Participació en iniciatives comunitàries d'intervenció sobre els riscos del consum d'alcohol i drogues en períodes determinats (vacances), moments concrets (festes assenyalades) i zones de més risc.
Alimentació	• Recomanacions per a àpats sense alcohol.
Activitat física	• Suport per a la promoció de l'activitat física, sobretot en adolescents i joves en situació de vulnerabilitat, en col·laboració amb el sistema sanitari. • Foment del Pla català d'esport a l'escola. • Col·laboració en la implementació progressiva del programa FITjove. • Programa FORT, Esportsalus... • Potenciació de l'equitat en l'accés als entorns favorables i als equipaments i instal·lacions.
Ocupació	• Programa "A la feina, alcohol i drogues 0,0" de prevenció del consum d'alcohol i altres drogues a les empreses.
Urbanisme i habitatge	• Actuacions contra el sensellarisme relacionat amb el consum d'alcohol i altres drogues. • Millores urbanístiques en espais socialment degradats i zones obertes de consum: punts de recollida de PIX, mesures higienicosanitàries, disponibilitat de fonts d'aigua i de sanitaris públics, enllumenat.
Educació	• Implementació de programes de promoció de la salut i prevenció sobre drogues en etapes d'educació infantil, primària i secundària, de manera sostinguda i participada per tota la comunitat educativa. • Millora de la cobertura i de la qualitat de les intervencions preventives sobre alcohol i altres drogues a través del programa "Salut i escola". • Aplicació del protocol de prevenció, detecció i intervenció sobre drogues als centres de secundària. • Prohibició d'accions preventives sobre alcohol i drogues al si de l'escola implementades o patrocinades per la indústria del sector. • Participació en l'organització d'activitats socials culturals i de lleure que promoguin un vincle entre la comunitat educativa i el municipi (tant en horari lectiu com extraescolar). • Reconsideració de la compactació horària com a factor de risc ambiental amb relació als consums problemàtics, especialment en col·lectius vulnerables. • Foment de les activitats extraescolars (sobretot les actives) a baix cost o subvencionades per a persones de baix nivell socioeconòmic (en col·laboració amb ens locals o afers socials). • Eliminació, de qualsevol entorn educatiu, de la venda de productes amb qualsevol contingut d'alcohol.
Economia	• Polítiques de preus i impostos de les begudes amb alcohol. • Etiquetatge clar del contingut d'alcohol, de les calories, de les limitacions i els riscos del consum d'alcohol.
Polítiques socials	• Programes universals de criança positiva (per exemple: "Connecta amb els teus fills").

	• Programes selectius adreçats a progenitors consumidors recreatius de sensibilització sobre els riscos del consum en entorns familiars (per exemple: "8 equilibris"). • Programes adreçats a fills de persones dependents de l'alcohol i altres drogues (per exemple: programa "Alfil"). • Programes adreçats a famílies amb fills en situacions de risc respecte del consum d'alcohol i altres drogues (per exemple: programa "Límits"). • Programes de prevenció selectiva o indicada adreçats a joves vulnerables tutelats (per exemple, "A primera línia"). • Programes adreçats a famílies amb infants amb SAF. • Reforç de la vinculació dels serveis socials de base i especialitzats, amb els recursos preventius i assistencials especialitzats sobre drogues disponibles al territori.
Juventut	• Promoció d'un increment de la cobertura i de la qualitat de les intervencions preventives sobre alcohol i altres drogues (per exemple, la cartera de serveis de l'SGD: Elpep.info; laclara.info) a través dels punts d'informació juvenil i les oficines joves. • Treball de prevenció en el marc de les taules territorials de joventut i difusió de materials i informació des de les oficines Jove.
Cultura i lleure (inclosos els mitjans de comunicació)	• Restriccions en la publicitat i el patrocini. • Restriccions en la promoció. • Restriccions publicitàries i promocionals en l'entorn de les TIC. • Ús de les TIC com a eina de sensibilització dels infants i joves sobre els riscos dels consums de drogues. • Intervenció amb les agències de viatges majoristes que ofereixen paquets i ofertes de baix cost de "turisme de borratxera" i similars. • Promoció de projectes estratègics de renovació destinació turística en poblacions vulnerables o de risc.
Interior	• Explotació de dades relacionades amb sancions i decomisos relacionats amb el consum de drogues i alcohol. • Participació i suport en les intervencions de reforç de la llei que s'organitzin en l'àmbit comunitari (per exemple, l'estratègia de màrqueting social per a la limitació de l'accés a l'alcohol en menors: "Si ets menor, millor sense alcohol"). • Sessions informatives sobre el marc legal de l'alcohol i altres drogues en centres educatius. • Vigilància del compliment de la llei (limitacions de venda, de consum en menors o al carrer). • Participació en les taules de drogues, especialment en les zones obertes de consum.
Justícia	• Programes de prevenció selectiva o indicada adreçats a joves vulnerables i a les seves famílies, en circuits de justícia juvenil (per exemple, "A primera línia", o el programa "Límits"). • Generalització de l'accés als programes de reducció de danys (PIX, PMM, Prevenció de la sobredosi, etc.) als centres penitenciaris.
Sistema sanitari	• Explotació de dades d'urgències del CUPA, SEM i Urgències hospitalàries relacionades amb diagnòstics de drogues i alcohol. • Explotació de l'evolució del consum de fàrmacs d'abús (benzodiazepines, opioides i derivats amfetamínics). • Foment de la detecció precoç i l'assessorament breu sobre els consums de risc d'alcohol i altres drogues en les persones que acudeixen a les consultes (CAP, ABS), i derivació als serveis especialitzats (XAD) i als recursos i programes comunitaris (serveis d'informació i assessorament municipals, etc.). Generalització dels programes: "Beveu menys" i "ASSIST". • Sensibilització i atenció a dones consumidores embarassades des dels ASSIR (Centres d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva) i hospitals amb el programa "Embaràs sense alcohol ni drogues". • Programa "Alcohol i hospitals". • Foment de la celebració, difusió i divulgació del Dia Mundial de Sensibilització sobre els Riscos del Consum d'Alcohol.

	• Promoció de la celebració i difusió del Dia Mundial de les hepatitis. • Col·laboració en la implementació progressiva del programa FITjove. • Col·laboració i facilitació en la implementació de programes, recursos i activitats preventives en relació amb els consums d'alcohol i altres drogues de manera participada amb les accions dels ens locals. • Normalització de l'accés als programes de reducció de danys (PIX, PMM,) a través dels CAP i les farmàcies comunitàries. • Abordatge social i sanitari dels consumidors de drogues de llarga trajectòria de consum i d'edat avançada. • Difusió en els edificis sanitaris de les propostes informatives de sensibilització entorn dels consums d'alcohol i altres drogues. Càpsules (Beus el que veus, Els mites del cànnabis, Drogues i estigma, etc.), pòsters (Embaràs sense alcohol, Alcohol: menys és millor; Dia Mundial contra l'Hepatitis C, Dia Mundial de la Sobredosi), exposicions (Entre nosaltres) i material fungible. • Foment del programa "Salut i escola" en la seva vessant de consulta oberta i de coordinació de les activitats d'educació per a la salut que es fan a l'escola de reforç dels factors de protecció i prevenció de consums.
Món local	• Implementació de les recomanacions de la <i>Guia per a l'organització de festes locals</i> pel que fa a la planificació de les actuacions a curt, mitjà i llarg termini. • Implementació d'intervencions preventives sobre alcohol i drogues comunitàries. (Fitjove, Beveu menys, PIX, etc.). • Implementació de les taules participatives Nits Q, per a la planificació de les estratègies preventives sobre alcohol i drogues en els entorns d'oci municipals. • Col·laboració en la distinció amb els segells Q de festa dels locals d'oci que respecten els criteris de salut pública establerts en el Programa "NitsQ". • Organització de grups de reducció de riscos (educació entre iguals) per intervenir en els espais d'oci. • Suport en l'organització de serveis d'informació i assessorament sobre drogues adreçats a joves i famílies. • Generalització dels protocols de sancions alternatives per consum de cànnabis (ASA) en la via pública en menors. • Implementació d'estratègies de prevenció ambientals en espais d'oci i festes locals (aforaments, transport públic, disponibilitat de fonts d'aigua i de sanitaris públics, enllumenat, seguretat). • Foment de les activitats esportives, extraescolars i d'oci saludable alternatiu gratuïtes o a molt baix cost i/o subvencionades per a persones de baix nivell adquisitiu. • Creació de taules de drogues en aquelles zones amb més conflictivitat comunitària on siguin representats tots els serveis implicats de la zona amb referència a les drogues.
Teixit productiu	• Sector de l'oci nocturn: promoció de l'adhesió a projectes de reducció de riscos sobre l'alcohol i altres drogues. Per exemple, el distintiu Q de festa: incorporació de criteris de salut en l'entorn i les activitats dels locals. • Formació als professionals del sector de la restauració en dispensació responsable d'alcohol (DRA). • Sector dels equipaments esportius: promoció d'una oferta d'activitats saludables a un preu accessible per a la població en general i especialment en col·lectius de risc, persones en tractament per ús, joves consumidors de risc, etc. Per exemple, el programa "Esportsalus". • Promoció de salut a l'empresa; incloent, entre altres, programes de sensibilització sobre els riscos del consum d'alcohol i la implementació de programes de suport com "A la feina, alcohol i drogues 0,0".

Tercer sector	Desenvolupament de projectes adreçats a persones en situació de vulnerabilitat i/o altres amb especial atenció a infants i persones grans.
Societat civil	Advocacia que doni suport a la implantació de polítiques efectives

Algunes referències rellevants del capítol

- **Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis** David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs
- ¹ **Model d'aprenentatge social.** Bandura & Walters, 1963; Bandura, 1977; 1982; Botvin et al., 1990; Catalano & Hawkins, 1996; Catalano et al., 1996; Oetting, Donnermeyer, Deffenbacher 1998; Oetting & Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998; Oetting et al., 1999; Becoña 1999; 2002.
- **Teoria de l'acció raonada o planificada.** Ajzen & Fishbein. 1977; Fishbein, 1980; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, Middlestadt, Hitchcock, 1991; Fishbein et al., 1992; Fishbein, 1995; Albarracín et al., 2001; Fishbein & Ajzen, 2005
- **Model de creences en salut.** (Hochbaum, 1956; 1958; Rosenstock, 1960; 1966; Rosenstock, 1988; (Becker, 1974; Maiman et al., 1977; Janz & Becker, 1984; Soto et al., 1997; Strecher & Rosenstock, 1997; Soto Mas et al., 1997
- ¹ **Transitions in drug use: Risk and protective factors.** Clayton, Richard R. Glantz, Meyer D. (Ed); Pickens, Roy W. (Ed). (1992). Vulnerability to drug abuse , (pp. 15-51). Washington, DC, US: American Psychological Association, xvi, 533 pp
- ¹ Jessor, R. (2014). **Problem Behavior Theory: A half century of research on adolescent behavior and development.** In Lerner, R. M., Petersen, A. C., Silbereisen, R.K., & Brooks-Gunn, J.(Eds.). "The developmental science of adolescence: History through autobiography." New York: Psychology Press. Pp. 239-256.
- ¹ **Global status report on alcohol and health 2014.** Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 29 March 2016).
- **World drug report 2015.** Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2015 (<http://www.unodc.org/wdr2015/>, accessed 29 March 2016).
- **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.** Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1, accessed 29 March 2016).
- **ATLAS on substance use 2016:** Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization. Forthcoming.
- **Equity, social determinants and public health programmes.** Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, accessed 29 March 2016).
- **WHO Global Information System on Alcohol and Health** [online database]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?showonly=GISAH>).

- **The WHO's Global Burden of Disease Study** Rehm et al 2003 a y b, Rehm et al 2004 y Rehm 2005).
- ¹ **European Drug Report 2016:** Trends and Developments. EMCDDA, Lisbon, May 2016
- ¹ Prendre 5-6 o més consumicions alcohòliques en aproximadament dues hores.

Tabac

Tot i la tendència a la disminució de la prevalença de persones fumadores i del consum de tabac a Catalunya, i l'impacte positiu de les lleis que han fet possible disminuir l'exposició al fum ambiental de tabac en els centres de treball i altres entorns públics tancats, el tabaquisme continua sent un problema de salut pública de primera magnitud.¹⁴¹ El nombre de persones adultes fumadores a Catalunya se situa encara al voltant d'1,6 milions de persones (el 25,7% dels residents de 15 anys o més, segons les dades de l'ESCA 2015)¹⁴² i, al ritme actual de reducció de la prevalença de fumadors diaris i ocasionals, faran falta molts anys per assolir les taxes que s'observen en els països que han estat capdavanters en les polítiques de prevenció i control del tabaquisme.¹⁴³

El tabaquisme i el seu impacte sobre la salut no es distribueixen de forma homogènia entre la població de Catalunya, sinó que, com altres determinants i problemes de salut, mostren diferències importants segons l'edat, el gènere i la classe social.

Les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya mostren que el consum diari i ocasional de tabac té més prevalença en el grup de 25 a 34 anys i entre els homes de totes les edats.

La prevalença del tabaquisme manté des de fa dècades una tendència decreixent sostinguda, encara que ha estat augmentant entre les dones fins als primers anys del segle XXI. Per aquest motiu, encara que actualment la mortalitat per malalties causades pel tabac és molt superior en els homes, és previsible que s'observi un augment en la mortalitat de les dones tal com apunten els canvis en la prevalença del tabaquisme observats en les dues o tres dècades anteriors.¹⁴⁴

D'altra banda, s'observa que la prevalença del tabaquisme a Catalunya és més elevada entre els homes de classe social baixa i entre homes i dones amb estudis secundaris.

L'OMS va publicar l'any 2003 el Conveni marc sobre control del tabac (FCTC, sigla en anglès), el primer tractat impulsat per aquest organisme internacional. La signatura de l'FCTC per part de nombrosos estats ha fet possible realitzar grans avenços en control del tabac, a partir dels sis eixos d'actuació que recull l'estratègia MPOWER:¹⁴⁵

- Monitorar l'ús de tabac i les polítiques preventives.
- Protegir les persones contra el tabac.
- Oferir ajuda per deixar de fumar.
- Advertir sobre els riscos del tabac.
- Establir i fer efectiva la prohibició de la publicitat, la promoció i el patrocini.
- Incrementar els impostos del tabac.

L'OMS també ha posat de manifest la dificultat que suposa el tabac per poder assolir els objectius de desenvolupament del mil·lenni¹⁴⁶ i les Nacions Unides els de desenvolupament sostenible¹⁴⁷, i destaca el fet que les mesures de control del tabac contribuiran a augmentar l'efectivitat de les inversions en salut, la reducció de la pobresa i el desenvolupament.

Fins ara, però, la prevenció i el control del tabaquisme han estat poc visibles en el conjunt dels objectius de desenvolupament del mil·lenni com a conseqüència de la insuficiència de dades sobre consum de tabac en països i grups desfavorits de la població, la sobrevaloració del potencial impacte positiu del tabac en determinats àmbits econòmics (agricultura, restauració...), la infravaloració de l'eficiència de les polítiques de control del tabac, o la visió del tabaquisme com una decisió individual en comptes d'una addicció.

En contrast amb aquesta visió, l'OMS proposa una aliança entre les polítiques de control del tabac i les polítiques de desenvolupament i reducció de les desigualtats, basada en aquestes consideracions fonamentades per nombrosos estudis científics:¹⁴⁸

- El control del tabac no contribueix a la pèrdua massiva de llocs de treball.
- La fiscalitat del tabac no redueix la recaptació d'impostos per part dels estats, sinó que l'augmenta.
- La fiscalitat del tabac no causa un gran augment del contraban.
- Tot i que els impostos del tabac són regressius, els efectes positius de l'augment de la fiscalitat sobre la salut i el benestar dels grups desfavorits representen un resultat desitjable.
- L'increment del preu del tabac per a les persones que consumeixen està justificat pels costos del tabaquisme per a la societat i per la capacitat que tenen els preus per incentivar la cessació.
- Les mesures de control del tabac són efectives, eficients i assolibles.

L'any 2015, l'OMS va aprovar un full de ruta amb les accions per reforçar la implantació del seu marc d'actuació en relació amb el tabac.¹⁴⁹ Aquest document estableix com a objectiu la reducció de la prevalença del tabaquisme l'any 2025 d'un 30% de la prevalença observada l'any 2010. **En el cas de Catalunya, això significa assolir una prevalença de fumadors diaris i ocasionals igual o inferior al 20,65% l'any 2025. Aquest objectiu que requerirà un esforç important, encara pot considerar-se poc ambiciós, ja que està lluny del que han assolit països com els Estats Units, Austràlia o el Regne Unit, que tenen prevalences properes al 10%.**

Per tal d'assolir aquest objectiu, caldrà continuar reforçant l'aplicació a Catalunya de les actuacions prioritàries que preveu l'estratègia MPOWER:

- Continuar monitoritzant l'evolució de la prevalença del tabaquisme mitjançant instruments com l'Enquesta de salut de Catalunya, l'enquesta ESTUDES i altres fonts d'informació, sempre tenint en compte els eixos de desigualtat (edat, gènere, nivell d'estudis, nivell socioeconòmic, territori) i estant atents a l'emergència de noves formes i nous patrons de consum i els seus determinants.
- Protegir la població, i especialment la infància i les persones amb problemes de salut i altres grups vulnerables, dels efectes perjudicials del fum del tabac, impulsant accions en entorns on la presència de tabac ambiental és encara elevada: terrasses d'establiments de restauració i hostaleria; entorn d'equipaments educatius, sanitaris, esportius i de lleure; vehicles privats, etc.
- Millorar l'accés a programes de cessació del consum de tabac de les persones fumadores, especialment aquelles que formen part de grups desfavorits o que troben barreres en l'accés a una ajuda apropiada.

- Continuar desenvolupant accions apropiades en resposta a formes emergents de consum que amenacen de minar l'eficàcia de les estratègies de prevenció i control (ús de cigarretes electròniques, tabac de cargolar, pipes d'aigua, etc.).
- Contribuir a fer possible la implantació de l'empaquetat neutre dels productes del tabac a casa nostra.
- Contribuir a una ràpida incorporació de les regulacions derivades de l'aplicació de la Directiva europea sobre productes del tabac.
- Contribuir a fer possible un increment dels preus dels productes del tabac mitjançant l'augment dels impostos específics que s'apliquen a aquests productes, assegurant un règim fiscal que eviti la difusió de marques o productes –com la picadura per fer cigarrets a mà– de preus baixos i atractius per a la població jove.

Per fer possibles aquestes actuacions, cal continuar avançant en estratègies interdepartamentals, interadministratives i intersectorials de salut pública des de diferents àmbits sectorials:

Àmbit	Línies d'actuació prioritàries
Economia	• Impostos als productes del tabac.
Ocupació	• Llocs de treball sense fum, inclosa hostaleria i espais a l'aire lliure.
Polítiques socials	• Protecció dels menors davant el fum ambiental de tabac en l'àmbit públic i privat. • Atenció a les desigualtats socials i culturals.
Educació	• Entorn sense fum. • Rol exemplar docents. • Educació sobre tabac i addiccions. • Compliment normativa.
Cultura, mitjans de comunicació	• Control de la publicitat i el patrocini. • Eliminació de la presència del tabac en programes i espectacles adreçats a infants i joves. • Difusió en mitjans de comunicació d'informació sobre els efectes perjudicials del consum de tabac i de mètodes eficaços per controlar-lo.
Món local	• Entorn sense fum en equipaments municipals (esportius, mercats, centres cívics, altres equipaments).
Societat civil	• Advocacia que doni suport a la implantació de polítiques efectives de prevenció i control del tabac. • Implicació en el compliment de les lleis.

Bona pràctica. PINSAP 2014-2015**Les actuacions contra el consum de cigarretes electròniques**

L'any 2013 va augmentar l'oferta de cigarretes electròniques a Catalunya, a l'Estat, i en l'àmbit internacional, fet que va causar la preocupació tant dels professionals sanitaris i de salut pública com del conjunt de l'Administració. L'OMS i diverses organitzacions científiques i professionals van alertar sobre els riscos de l'ús de cigarretes electròniques entre les persones fumadores i en el conjunt de la població.

A Catalunya, la Xarxa d'Atenció Primària sense Fum i la Xarxa d'Hospitals sense Fum van fer públic, amb el suport de la Secretaria de Salut Pública (SSP) del Departament de Salut, el seu posicionament en relació amb l'ús de cigarretes electròniques. El Consell Assessor sobre Tabaquisme va dur a terme una reunió monogràfica sobre cigarretes electròniques a instàncies de la Secretaria de Salut Pública i va formular diverses recomanacions, que es van traduir en les actuacions següents:

- Actualització de la informació sobre cigarretes electròniques adreçada a la ciutadania des de Canal Salut.
- Impuls i suport per a l'adopció d'un acord en el marc del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut per restringir la utilització de cigarretes electròniques en diferents espais públics.
- Publicació de la Instrucció 08/2013, de 30 de desembre, del Servei Català de la Salut (CatSalut), que prohibeix l'ús, la promoció i la venda de cigarretes electròniques en els centres, serveis i establiments sanitaris del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).
- Inclusió de noves preguntes en relació amb l'ús de cigarretes electròniques al qüestionari general de l'Enquesta de salut de Catalunya a partir de l'any 2014.
- Incorporació de la vigilància i el control de l'ús de cigarretes electròniques entre les àrees d'actuació que inclou el Pla interdepartamental de salut pública aprovat per l'Acord del Govern GOV/24/2014, de 18 de febrer de 2014.
- Edició de videocàpsules informatives sobre cigarretes electròniques.
- Organització d'una jornada científica sobre cigarretes electròniques el 22 d'abril de 2014, en la qual va participar el responsable de la Iniciativa sense Tabac de l'Organització Mundial de la Salut.

Posteriorment, la Unió Europea va aprovar una nova directiva sobre els productes del tabac per part del Parlament Europeu i les Corts Generals i van debatre i aprovar una modificació de la Llei 28/2005, que regula diferents aspectes relacionats amb les cigarretes electròniques.

Totes aquestes actuacions es van posar en marxa i van contribuir a contrarestar els missatges de promoció de l'ús de cigarretes electròniques que s'havien propagat durant la primera meitat de l'any 2013, i es va observar una disminució de l'oferta i la demanda d'aquests productes. L'Enquesta de salut de Catalunya ha posat de manifest que l'ús de cigarretes electròniques entre persones fumadores, que era de l'1% l'any 2014, s'ha mantingut en el 0,7% l'any 2015.

L'eix global d'intervenció

Incorporar la visió de 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 PINSAP, en els apartats 4 i 5 d'aquest document.

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.

La perspectiva de salut i d'equitat a les polítiques públiques

Per tal que l'orientació i el disseny de les polítiques públiques incorpori la perspectiva de la salut, que inclou la de l'equitat en tractar 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 que el sanitari a la salut; fomentar les intervencions de les polítiques públiques que tenen una influència positiva sobre 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.— i de l'Administració local, que tenen una influència potencial més rellevant sobre la salut de la població; promoure activament aquelles iniciatives susceptibles de millorar el seu impacte des d'una perspectiva intersectorial, i elaborar una normativa per a la valoració de l'impacte en salut.

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, atès el context socioeconòmic, fer el monitoratge dels efectes que provoca sobre la salut, particularment des de la perspectiva de la protecció a les persones i grups més vulnerables. Finalment convé, també, 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 en la salut, per modificar en si cal els projectes en curs.

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 i l'Administració local, homogeneïtzar-les de manera 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.

Això comporta disposar de l'inventari de dades –obtingudes amb la col·laboració de l'IDESCAT– de tots els departaments del Govern, de l'Administració local i de les institucions implicades; elaborar els indicadors per a la normativa sobre l'avaluació de l'impacte en salut (AIS) i els indicadors específics per a l'avaluació dels efectes de cadascuna de les intervencions proposades sobre la salut, així com publicar periòdicament l'ús de les dades disponibles, i garantir-ne l'aplicació i la transparència

Impulsar la recerca

Ateses les dificultats i les limitacions en el coneixement sobre la influència dels determinants socials i col·lectius sobre la salut de la població, convé millorar l'impuls de la recerca. 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 al desenvolupament de polítiques públiques que contribueixin a la promoció i la protecció de la salut col·lectiva.

Cal, doncs, col·laborar amb els centres de recerca del país; garantir el manteniment de les línies actuals de recerca sobre determinats 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 internacional.

10. Els instruments: el test salut i l'avaluació d'impacte en la salut i el mapa de recursos i actius

El test salut i l'avaluació d'impacte en la salut

Un dels objectius clau en el marc del PINSAP és incorporar la perspectiva de salut i d'equitat en el disseny de les polítiques públiques mitjançant l'avaluació de l'impacte en la salut.

Per avançar en el desplegament, el 14 d'octubre de 2014 es va aprovar un [acord de Govern](#) que recollia:

- Impulsar l'acció interdepartamental i amb el món local, en el marc del PINSAP, i desenvolupar eines, com el **test salut**, per identificar i avaluar l'impacte en l'estat de la salut de la població de les polítiques públiques responsabilitat del Govern, i dissenyar estratègies per a l'abordatge dels determinants de la salut.

Per fer-ho es va dissenyar un test de cribratge, el test salut, basat en els documents *Desarrollo de una herramienta de cribado para la evaluación de impacto en salud (EIS) de políticas nacionales* del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat en el marc del projecte "Equity Action", i *Herramienta de cribado para la EIS de las políticas públicas sectoriales 2014* d'OSAGIN, Govern basc, amb la idea de fer una primera prova en un conjunt inicial d'entre cinc i deu polítiques públiques abans de proposar d'utilitzar-lo habitualment.

El test està disponible com a [formulari electrònic](#) a la pàgina web del PINSAP, conjuntament amb una [guia per emplenar-ho](#). S'ha fet un taller formatiu per a professionals dels departaments de la Generalitat i s'ha provat en diverses polítiques públiques en període d'aprovació. És una eina fàcil d'utilitzar, que requereix un temps curt per aplicar-se.

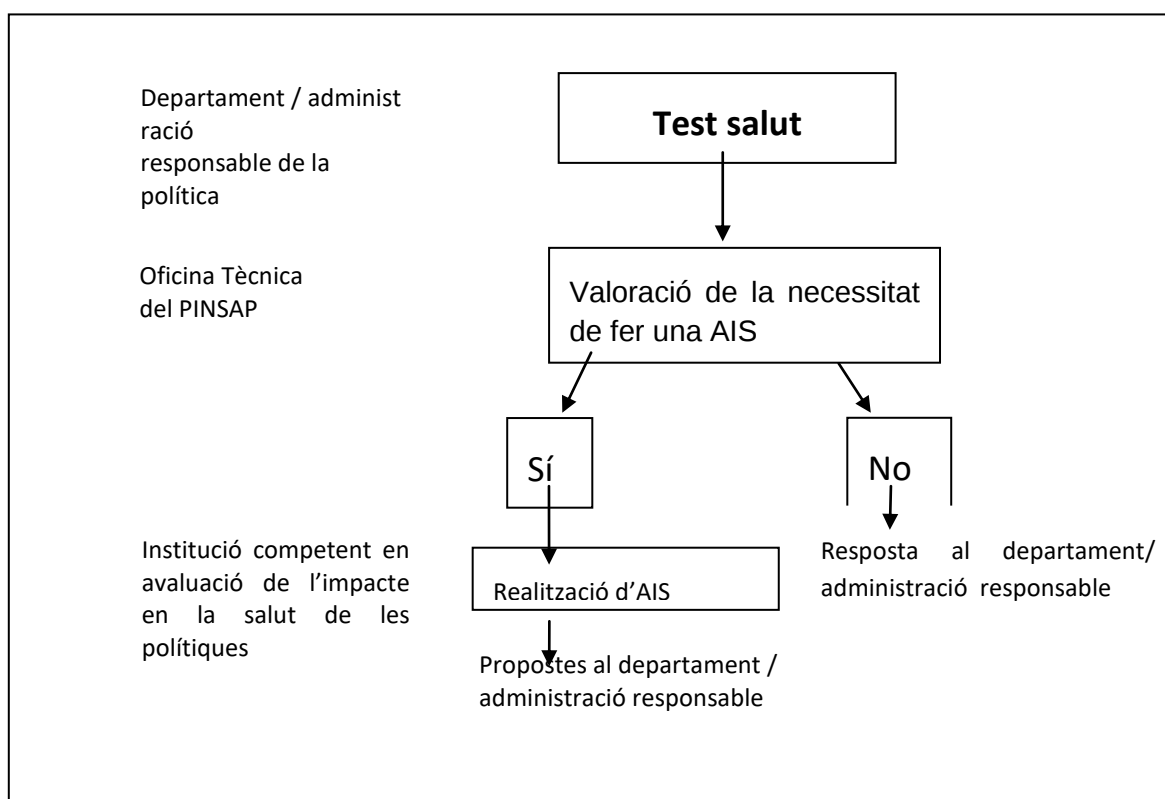
El test salut està pensat com un instrument d'autoavaluació per al departament o administració proponent de la política. És una eina que facilita avançar cap a la salut en totes les polítiques, un enfocament de les polítiques públiques en tots els sectors que té en compte de forma sistemàtica les implicacions de les decisions sobre la salut, busca sinergies i evita efectes sanitaris nocius, per tal de millorar la salut de la població i l'equitat en matèria de salut.

Així doncs, l'aplicació del test salut ajuda a incorporar la perspectiva de la salut i de l'equitat en el disseny de les polítiques públiques, amb una metodologia que té les arrels en l'avaluació de l'impacte en la salut (AIS).

Mitjançant el test salut s'avalua, abans d'aprovar una política, l'impacte potencial en la salut que comportarà implementar-la. Alhora, es concreten unes recomanacions per tal de maximitzar-ne els efectes potencials positius en la salut i de minimitzar-ne els efectes potencials negatius, tenint en compte els diferents grups de població.

La dinàmica prevista per a l'aplicació sistemàtica és la següent:

- La informació recollida a l'instrument s'ha d'enviar electrònicament a l'Oficina Tècnica del PINSAP.
- Des d'aquesta Oficina, s'avalua la necessitat o no de fer una avaluació d'impacte en la salut (AIS) i la millor manera per portar-la a terme, treballant col·laborativament amb les institucions competents en avaluació de polítiques públiques lligades als diferents departaments de la Generalitat.
- Des de l'Oficina Tècnica del PINSAP es retorna la valoració de la necessitat concreta de fer una AIS o no en un termini màxim de dues setmanes i, en el cas que es consideri necessària, es farà una proposta concreta de com portar-la a terme.



En aquesta nova edició del PINSAP es planteja estendre la formació en el test salut dins de l'Administració del Govern i local, incloure formació en l'avaluació de l'impacte en la salut (AIS), articular una manera pròpia d'aplicar l'AIS i sistematitzar l'aplicació del test salut i l'AIS.

El distintiu “Aquí sí”

Per donar visibilitat a aquells recursos comunitaris que participaven en algun dels projectes i activitats del PINSAP es va crear el distintiu “Aquí sí”, seguit del tipus de projecte corresponent.

Així, es disposa dels següents distintius per a les accions específiques realitzades:

Actuacions en marxa

	Amed i salut	95%	hospitals públics		Lletres i salut	10	conferències realitzades
	Comunitat i salut	Pilotatge d'Atenció	16 equips		Mobilitat activa i salut	Camins escolars + Caminador expert	
	Edifici i salut	Implementat en edificis de la Generalitat			Prescripció social i salut	8 municipis	
	Empresa i salut	Criteris per consideració en contractes públics			Observatori Salut i Crisi	3 informe	
	Fruita i salut	47	abliments acreditats		Test Salut	Acord de govern	

El mapa d'actius

Per millorar la salut de la població, és fonamental identificar-ne i reforçar-ne els actius. Un actiu és un recurs que dona salut i benestar a les persones o els grups d'una comunitat: persones, entorns, equipaments i activitats comunitàries poden ser actius. El mapatge d'actius és un element fonamental en els projectes de promoció de la salut basats en una perspectiva salutogènica, i específicament en els processos de salut comunitària.

El projecte consta d'un cercador d'actuacions comunitàries i un espai per introduir activitats i recursos comunitaris.

L'aplicació ha estat una adaptació al nostre context de l'eina [Asturias Actua](#), creada per l'Observatori de Salut d'Astúries (Conselleria de Salut). Aquesta eina ha estat adaptada i compartida pel Programa d'activitats comunitàries en atenció primària (PACAP) de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària i l'Hospital Italià d'Argentina. Aquesta adaptació es realitza en el marc de l'Aliança de Salut Comunitària, que és un conveni de col·laboració entre diferents comunitats autònomes i universitats per impulsar la salut comunitària a l'Estat espanyol, en el qual participen l'Agència de Salut Pública de Catalunya i l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

"Aquí sí. Actius i salut" facilita una construcció col·laborativa de la salut, mitjançant la identificació d'actius per part de persones i comunitats i la visibilització. L'aplicació permet que persones o entitats introdueixin activitats i recursos comunitaris, i també permet identificar actius d'un territori concret. Es tracta de construir i fer créixer entre tots el mapa dels actius de Catalunya.

Cercador d'Actuacions a Catalunya

1541 Actuacions

CATEGORIES

- ☐ Infància i Joventut
- ☐ Dones
- ☐ Gent gran
- ☐ Persones en risc d'exclusió
- ☐ Escola de pacients
- ☐ Salut Mental/Benestar
- ☐ Persones cuidadores
- ☐ Malalties cròniques
- ☐ Activitat física
- ☐ Salut Sexual i Reproductiva
- ☐ Deixar de fumar
- ☐ Alcohol i drogues
- ☐ Alimentació saludable
- ☐ Salut Bucodental

Municipi

Qualsevol

Població destinatària

Qualsevol

Tipus

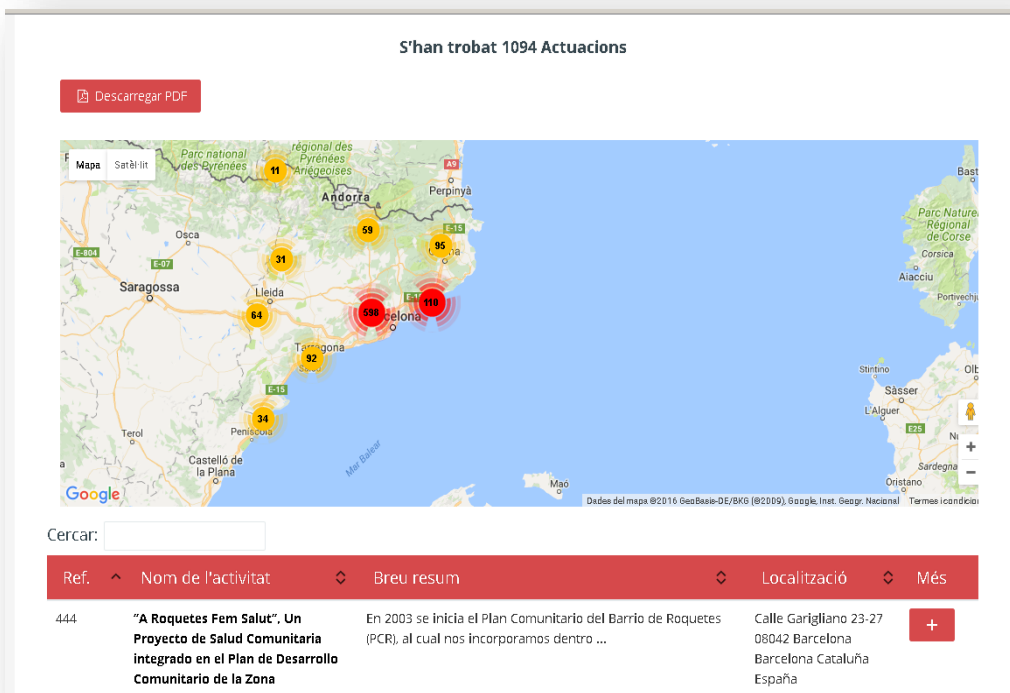
Qualsevol

Situació actual

Activa

Paraules clau

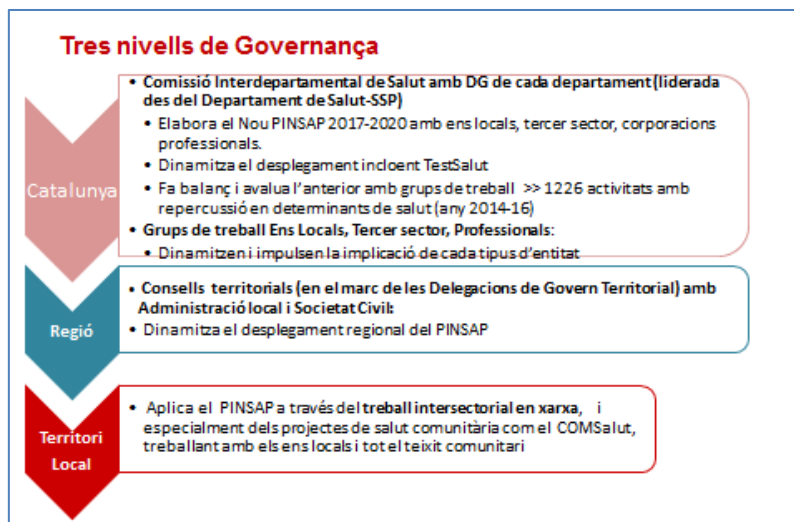
Cercar



11. Governança del PINSAP 2017-2020

Com s'ha dit prèviament, és fonamental una governança compartida per dirigir i portar a terme la salut en totes les polítiques, i aconseguir la implicació de tots els agents en el Pla. Aquesta governança ha d'arribar a tots els nivells territorials.

Es plantegen tres nivells de governança, tal com es recull a la figura següent:



Consells territorials consultius i de coordinació de salut pública

El consell territorial consultiu i de coordinació de salut pública el preveu el Decret 202/2015, de 15 de setembre, dels òrgans de direcció, d'assessorament i de consulta i participació en l'àmbit de salut pública, actualment en fase de modificació.



En el primer trimestre de l'any 2017 s'han constituït els consells territorials, que són els òrgans amb base territorial per treballar transversalment la salut en totes les polítiques a cadascuna de les set regions sanitàries del sistema sanitari. Aquests consells territorials, liderats des de les respectives delegacions del Govern de la Generalitat, es constitueixen amb representants de diverses institucions, organismes i ens públics i socials del territori.

- Departaments de la Generalitat
- Món local (diputacions, consells comarcals i municipis)
- Proveïdors del sistema sanitari (atenció primària, salut mental i atenció hospitalària)
- Món acadèmic
- Col·legis professionals

- Tercer sector i teixit associatiu

S'estableix que els membres representants d'aquestes organitzacions que formin part d'aquest consell siguin persones amb capacitat decisòria.

Les funcions d'aquests òrgans, tal com es reflectiran en el nou decret, que en modifica i n'amplia les funcions, són les següents:

- Valorar les necessitats territorials a través d'un diagnòstic de salut.
- Identificar actuacions sectorials que tinguin un impacte en la salut.
- Reforçar el treball en xarxa i les relacions de col·laboració entre els diferents àmbits per fer salut.
- Conèixer l'escenari pressupostari de les polítiques sectorials que tinguin un impacte en la salut.
- Avaluar l'impacte de les diferents polítiques en la salut de les persones.
- Formular propostes d'actuació en l'àmbit de la salut pública.
- Conèixer i informar sobre la proposta del PINSAP.

Els consells territorials es reuneixen periòdicament en sessió plenària, almenys un cop l'any, sota la presidència del delegat o delegada territorial del Govern. La Secretaria del Consell, l'assumeix la Secretaria de Salut Pública i l'ASPCAT. Els consells poden convidar persones expertes quan es consideri necessari.

Comissions tècniques

A partir de les sessions constitutives dels consells territorials, portades a terme al febrer 2017, es creen les comissions tècniques que treballaran en les temàtiques proposades pels mateixos membres dels consells territorials. Les comissions tècniques de salut a totes les polítiques busquen aplicar el PINSAP a través de dinàmiques de treball intersectorial en xarxa, en col·laboració estreta amb els ens locals i tot el teixit comunitari. En formen part persones formalment designades per les diverses entitats, institucions i organismes que conformen els consells territorials.

De les set sessions plenàries de constitució dels consells territorials van sorgir 66 propostes de temàtiques per treballar intersectorialment en grups de treball tècnics. De totes aquestes propostes, s'han prioritzat per a l'any 2017 les 23 temàtiques que recull la taula següent:

23 COMISSIONS TÈCNIQUES Territorials SaTP							
	Barcelona	Girona	Alt Pirineu i Aran	Catalunya Central	Camp de Tarragona	Lleida	Terres de l'Ebre
1	Envel·liment	Joves i consums	Envel·liment - Noves tecnologies	Envel·liment / Activ. Física	Desigualtats Vulnerabilitat	Envel·liment	Envel·liment i despoblació
2	Salut laboral	Entorn, activitat física i alimentació	Accidentabilitat en muntanya / Seguretat Viària	Alcohol - Addiccions / Joves	Oci saludable	Desigualtats / Migració / pobl. vulnerables	L'entorn com actiu de salut
3	Joves i Adolescents / Salut Mental	Envel·liment	Alcohol - Addiccions / Joves	Cultura / Salut Mental	Equilibri territorial	Tabac, Alcohol Addiccions / Joves	Estils de vida saludable
TRANSVERSAL	Habitatge i Urbanisme Comissió tècnica transversal > coordinada des del COAC, integrant-hi persones d'altres àmbits temàtics relacionats						
	Integració curricular continguts SaTP Comissió tècnica transversal (inter)universitària per introduir SaTP als currículums escolars, universitaris i professionals						

Cada regió sanitària disposarà de tres comissions tècniques i hi haurà dues comissions transversals interterritorials. Cada comissió tindrà entre dotze i divuit membres de mitjana i definirà un objectiu vertebrador d'un projecte que s'ha de desenvolupar entre el maig i el desembre 2017.

Les comissions són coordinades per persones externes al sector de la salut i disposen d'un dinamitzador o dinamitzadora que dona suport, des de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, al territori i tenen plena autonomia per desenvolupar el procés de treball col·laboratiu que considerin adient per aconseguir els objectius definits i en el temps fixat.

Elements clau de les comissions tècniques de STP

- Donar valor a tot el treball i a totes les experiències realitzades o en curs, posant la salut com un actiu cabdal de les diverses actuacions.
- Fer camí i capacitar les institucions i agents territorials en el treball transversal de salut en totes les polítiques.
- Crear consciència del paper de tots com a generadors de salut.
- Integrar la salut en les agendes. Sumar el plus de salut al màxim d'accions possibles i que constitueixi un ajut en la presa de decisions.
- Concretar el treball conjunt en un projecte o projectes compartits.
- Coordinació o lideratge extern al Departament Salut.

La salut comunitària²

La salut comunitària en l'atenció primària de salut apareix ja en el Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya, però el desplegament, durant els anys d'implantació de la reforma, ha estat lent i amb un fort component de voluntarisme, promogut, bàsicament, pel grup d'atenció primària orientada a la comunitat (APOC) de la CAMFiC i la Xarxa AUPA (Actuant Units per a la Salut) de la CAMFiC i l'AIFICC amb l'Agència de Salut Pública de Barcelona i el suport del Departament de Salut (l'antic IES i Salut Pública).

Als països del nostre entorn, els darrers anys, l'orientació comunitària de l'atenció primària i de la salut pública, ha anat adquirint més rellevància i està adquirint una funció nuclear. A Catalunya, el projecte COMSalut, promogut per la Secretaria de Salut Pública (SSP) en el marc del PINSAP 2014-2015, il·lustra aquest procés evolutiu de la salut comunitària i permet disposar d'experiència suficient per generalitzar aquesta estratègia en tot el país, juntament amb d'altres experiències reeixides d'intersectorialitat en els determinants de la salut i en la lluita contra les desigualtats.

Els motius d'aquest canvi d'orientació a Catalunya han estat la revalorització de la salut comunitària a través de l'atenció primària i la salut pública, no només per una qüestió de valors, sinó també d'eficiència, avalada per l'evidència científica que demostra que la salut comunitària contribueix a la millora de l'estat de salut de la població amb mesures de promoció de la salut de rendibilitat provades i és, alhora, una oportunitat per la disminució de les desigualtats.

En el marc de l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC), ha requerit un treball previ de confluència interna del Departament de Salut en la definició d'una estratègia transversal per abordar els projectes de salut comunitària a Catalunya, que defineix el que ha de ser la salut comunitària, com s'ha d'expressar en el sistema públic de salut del nostre país i com s'ha d'aplicar de forma compartida amb el conjunt d'altres actors de l'entorn, sota la responsabilitat del Departament de Salut. D'aquesta manera, el document afirma que la salut comunitària, a més de representar la salut de la comunitat, és també una forma de treballar la salut que té el propòsit comú d'integrar les activitats clíniques adreçades a les persones i les activitats col·lectives adreçades a la població com una expressió de responsabilitat del sistema de salut.

D'altra banda, l'ENAPISC integra, de forma coherent, les línies de treball comunitari d'altres estratègies que està treballant el Departament de Salut, com ara la salut mental en el marc del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, l'atenció a la cronicitat en el marc de l'Estratègia nacional de cronicitat i l'atenció a la salut sexual i reproductiva, en el marc de la pròpia estratègia.

L'evolució de la implantació del projecte COMSalut ha estat clau per a aquest exercici de confluència i per al plantejament del model d'atenció primària que sorgeix de

² Capítol elaborat en el marc de l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC).

L'ENAPISC, com a via vàlida per mostrar la pertinença i la factibilitat del model de salut mental i com un pas previ per estendre el model al conjunt del territori de Catalunya.

Està previst potenciar de forma progressiva l'orientació comunitària de l'atenció primària i, així, el contracte del Servei Català de la Salut inclou objectius relacionats amb aquesta orientació, i al mateix temps s'està estenent el projecte COMSalut en el territori.

Per això, és fonamental també la formació dels professionals de l'atenció primària i la salut pública, i en l'actualitat es disposa d'un curs en línia en salut comunitària dut a terme de manera col·laborativa entre les societats científiques d'atenció primària (CAMFiC i AIFICC), amb el suport del Departament de Salut, que s'ofereix gratuïtament a dos professionals de tots els equips d'atenció primària i dels equips de salut pública territorial, i que va començar amb els inclosos en el projecte COMSalut.

En aquest marc, l'ENAPISC i el PINSAP adopten:

- Una definició de la salut comunitària
- Un model d'implementació a Catalunya
- Un model per al seguiment de les accions
- Un model de marc avaluatiu

La salut comunitària, definida per l'Estratègia transversal de salut comunitària interna del Departament de Salut, és aquella que aglutina tres eixos conceptuals fonamentals: com s'expressa, què representa per a la comunitat i quines en són les implicacions.

- La salut comunitària és l'expressió col·lectiva de la salut de les persones i dels grups d'una comunitat definida.
- La salut comunitària està determinada per la interacció de les característiques personals, familiars, de l'entorn social, cultural i físic, així com pels serveis de salut i per la influència de factors socials, polítics i globals.
- La salut comunitària és un projecte de col·laboració intersectorial i multidisciplinària, que implantat per l'atenció primària de salut, la salut pública i els serveis de la comunitat amb intervencions basades en l'evidència, per treballar de forma conjunta i adaptada als valors culturals d'aquesta comunitat, amb la finalitat d'optimitzar la salut i la qualitat de vida de les persones.

La salut comunitària inclou accions de participació de la comunitat, accions intersectorials adreçades als determinants de la salut, estratègies per reduir les desigualtats i les accions concretes relacionades amb els problemes identificats en aquella comunitat.

El concepte **comunitat** està sotmès a consideracions múltiples. Per a l'àmbit de salut, l'ENAPISC considera que la comunitat és la població de l'ABS, sens perjudici que també pugui adoptar altres formes per motius organitzatius i de desplegament.

D'altra banda, la salut comunitària es considera com un element nou de la **cartera de serveis** del sistema públic de salut a l'atenció primària i és, per tant, un dret de la ciutadania. Es converteix, doncs, en un element nuclear de l'atenció primària.

Els actors principals de la salut comunitària són els mateixos ciutadans de la comunitat, que són els que tenen, en última instància, la responsabilitat en la salut col·lectiva i en les decisions ben informades, que l'afecten. El suport principal que rebrà la comunitat per al desenvolupament de la salut comunitària es donarà a través dels equips d'atenció primària i els equips territorials de salut pública, incloent-hi els municipals. També hi participarà la resta de serveis del sistema sanitari, sobretot els més lligats a la xarxa d'atenció primària. Farmàcies comunitàries, entitats, tercer sector i teixit associatiu són clau per desplegar els projectes comunitaris. Des de l'inici es col·laborarà amb els ens locals, ja que moltes de les actuacions per fer entren en l'àmbit de les seves competències.

El model d'implementació a Catalunya

Tenint en compte la situació actual de l'activitat comunitària a Catalunya, i la baixa implantació, l'ENAPISC estableix les condicions estructurals que permeten desenvolupar-la com una activitat del Sistema Nacional de Salut (SNS), s'inclou la metodologia en la cartera de serveis de l'SNS, i es fa efectiva la pràctica a través de la contractació del CatSalut.

El desplegament d'aquests tres grans eixos d'acció per incorporar la salut comunitària a l'SNS de forma efectiva, es resumeixen en les tres fases d'implantació següents:

Fases	Contingut
1a	• Formació en salut comunitària. • Establiment de les condicions estructurals i relacions funcionals (equip de salut comunitària). • Establiment d'aliances amb els altres actors de la salut comunitària: ajuntaments, representants comunitaris. • Realització de l'anàlisi de la situació comunitària, amb la identificació de recursos i actius per a la salut i de les principals necessitats i la prioritització del projecte per fer.
2a	En relació amb el projecte prioritzat: • Anàlisi de la situació de partida: recursos i actius i necessitats. • Revisió de l'evidència científica de les intervencions comunitàries. • Planificació de la intervenció i definició dels indicadors d'avaluació.
3a	Realització de la intervenció

El document *Estratègia transversal de salut comunitària* conté informació més detallada del contingut de cada una de les fases.

Tots els elements de l'anàlisi inicial, de la prioritització, de la presa de decisions i de la planificació, així com els que fan referència a la intervenció, han d'incloure, en la mesura que sigui possible, la participació de la comunitat i l'acció intersectorial.

L'equip de salut comunitària de les ABS, que actuarà com a grup motor, estarà integrat per professionals i membres de la comunitat que pertanyen als diferents sectors implicats, incloent-hi l'entorn municipal i els líders comunitaris identificats. Té les funcions primeres de liderar i coordinar la salut comunitària a la comunitat, a més de ser el dipositari principal del coneixement de la salut comunitària, qui doni criteri per a l'establiment d'aliances, les relacions amb els interlocutors, l'abordatge de les qüestions conflictives que sorgeixin i dels temes ètics. L'objectiu final d'aquest equip és ser el principal facilitador de la salut comunitària de cada territori, que es vehiculitzarà, sobretot, a través de la mateixa comunitat.

Un tema cabdal per implantar la salut comunitària són les governances, enteses com les relacions entre els actors que han de decidir conjuntament sobre la cosa pública. Per això, l'ENAPISC i el PINSAP destaquen la necessitat de diàleg constant entre institucions, d'espais comuns per als acords interdepartamentals i intersectorials, més enllà dels pactes formals bil·laterals o multilateralis puntuals.

Un model pel seguiment de les accions

El seguiment consistirà a conèixer el grau d'avenç de la implantació de les activitats de salut comunitària en els EAP i en els equips territorials de salut pública, a través del contracte del CatSalut en què es valorarà les accions desenvolupades en cada una de les fases del desplegament de la salut comunitària en les ABS. Es preveu un any per al desplegament de les dues primeres fases; el de la tercera fase dependrà de la naturalesa de l'acció que s'hagi de desenvolupar i de la planificació. El seguiment serà, doncs, anual en funció de la planificació de cada ABS.

Un model de marc avaluatiu

L'avaluació de l'estratègia de salut comunitària estarà determinada per:

- La consolidació de l'extensió de la cobertura de les activitats de salut comunitària en el conjunt del territori.
- La profunditat d'aquestes accions en funció del grau de desenvolupament de cada una de les fases.

El component més important de l'avaluació, però sens dubte el més rellevant amb vista a l'impacte en la salut de la població, estarà determinat per la modificació de l'estat de la salut de la població i dels seus determinants respecte dels aspectes intervinguts. Per avaluar-ho, s'haurà de dur a terme de nou la segona fase del procés i comparar si hi ha hagut millora.

Actualment, s'està dissenyant l'avaluació en salut comunitària dels equips COMSalut, que hauria de donar resposta als punts descrits en aquest capítol i ser revisada pel grup de treball de l'ENAPISC.

12. Implementació, avaluació i retorn en salut del PINSAP 2017-2020

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 contrastar si els objectius previstos s'assoleixen efectivament i, d'una altra, recollir la contribució a la salut que es fa des dels diversos sectors de l'Administració i de la societat, a través de les polítiques públiques i les iniciatives privades.

L'avaluació ha de ser un instrument útil per retre comptes i ha de contribuir a millorar el procés de planificació de forma que es puguin introduir 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 es duen a terme i quins són els resultats obtinguts.

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 poden influir de manera rellevant en la salut i el benestar de la població i particularment els que actuen explícitament sobre algun determinant de la salut. Es tracta de potenciar aquestes intervencions i les eventuais sinergies així com, en la mesura que es pugui, prevenir encavalcaments i interferències potencials. Una de les activitats del PINSAP és la determinació dels indicadors adequats per valorar els aspectes més significatius de les actuacions.

La nova proposta d'avaluació

Els sistemes d'informació disponibles han d'ajudar a prendre decisions basades en dades objectives sobre l'estat de salut de les persones i els seus determinants, tenint en compte, en la mesura que es pugui, la diversitat de les poblacions i els eixos de desigualtat.

Concretar els requeriments 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 aquella 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.

Aquesta segona edició del PINSAP conserva el mateix conjunt d'indicadors de la primera, però es planteja un procés de revisió i millora en un grup de treball amb l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) i els instituts de la Generalitat competents en l'avaluació de les polítiques públiques, en el qual, a més dels indicadors quantitius generals i propis de cada actuació, es faci una avaluació

qualitativa valorativa de tot el procés en general i de les oportunitats de millora identificades.

La selecció del conjunt d'indicadors es va fer incloent-hi aquells que permetien mesurar i valorar l'evolució de l'associació entre les activitats intersectorials implementades i la millora de la salut i la qualitat de vida estructurada en tres grans apartats:

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

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

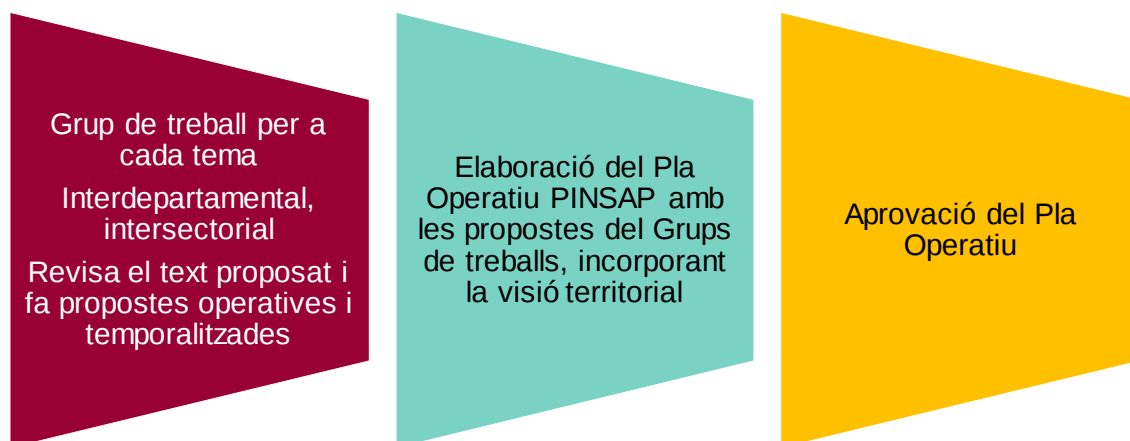
Poblacionalment, ja es va identificar a la primera edició que convenia disposar d'informació d'àrees petites que permetessin conèixer el comportament dels indicadors amb un nivell de desagregació suficient, com per exemple l'ABS. Per assolir els objectius generals del PINSAP, és imprescindible poder avaluar les desigualtats socials en salut, la qual cosa justifica la necessitat d'accedir a una desagregació suficient.

Per això, l'AQuAS ha fet un gran esforç i es disposa d'un índex de nivell socioeconòmic per a cadascuna de les ABS de Catalunya. Al mateix temps, es disposa ja, i en el marc de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, d'indicadors de recursos, estructura, qualitat, efectivitat i eficiència de les intervencions del sistema sanitari i, finalment, de l'esperança de vida a cada territori. Tot això es informació clau en el marc del nou PINSAP, que té com un dels objectius principals treballar per l'equitat, sense deixar ningú enrere, i arribant a tots els punts del territori.

13. Propers passos

A partir de l'aprovació d'aquest document de bases, i atès el caràcter de producte dinàmic i obert del Pla, s'obrirà un procés participatiu molt ampli i es recolliran les aportacions al PINSAP.

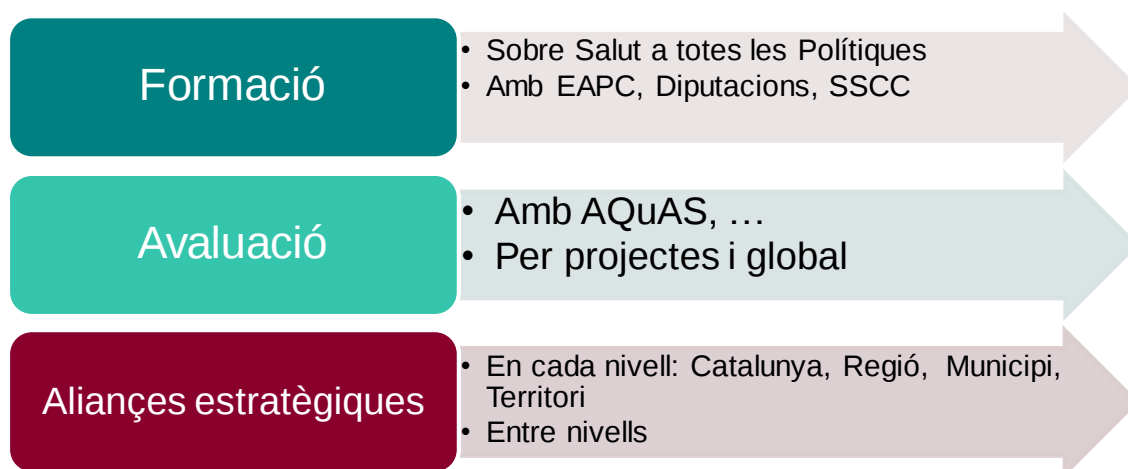
Al mateix temps, una sèrie de grups de treball coordinats per la Comissió Interdepartamental de Salut elaborarà propostes per a l'operativitat del Pla, que es recolliran en un document operatiu o pla d'acció que està previst que es pugui aprovar a finals d'aquest any 2017.



Simultàniament, en l'àmbit territorial, les comissions tècniques i els grups de treball de salut comunitària van desplegant projectes concrets emmarcats en el Pla.

Al mateix temps es desplega tota una estratègia de formació de professionals de les administracions i de tots els agents implicats en el PINSAP en col·laboració amb l'Escola d'Administració Pública de Catalunya, les societats científiques i el món acadèmic.

Finalment, un grup de treball ad hoc concretarà l'estratègia avaluativa mixta quantitativa i qualitativa amb l'AQuAS i els instituts amb competències en avaluació.



14. Annexos

Pla interdepartamental de salut pública | PINSAP |

Actuacions 2014 -2015 en 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 ³	Relació amb altres
Mobilitat	1.1. Promoure la mobilitat activa (per caminar, voreres, camins escolars; per anar amb bicicleta, carrils bici, serveis de bicicleta comunitària, 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.	TiS, INT, SLT, PRE	País	G GG	6, 8, 9, 10
Alimentació	2.1. Ampliar la disponibilitat d'aliments saludables potenciant l'opció de fruita en els àpats en els establiments de restauració.	DARP/, 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.	DARP, SLT, EiC, EMO	País	G O	4
	2.3. Prevenir els trastorns de la nutrició infantil protocol·litzant l'actuació coordinada dels serveis socials, d'ensenyament i de salut.	BSiF, 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
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.	TiS, SLT	País	G I/E	1, 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 consideració en els contractes del sector públic.	EMO, SLT, EiC, PRE	País	O	1, 2, 3, 5, 7

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

Àmbit	Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial	Departaments implicats	Repte PINSAP	Grup diana ^{0F3}	Relació amb altres
	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, BSIF	Salut mental	A	8, 10
Urbanisme i habitatge	5.1. Incorporar el valor de la salut en la valoració d'ajuts a l'habitatge en situacions d'emergència econòmica, social i altres casos amb necessitats especials.	TiS, BSIF, SLT, EiC	País / salut mental	A GG/I	8, 9, 10
	5.2. Millorar les condicions promotores de la 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.	TiS, SLT, GOV	País	G GG	1, 3, 8
Educació	6.1. Obrir els patis i equipaments escolars a la comunitat (potenciació dels plans educatius d'entorn).	ENS, BSIF, PRE, SLT	País Pes	I/J/G	1, 2, 3, 5 7, 9, 10
Cultura i lleure	7.1. Utilitzar les tecnologies de la informació i la comunicació en la prevenció de les infeccions de transmissió sexual en joves.	SLT, BSIF, 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 les xarxes socials i els programes comunitaris. Ús correcte i segur de les TIC i les xarxes socials entre les persones joves.	SLT, BSIF, ENS, CUL	Addiccions	J	8
	7.3. Impulsar l'esport per a la promoció de la salut en adolescents de risc. FITjove.	PRE, SLT, ENS	Addiccions	J	8
	7.4. Vigilar i controlar noves formes de consums, especialment de productes relacionats amb el tabac: cigarretes electròniques.	SLT, INT, JUS	Addiccions	G J	8

Àmbit	Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial	Departaments implicats	Repte PINSAP	Grup dianaOF ³	Relació amb altres
	7.5. Impulsar la participació en activitats culturals. Posar en marxa programes com ara "Lletres i salut". Fomentar la lectura i la reflexió en centres sanitaris, comunitaris i culturals sobre temes que tenen que veure amb l'autocura, la promoció de la salut, l'afrontament de la malaltia, la mort, etc.	CUL, SLT, EIC, ENS	Salut mental	G	1,8,9,10
	7.6. Promoure "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 salut.	SLT, CUL, EMO, PRE	Global	G	Global
	7.7. Impulsar el Programa de prescripció d'activitats socials i culturals en persones en situació de vulnerabilitat.	SLT, BSIF, CUL	Salut mental	G GG	8,9,10
Sistema sanitari	8.1. Prevenir conductes suïcides amb l'activació del Codi suïcidi en persones d'alt risc.	SLT, BSIF, EMO, JUS	Salut mental	A	4,9,10
	8.2. Implementar la prova de detecció ràpida del VIH a l'atenció primària en àrees prioritàries.	SLT, BSIF	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, BSIF, ENS	Global	G GG	1,2, 4, 5, 7, 9,10
Polítiques socials	9.1. Millorar la col·laboració entre els serveis socials bàsics i l'atenció primària de salut.	BSIF, SLT	Salut mental	G GG	1,2,,4, 5, 7, 8, 10
	9.2. Mantenir i potenciar l'eix de treball de la salut en els plans de desenvolupament comunitari (PDC).	BSIF, SLT, ENS	Global	G	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10

Àmbit	Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial	Departaments implicats	Repte PINSAP	Grup diana0F ³	Relació amb altres
Transversal	10.1. Contribuir a preservar la salut mental mitjançant el foment de la protecció i la promoció de la salut comunitària en persones en situació de vulnerabilitat.	BSiF, SLT, ENS, EMO, JUS	Salut mental	A	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10

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

Àmbit	Àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial	Departaments implicats	Repte PINSAP	Grup diana ^{1F}	Relació amb altres
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 la salut de les principals actuacions i acords del Govern.	Tot el Govern	Global	I, J, G	1-10
Dades i recerca	2.1. Optimitzar l'ús de dades disponibles en els diferents departaments de la Generalitat i les institucions relacionades per estudiar adequadament l'impacte en la salut de les polítiques i actuacions i potenciar la transparència i visibilitat de les dades.	EiC, tot el Govern	Global	G	1-10
	2.2. Vigilar els efectes sobre la salut de la crisi econòmica a través de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població, amb un enfocament especial en les desigualtats i proposar-hi intervencions.	SLT, EiC, BSIF	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.	EiC/SLT	Global	G	1-10
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
• Compromís amb la comunitat	4.1. Potenciar la participació de la comunitat.	Tot el Govern	Global	G	1-10

⁴ Grup diana: **I** infància; **J** joventut; **GG** gent gran; **D** dones; **E** embarassades; **A** aturats; **O** ocupats; **G** població general

Referències

- ¹ Kickbusch I. The political determinants of health—10 years on. BMJ 2015; 350 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h81> (Published 08 January 2015) Cite this as: BMJ 2015;350:h81 <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h81>
- ² California Department of Public Health & Public Health Institute. The California Health in All Policies Task Force. California Health in all policies initiative. <http://www.sgc.ca.gov/Initiatives/Health-In-All-Policies.html>
- ³ Direcció General de Planificació i Recerca en Salut .Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2011. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
- ⁴ LLEI 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública. Comunitat Autònoma de Catalunya. DOGC núm. 5495, de 30 de octubre de 2009 http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=532871&action=fitxa
- ⁵ Mackenbach JP, Kulháňová I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. Cite this as: BMJ 2016;353:i1732 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1732>
- ⁶ 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 http://www.proyectomedea.org/privado/docs/publicaciones/annex_1_recomend_autorloc_crisi_salud.pdf
- ⁷ Liverpool Public health Observatory: Assessing the impact of the economic downturn on health and wellbeing. February 2012. Observatory report series n°88 https://www.liverpool.ac.uk/media/livacuk/instituteofpsychology/88_Assessing_the_Impact_of_the_Economic_Downturn_on_Health_and_Wellbeing_final.pdf
- ⁸ World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. France: WHO; 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf?ua=1
- ⁹ Dahlgren G., Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991
- ¹⁰ Johns Hopkins Urban Health Institute, June 2013 Health Equity Through Action - Social Determinants of Health. http://urbanhealth.jhu.edu/PDFs/SDH/SDH_2013_Lessons_Learned.pdf
- ¹¹ California Department of Public Health & Public Health Institute. The California Health in All Policies Task Force. California Health in all policies initiative. <http://www.sgc.ca.gov/Initiatives/Health-In-All-Policies.html>
- ¹² Kings Fund. Public Health and Inequalities <http://www.kingsfund.org.uk/topics/public-health-and-inequalities> and <https://www.kingsfund.org.uk/publications/improving-publics-health>
- ¹³ Jané M, Vidal MJ, Maresma M, Martínez A, Carmona G, Rodés A et al. Artículo especial Resultados y retos en salud pública ante la alerta por Ébola: una perspectiva desde Cataluña. Gac Sanit. 2017;31(2):161–166 http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/vigilancia_salut_publica/malalties_emergents/ebola/article_gaceta_sanitaria_ebola.pdf
- ¹⁴ Desarrollo de una herramienta de cribado para la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) de políticas nacionales Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Herramienta_Cribado.pdf

- ¹⁵ Aldasoro E, Bacigalupe A, Calderón C, Esnaola S, Sanz E- Herramienta de cribado para la Evaluación del Impacto en Salud de las políticas públicas sectoriales. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2014.
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osagin/es_profesio/adjuntos/cribado.pdf
- ¹⁶ Direcció General de Planificació en Salut. Informe de Salut 2016. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, gener 2017. <http://salutweb.gencat.cat/informedesalut2016>
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ LLEI 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública. Comunitat Autònoma de Catalunya. DOGC núm. 5495, de 30 de octubre de 2009
http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=532871&action=fitxa
- ¹⁹ McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. M., & Davies, M. (Eds.). *Intersectoral governance for Health in All Policies*. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2012.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf
- ²⁰ Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (Eds.). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, Finland, & European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf
- ²¹ European Union. Rome Declaration on "Health in All Policies", 2007. Available at: http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf
- ²² World Health Organization & the Government of South Australia. Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being. World Health Organization; Adelaide, 2010.
http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf,
- ²³ McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. M., & Davies, M. (Eds.). *Intersectoral governance for Health in All Policies*. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2012.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf
- ²⁴ World Health Organization & the Government of South Australia. Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being. World Health Organization; Adelaide, 2010.
http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf,
- ²⁵ Molnar A, Renahy E, O'Campo P, Muntaner C, Freiler A, Shankardass K (2016) Using Win-Win Strategies to Implement Health in All Policies: A Cross-Case Analysis. PLoS ONE 11(2): e0147003. doi:10.1371/journal.pone.0147003
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4742077/pdf/pone.0147003.pdf>
- ²⁶ 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
- ²⁷ Browne GR, Rutherford ID. 2017. The case for "environment in all policies": lessons from the "health in all policies" approach in public health. Environ Health Perspect 125:149–154; <http://dx.doi.org/10.1289/EHP29>

- ²⁸ Browne GR, Rutherford ID. 2017. The case for "environment in all policies": lessons from the "health in all policies" approach in public health. *Environ Health Perspect* 125:149–154; <http://dx.doi.org/10.1289/EHP29>
- ²⁹ Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U, Zuazagoitia J. 2010. Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? *J Epidemiol Community Health* 64:504–505.
- ³⁰ Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute. https://www.apha.org/~media/files/pdf/factsheets/health_inall_policies_guide_169pages.ashx
- ³¹ Department of Health, Government of South Australia. Health in All Policies – the 10 principles. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/bd468c8043aee502b62ffeed1a914d95/tenprinciples-hiap-phcc-1004.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=bd468c8043aee502b62ffeed1a914d95>
- ³² 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
- ³³ World Health Organization. Regional Office for Europe. Regions for Health Network Twenty-third annual meeting report. Achieving a healthy, sustainable society: the need for integration, inclusion and coherence at international, subnational and regional levels. WHO, Kaunas, 2016.
- ³⁴ Kwok Cho Tang, Timo Ståhl, Douglas Bettcher, Evelyne De Leeuw; The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action. *Health Promot Int* 2014; 29 (suppl_1): i1-i8. doi: 10.1093/heapro/dau051
- ³⁵ Direcció General de Planificació en Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2016. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
- ³⁶ Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. «Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España». *Gac Sanit*. 2012;26(2):182–189 <http://scielo.isciii.es/pdf/gas/v26n2/especial2.pdf>. Traducció de Borrell C i Benach J.
- ³⁷ Ajuntament de Barcelona. Mesura de Govern Impuls de la Salut Comunitària a Barcelona Reforç de Barcelona Salut als Barris en un marc compartit d'acció transversal al territori Desembre de 2016. <http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/12/mesura-impuls-salut-comunitaria-2016.pdf>
- ³⁸ Borrell, C, M Pons-Vigués, J Morrison, and E Díez. 2013. Factors and Processes Influencing Health Inequalities in Urban Areas. *Journal of epidemiology and community health* 2013; 67: 389–91.
- ³⁹ WHO Regional Office for Europe. UCL Institute for Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Upadated reprint 2014. WHO, Copenhagen, 2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1
- ⁴⁰ WHO. The changing global context: challenges and opportunities. WHO Global Health Observatory Data Repository, 2015.
- ⁴¹ Donaldson L, Rutter P. Healthier, fairer, safer: the global health journey, 2007-2017. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <file:///C:/Users/win7/Documents/pinsap/2017/9789241512367-eng.pdf>
- ⁴² WHO Regional Office for Europe. Environment and health. WHO. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health>

- ⁴³ WHO. Ambient (outdoor) air quality and health.. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/>
- ⁴⁴ WHO. Air quality. Data and statistics. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/air-quality/data-and-statistics>
- ⁴⁵ European Environment Agency. European Union Air quality in Europe — 2016 report. UE. Disponible a: <http://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2016>
- ⁴⁶ WHO Europe. 2013. Health effects of particulate matter.. Disponible a: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/189051/Health-effects-of-particulate-matterfinal-Eng.pdf
- ⁴⁷ IARC Scientific Publication No. 161 Air Pollution and Cancer. Disponible a: <http://www.iarc.fr/en/publications/books/sp161/index.php>
- ⁴⁸ Costells A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R et al. Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. Lancet: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60935-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60935-1/fulltext)
- ⁴⁹ Declaracions d'Isabel Aranda, Programme Officer del Secretariat de la UNFCCC recollides a *Health and climate adaptation at the COP21 BASE European Adaptation Newsletter #6, Spring & Summer 2016* : <http://base-adaptation.eu/health-and-climate-adaptation-cop21>
- ⁵⁰ Tercer Informe del Canvi Climàtic a Catalunya. Disponible a: <http://cads.gencat.cat/web/.content/Documents/Publicacions/tercer-informe-sobre-canvi-climatic-catalunya/TERCER INFORME CANVI CLIMATIC web.pdf>
- ⁵¹ 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.
- ⁵² Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s <http://www.who.int/globalchange/publications/quantitative-risk-assessment/en/>
- ⁵³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Impactos del cambio climático en la salud., 2013. pàg 37. <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/CCCompleto.pdf>
- ⁵⁴ Agència de salut Pública de Catalunya. Protocol per a la vigilància i el control de les arbovirus transmeses per mosquits a Catalunya: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/vigilancia_epidemiologica/documents/arxius/protocol_arbovirus_cat.pdf
- ⁵⁵ Sainz-Eliphe, et al. . (2010). Malaria resurgence risk in southern Europe: climate assessment in an historically endemic area of rice fields at the Mediterranean shore of Spain. *Malaria Journal*, 2010 9, 221. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20673367>
- ⁵⁶ Bouzid et al. Climate change and the emergence of vector-borne diseases in Europe: case study of dengue fever. *BioMed Central Ltd*. 2014 <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-781>
- ⁵⁷ Estratègia catalana d'adaptació al canvi climàtic (ESCACC, Horitzó 2013-2020: <http://canviclimatic.gencat.cat/web/.content/home/actualitat/docs/escacc.pdf>
- ⁵⁸ [Decisió 1386/2013/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 20 de novembre de 2013, relativa al Programa General d'Acció de la Unió en matèria de Medi Ambient fins 2020](#)
- ⁵⁹ Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease. WHO. Disponible a: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/
- ⁶⁰ Kaplan, R., & Kaplan, S.. *The experience of nature: A psychological perspective*. CUP Archive, 1989.

- ⁶¹ Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 1991; 11(3), 201-230.
- ⁶² Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery. *Science*, 224(4647), 224-225.
- ⁶³ Takano, T., Nakamura, K., & Watanabe, M. (2002). Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *Journal of epidemiology and community health*, 2002; 56(12), 913-918.
- ⁶⁴ De Vries, S., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., & Spreeuwenberg, P. (2003). Natural environments—healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and planning A*, 2003; 35(10), 1717-1731.
- ⁶⁵ Hartig, T., Evans, G. W., Jamner, L. D., Davis, D. S., & Gärling, T. Tracking restoration in natural and urban field settings. *Journal of environmental psychology*, 2003; 23(2), 109-123.
- ⁶⁶ Maas, J., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., De Vries, S., & Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?. *Journal of epidemiology and community health*, 2006; 60(7), 587-592.
- ⁶⁷ Mitchell, R., & Popham, F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet*, 2008; 372(9650), 1655-1660.
- ⁶⁸ Maas, J., Verheij, R. A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F. G., & Groenewegen, P. P.. Morbidity is related to a green living environment. *Journal of epidemiology and community health*, 2009; 63(12), 967-973.
- ⁶⁹ Louv, R.. *Last child in the woods: Saving our children from nature-deficit disorder*. Algonquin Books, 2008.
- ⁷⁰ Pretty, J. Interdisciplinary progress in approaches to address social-ecological and ecocultural systems. *Environmental Conservation*, 2011; 38(02), 127-139.
- ⁷¹ Corraliza, J. A., Collado, S., & Bethelmy, L. Nature as a moderator of stress in urban children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2012; 38, 253-263.
- ⁷² WHO. Noise. Data and statistics. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/noise/data-and-statistics>
- ⁷³ Noise. The Green Paper on Future Noise Policy. European Commission. Disponible a: http://ec.europa.eu/environment/noise/europe_en.htm
- ⁷⁴ Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe. WHO i JRC European Commission. Disponible a: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf
- ⁷⁵ WHO Regional Director for Europe. The Journey to Parma: a tale of 20 years of environment and health action in Europe.. Disponible a: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/104515/E93535.pdf
- ⁷⁶ Declaración de Parma. Disponible a: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/78608/E93618.pdf
- ⁷⁷ Sisena Conferència Ministerial sobre Medi Ambient i Salut: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/06/sixth-ministerial-conference-on-environment-and-health>
- ⁷⁸ Departament de Territori i Sostenibilitat. Generalitat de Catalunya . Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació Atmosfèrica. Disponible a: http://mediambient.gencat.cat/ca/05_ambits_dactuacio/atmosfera/qualitat_de_loire/avaluacio/xarxa_de_vigilancia_i_previsio_de_la_contaminacio_atmosferica_xvpca/
- ⁷⁹ Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire a les zones de protecció especial de l'ambient atmosfèric, Horitzó 2020. Disponible a:

http://mediambient.gencat.cat/ca/05_ambits_dactuacio/atmosfera/qualitat_de_laire/plans_de_millora/pla_millora_qualitat_aire_2011_2015/

⁸⁰ Departament de Territori i sostenibilitat. ACORD POLÍTIC PER A LA MILLORA DE LA QUALITAT DE L'AIRE A LA CONURBACIÓ DE BARCELONA

<http://mediambient.gencat.cat/web/.content/home/actualitat/2017/doc/Acord-politic-qualitat-de-aire.pdf>

⁸¹ Govern de Catalunya. Pla marc de mitigació del canvi climàtic 2008-2012: http://canviclimatic.gencat.cat/ca/politiques/politiques_catalanes/la_mitigacio_del_canvi_climatic/pla_marc_de_mitigacio_del_canvi_climatic_a_catalunya_2008-2012/

⁸² Govern de Catalunya. Pla de l'energia i canvi climàtic de Catalunya 2012-2020:

http://canviclimatic.gencat.cat/ca/politiques/politiques_catalanes/la_mitigacio_del_canvi_climatic/pla_energia_i_canvi_clima_2012_2020/

⁸³ Programa d'acords voluntaris per a la reducció d'emissions i per a la compensació de gasos amb efecte d'hivernacle:

http://canviclimatic.gencat.cat/ca/politiques/politiques_catalanes/la_mitigacio_del_canvi_climatic/acords_voluntaris/.

http://canviclimatic.gencat.cat/ca/politiques/politiques_catalanes/la_mitigacio_del_canvi_climatic/programa-voluntari-de-compensacio-de-gasos-amb-efecte-dhivernacle/

⁸⁴ Estratègia per a la prevenció i el control del mosquit tigre a Catalunya. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/la_salut_de_la_a_a_l_a_z/m/mosquit_tigre/documents/estrategia_mosquit_tigre_10_juny_2011.pdf

⁸⁵ Protocol per a la vigilància i el control de les arbovirosis transmeses per mosquits. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/vigilancia_epidemiologica/documents/arxius/protocol_arbovirosis_cat.pdf

⁸⁶ Pla especial d'actuació en situació d'alerta i eventual sequera (PES)

<http://aca->

web.gencat.cat/aca/documents/Pla_sequera/PES2016/01_pes_proposta_pla_2016_ca.pdf

⁸⁷ Pla de gestió del districte de conca fluvial de Catalunya (2016-2021).

<http://aca->

web.gencat.cat/aca/appmanager/aca/aca?_nfpb=true&_pageLabel=P46600176421381934582085

⁸⁸ Pla de gestió del risc d'inundació del districte de conca fluvial de Catalunya (PGRI)

<http://aca->

web.gencat.cat/aca/appmanager/aca/aca?_nfpb=true&_pageLabel=P52400263221431526671255

⁸⁹ Governança Radioelèctrica de Catalunya: <http://governancaradioelectrica.gencat.cat/>

⁹⁰ Servei d'Estudis, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2014. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, maig 2016.

⁹¹ Departament de Salut. *Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Informe dels principals resultats 2015.* Disponible a

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf

⁹² 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

- ⁹³ Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 64/255, 1 de marzo de 2010, Mejoramiento de la Seguridad Vial en el Mundo. Disponible a http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/UN_GA_resolution-54-255-es.pdf
- ⁹⁴ Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 70/1, 25 de septiembre de 2015, Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible a http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/&Lang=S
- ⁹⁵ Servei Català de Trànsit. *Pla Estratègic de Seguretat Viària de Catalunya 2014-2020*. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2014. Disponible a http://transit.gencat.cat/web/.content/documents/seguretat_viaria/pesv_2014_2020.pdf
- ⁹⁶ World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO; 2011
- ⁹⁷ D Schoppper, JD Lormand, R Waxweiler (eds). *Developing policies to prevent injuries and violence*. Geneva, World Health Organization 2006.
- ⁹⁸ World Health Organization. *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva, World Health Organization 2007
- ⁹⁹ World Health Organization. *Global status report on road safety 2015*. Geneva, World Health Organization 2015
- ¹⁰⁰ WHO Regional Office for Europe. The Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/activities/social-inclusion-and-health-equity-for-vulnerable-groups>
- ¹⁰¹ Resolució EUR/RC63/13, *Outcome document for the high-level meeting on Health systems in times of global economic crisis : an update of the situation in the WHO European Region*. Oslo (Norway) : World Health Organization (WHO); 17-18 April 2013
- ¹⁰² La salut a Barcelona 2015. Barcelona : Agència de Salut Pública de Barcelona; 2016. Disponible a <http://www.aspb.cat/arees/la-salut-en-xifres/introducció>
- ¹⁰³ Conclusions of the SOPHIE Project. *Social and economic policies matter for health equity*. Barcelona : SOPHIE Project. Agència de Salut Pública de Barcelona; 2015. Disponible a <http://sophie-project.eu/pdf/conclusions.pdf>
- ¹⁰⁴ Cortès-Franch I, González López-Valcarcel B. *Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia i perspectiva, Informe SESPAS 2014*. Gac. Sanit. 2014;28 Supl 1 :1-6
- ¹⁰⁵ Observatori de la vulnerabilitat de la Creu Roja. 7è estudi. *L'afectació de la crisi en la salut de les persones*. Setembre 2014, Barcelona : Creu Roja; 2014. Disponible a <http://www.creuroja.org/AP/cm/4733P242L8/L-afectacio-de-la-crisi-en-la-salut-de-les-persones---7e-estudi.aspx>
- ¹⁰⁶ Departament de Salut. *Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris de Catalunya. Informe dels principals resultats 2015*. Disponible a http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/

¹⁰⁷ Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. *Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Anàlisi territorial*. Barcelona : Agència e Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible a

http://observatorisalut.gencat.cat/web/content/minisite/observatorisalut/oss_crisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2015.pdf

¹⁰⁸ Informe de salut 2016. *Barcelona : Pla de Salut de Catalunya 2016-2020*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible a

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxiu/informedesalut2016.pdf

¹⁰⁹ Resolució 577/X del Parlament de Catalunya, sobre l'increment de la pobresa i les desigualtats a Catalunya. Parlament de Catalunya, 13 març de 2014

¹¹⁰ World Health Organization. Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions: First WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15 January 2005.

¹¹¹ World Health Organization. Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan. Turkey; WHO, 2013.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf

¹¹² European Union. Joint Action on Mental Health and Wellbeing. Policy Brief. Mental health in whole-of government policies.

<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20WholeGovernment.pdf> European Union, 2015.

¹¹³ World Health Organization. Social determinants of mental health. Geneva, Switzerland; World Health Organization; 2014.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf

¹¹⁴ Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 2014; 26(4), 392-407.

¹¹⁵ World Health Organization.. Mental health action plan 2013-2020. Geneva, Switzerland; World Health Organization; 2013.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

¹¹⁶ Generalitat de Catalunya Departament de Salut Pla Director de Salut Mental i addiccions. http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/salut_mental_i_addiccions/que_es/

¹¹⁷ Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions

http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_atencio_persones_amb_trastorn_mental_i_addiccions/

¹¹⁸ Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions

http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_atencio_persones_amb_trastorn_mental_i_addiccions/

¹¹⁹ Generalitat de Catalunya. Estratègia 2017-2019 del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.

http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_trastorn_mental_addiccions/docs/estrategia_2017_2019.pdf

Barcelona; Generalitat de Catalunya, Març, 2017

¹²⁰ Generalitat de Catalunya Departament de Salut, and Consorci Sanitari de Barcelona. "Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022." (2016).

<https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jsui/handle/11703/97864>

¹²¹ World Health Organization. Overweight and obesity. Geneva, Switzerland; World Health Organization; 2006.

¹²²

¹²³

¹²⁴ Agència de Salut Pública de Catalunya. Malalties emergents [Internet]. Agència de Salut Pública de Catalunya. 2017 [citat 10 de març del 2017]. Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia_salut_publica/malalties_emergents/

¹²⁵ Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol per a la vigilància i el control de les arbovirosis transmeses per mosquits a Catalunya. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2015. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/vigilancia_epidemiologica/documents/arxiu/protocol_arbovirosis_cat.pdf

¹²⁶ Morens D, Fauci A. Emerging Infectious Diseases: Threats to Human Health and Global Stability. PLoS Pathogens. 2013; 9(7): e1003467.

¹²⁷ Challenge 8: Health Issues [Internet]. The Millennium Project - Global Future System. 2017 [citat 10 de març del 2017]. Disponible a: https://themp.org/#group_id=4f98b1bde3dfc62b2e00018e§ion=report

¹²⁸ Highlights from the 6th International Meeting on Emerging Diseases and Surveillance (IMED 2016) Vienna, Austria from Nov 3 to 7, 2016.

¹²⁹ Bueno R, Jiménez R. Implicaciones sanitarias del establecimiento y expansión en España del mosquito Aedes albopictus. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86: 319-330.

¹³⁰ Devaux C. Emerging and re-emerging viruses: A global challenge illustrated by Chikungunya virus outbreaks. World Journal of Virology. 2012;1(1):11.

¹³¹ Kilpatrick A, Randolph S. Drivers, dynamics, and control of emerging vector-borne zoonotic diseases. The Lancet. 2012; 380(9857):1946-1955.

¹³² Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citat 10 de març del 2017]. Disponible a: http://www.who.int/topics/international_health_regulations/es/

¹³³ ECDC Corporate. ECDC international relations policy 2014–2020. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014. Disponible a: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/international-relations-policy-2014-2020.pdf>

¹¹ Comitè Científic Assessor de la Malaltia per Virus Ebola (CCAMVE). Resposta davant de l'epidèmia de malaltia pel virus Ebola a l'Àfrica Occidental (2014-2015): lliçons apreses en el nostre entorn. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/ebola/documents/informe_Ebola_ccamve_febrer.pdf

¹² Jané M, Vidal MJ, Maresma M, Martínez A, Carmona G, Rodés A, Torner N, Álvarez J, Sala MR, Barrabeig I. por el Grupo de Trabajo de la Red de Vigilancia Epidemiológica en Cataluña. Resultados y retos en salud pública ante la alerta por Ébola: una perspectiva desde Cataluña. Gaceta Sanitaria, 2017;31(2):161-166

¹³ OMS. Seis meses después de la declaración del brote de ebola: lo que sucede cuando un virus mortal afecta a los indigentes [Internet]. Who.int. 2017 [citad 10 de març del 2017]. Disponible a: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/es/>

¹⁴ Agència de Salut Pública de Catalunya. Comunicat sobre l'estat de la investigació epidemiològica del cas de diftèria detectat a Catalunya. Nota Informativa: 08.06.2015. Disponible a: <http://web.gencat.cat/ca/actualitat/detall/Cas-de-difteria-00002>

¹⁵ Jané M, Martínez A, Torner N, Marema M. Protocol d'actuació davant casos de febre vírica de Zika en l'àmbit obstètric i pediàtric a Catalunya. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2016. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/zika/ProtocolObstetric_prov.def.pdf

¹⁶ Agència de Salut Pública de Catalunya. Informació sobre casos d'infecció per nou Coronavirus (MERS-CoV). Nota informativa: 16.2.2017. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/coronavirus/documents/informe_quinzenal_coronavirus.pdf

¹⁷ Saumell C. Malalties infeccioses importades per immigrants. Experiència, anàlisi i conclusions d'una situació a Catalunya. Universitat de Barcelona. Departament de Medicina; 2003.

¹⁸ Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Taxa d'incidència de tuberculosi [Internet]. Barcelona; 2017 [citad 10 de març del 2017]. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/detalls/article/12_IND_Taxa_incidencia_tuberculosis

¹⁹ A. Rodés, M. Jané (Coord.) Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Informe anual 2015. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut; 2017. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responsiu/salutAZ/T/tuberculosis/documents_prof/arxiu/informe_anual_tuberculosis_2015.pdf

²⁰ Comitè Consultiu Bioètica Catalunya. Consideracions ètiques i socials sobre el calendari de vacunacions del Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responsiu/salutAZ/V/vacunacions/documents/maqvacunes.pdf

²¹ ¿Qué es la resistencia a los antimicrobianos? [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citad 10 de març del 2017]. Disponible a: <http://www.who.int/features/qa/75/es/>

²² I. Roca, M. Akova, F. Baquero, J. Carlet, M. Cavaleri, S. Coenen, J. Cohen, D. Findlay, I. Gyssens, O.E. Heuer, G. Kahlmeter, H. Kruse, R. Laxminarayan, E. Liébana, L. López-Cerero, A. MacGowan, M. Martins, J. Rodríguez-Baño, J.-M. Rolain, C. Segovia, B. Sigauque, et al. Corrigendum to "The global threat of antimicrobial resistance: science for intervention". New Microbes New Infect 6 (2015): 22–29.

²³ Importancia de la resistencia a los antimicrobianos para la salud pública [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citad 10 de març del 2017]. Disponible a: http://www.who.int/drugresistance/AMR_Importance/es/

²⁴ Uff EWells C. The global response to the threat of antimicrobial resistance and the important role of vaccines. Pharmaceuticals Policy and Law. 2016;18(1-4):179-197.

²⁵ Aminov R. A Brief History of the Antibiotic Era: Lessons Learned and Challenges for the Future. Frontiers in Microbiology. 2010;1.

²⁶ Larsson J. Antibiotics in the environment. Ups J Med Sci. 2014 May; 119(2): 108–112.

²⁷ Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Decret de creació de la Xarxa de vigilància epidemiològica i es regulen els sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics.. Diari oficial de la Generalitat de Catalunya; 2015: 6958. Disponible a: <http://portaldogc.gencat.cat/utisEADOP/PDF/6958/1444533.pdf>

²⁸ P.Ciruela, M. Jané (Coord.). Vigilància de les resistències antimicrobianes a Catalunya. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2015. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/vigilancia_epidemiologica

²⁹ What is One Health? - One Health Global Network [Internet]. One Health Global Network. 2017 [citat 10 de març del 2017]. Disponible a: <http://www.onehealthglobal.net/what-is-one-health/>

³⁰ World Health Organization. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. World Health Organization; 2015.

³¹ Comisión Europea. Plan de acción contra la amenaza creciente de las resistencias bacterianas. Brussel·les; 2011.

³² Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral. Departament d'Empresa i Ocupació. Lipoatròfia semicircular relacionada amb el treball. Generalitat de Catalunya. Departament d'Empresa i Ocupació; 2013.

³³ Gschwandtner WR, Münzberger H. Lipoatrophia semicircularis. Linear and circular atrophy of the subcutaneous fat in the extremities. Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete 25.5. 1974: 222-227.

³⁴ Pañella H, Juanola E, Lluís de Peray J, Artazcoz L. Lipoatrofia semicircular: un nuevo trastorno de salud relacionado con el trabajo. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(1): 73-75.

³⁵ S.KBC Bank & Insurance Group. Lipoatrophia Semicircularis: a new office disease? 900 cases reported in Belgium. Brussel·les.

¹³⁴ **Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis** David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs

¹³⁵ **Model d'aprenentatge social.** Bandura & Walters, 1963; Bandura,1977; 1982; Botvin et al., 1990; Catalano & Hawkins, 1996; Catalano et al, 1996; Oetting, Donnermeyer, Deffenbacher 1998; Oetting & Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998; Oetting et al., 1999; Becoña 1999; 2002.

Teoria de l'acció raonada o planificada. Ajzen & Fishbein. 1977; Fishbein, 1980; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, Middlestadt, Hitchcock, 1991; Fishbein et al., 1992; Fishbein, 1995; Albarracín et al., 2001; Fishbein & Ajzen, 2005

Model de creences en salut. (Hochbaum, 1956; 1958; Rosenstock, 1960; 1966; Rosenstock, 1988; (Becker, 1974; Maiman et al., 1977; Janz & Becker, 1984; Soto et al., 1997; Strecher & Rosenstock, 1997; Soto Mas et al., 1997

¹³⁶ **Transitions in drug use: Risk and protective factors.** Clayton, Richard R. Glantz, Meyer D. (Ed); Pickens, Roy W. (Ed). (1992). Vulnerability to drug abuse , (pp. 15-51). Washington, DC, US: American Psychological Association, xvi, 533 pp

¹³⁷ Jessor, R. (2014). **Problem Behavior Theory: A half century of research on adolescent behavior and development.** In Lerner, R. M., Petersen, A. C., Silbereisen, R.K., & Brooks-Gunn, J.(Eds.)."The developmental science of adolescence: History through autobiography." New York: Psychology Press. Pp. 239-256.

¹³⁸ **Global status report on alcohol and health 2014.** Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 29 March 2016).

World drug report 2015. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2015 (<http://www.unodc.org/wdr2015/>, accessed 29 March 2016).

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1, accessed 29 March 2016).

ATLAS on substance use 2016: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization. Forthcoming.

Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, accessed 29 March 2016).

WHO Global Information System on Alcohol and Health [online database]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?showonly=GISAH>).

The WHO's Global Burden of Disease Study Rehm et al 2003 a y b, Rehm et al 2004 y Rehm 2005).

¹³⁹ **European Drug Report 2016:** Trends and Developments. EMCDDA, Lisbon, May 2016

¹⁴⁰ Prendre 5-6 o més consumicions alcohòliques en aproximadament dues hores.

Altres Referències bibliogràfiques utilitzades

- Pla d'Acció Europeu per a reduir el consum perjudicial d'alcohol (2012-2020) (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>)
- Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Organización Mundial de la Salud, 2010
- World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, WHO, 2016.
- Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) Diario Oficial de la Unión Europea 30.11.2013
- EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union.
- Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. Lancet 2010; 376: 1558–65
- Published Online November 1, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020 y del Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2016: persistencia de la necesidad de un Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga para el periodo 2017-2020. Diario Oficial de la Unión Europea, ES 29.12.2012 .
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Focus on Prevention. HHS Publication No. (SMA) 10–4120. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Revised 2017.
- European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. EMCDDA Manuals. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011
- International Standards On Drug Use Prevention (UNODC, Vienna, 2015)
- Education sector responses to the use of alcohol, Tobacco and drugs, Good policy and practice in health education. Booklet 10. UNESCO, 2017.
- Health for the World's Adolescents A second chance in the second decade, World Health Organization 2014
- Good Practice and Quality Standards. M. Ferri and P.Griffiths. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal, 2015
- Social determinants of drug use. Catherine Spooner and Kate Hetherington. Technical Report Number 228. ISBN: 0 7334 2244 6 ©NATIONAL
- Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya Informe dels principals resultats 2015.
- Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? ADICCIONES, 2011 · VOL. 23 NÚM. 2 · PÁGS. 87-100.

- Problem Behaviour Theory. A Half-Century of Research on Adolescent Behaviour and Development RICHARD JESSOR, First published 1914 by Psychology Press 711 Third Avenue. New York. NY 10017
- Llibre blanc de la prevenció a Catalunya :consum de drogues i problemes associats, Departament de Salut, Barcelona, Generalitat de Catalunya. maig 2008.

¹⁴¹Secretaria de Salut Pública . 10 anys d'aplicació de la Llei 28/2005. Impacte a Catalunya <http://blogs.uab.cat/xarxauscat/files/2016/01/la-llei-antitabac-10-anys.pdf>

¹⁴² Departament de Salut. *Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Informe dels principals resultats 2015.* Disponible a http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf

¹⁴³ OECD. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2015. Disponible a http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

¹⁴⁴ Secretaria de Salut Pública. 10 anys d'aplicació de la Llei 28/2005. Impacte a Catalunya. Disponible a http://premsa.gencat.cat/pres_fsyp/docs/2016/05/27/13/48/32096f1e-9bf2-4958-a4ff-48b797f4e401.pdf

¹⁴⁵ World Health Organization. *MPOWER in Action. Defeating the global tobacco epidemic.* Disponible a http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1

¹⁴⁶ Esson K.M., Leeder S.R. *The Millennium development goals and tobacco control: an opportunity for global partnership.* World Health Organization. Geneva, 2004. Disponible a http://www.who.int/tobacco/publications/mdg_final_for_web.pdf

¹⁴⁷ Consell Assessor pel desenvolupament sostenible. L'AGENDA 2030: TRANSFORMAR CATALUNYA, MILLORAR EL MÓN. Informe nº 3/2016. http://cads.gencat.cat/web/.content/Documents/Informes/2016/Agenda_2030_CAT/20160923_InformeAgenda2030_lliurat_vf.pdf

¹⁴⁸ Katharine M. Esson, Stephen R. Leeder. *The Millennium development goals and tobacco control: an opportunity for global partnership.* World Health Organization; Ginebra, 2004

¹⁴⁹ World Health Organization Regional Office for Europe. *Making tobacco a thing of the past. Roadmap of actions to strengthen implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the European Region 2015 – 2025.* World Health Organization, Copenhaguen, 2015