

Dades CIP:

Simposi Mediterrani de Promoció de la Salut. (3r : 2017 : Girona, Catalunya), autor
Xangai 2016 als països mediterranis : nous reptes per a la promoció de la salut = Shangái 2016 en los países mediterráneos : nuevos retos para la promoción de la salud = Shanghai 2016 in the Mediterranean countries : new challenges in health promotion / editor: Dolors Juvinyà, Pau Batlle, Anna Bonmatí i Marta Vilanova. – Girona : Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona : Documenta Universitaria, 2018. – 1 recurs en línia (373 pàgines) : il·lustracions
ISBN 978-84-9984-442-8

I. Juvinyà Canal, Dolors, editor literari II. Batlle Amat, Pau, editor literari
III. Bonmatí Tomàs, Anna, editor literari IV. Vilanova Vilà, Marta, editor literari
V. Universitat de Girona. Càtedra de Promoció de la Salut, editor
1. Desenvolupament sostenible -- Mediterrània, Regió – Congressos
2. Benestar -- Mediterrània, Regió – Congressos 3. Alfabetització per a la Salut -- Mediterrània, Regió – Congressos 4. Promoció de la salut -- Mediterrània, Regió -- Congressos

CIP 614.4(262)(063) COM

Qualsevol forma de reproducció, distribució, comunicació pública o transformació d'aquesta obra només pot ser realitzada amb l'autorització dels seus titulars, llevat excepció prevista per la llei. Dirigiu-vos a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necessiteu fotocopiar o escanejar algun fragment d'aquesta obra (www.conlicencia.com; +34 91 702 19 70 / +34 93 272 04 47).

Correcció dels originals: Manel Peris Grau

© del text: els autors

© de les imatges: als seus autors

Editors: Dolors Juvinyà, Pau Batlle, Anna Bonmatí i Marta Vilanova

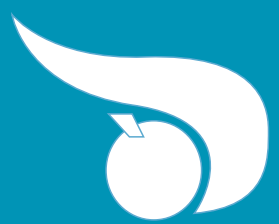
Edició: Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona i Documenta Universitaria

Revisió: Sílvia Espinal Utgés

Direcció: Dolors Juvinyà Canal

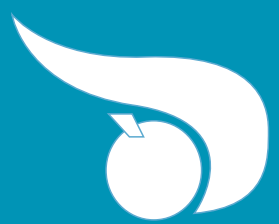
ISBN: 978-84-9984-442-8

Girona, 2018

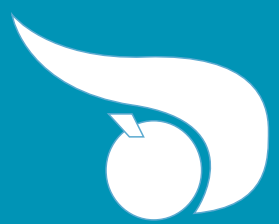


ÍNDEX

Shanghái 2016 en los países mediterráneos: Nuevos retos para la promoción de la salud	21
Dr. Erio Ziglio	
From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals	51
Dr Faten Ben Abdelaziz	
Los objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Una mirada desde Latinoamérica	69
Dra. Blanca Patricia Mantilla Uribe	
La Agenda 2030 en el contexto de los países mediterráneos	90
Dra. Rita Maria Ferrelli	
La perspectiva del bienestar (infantil)	101
Dra. Mònica González-Carrasco	
Política, bienestar y salud	119
Dr. Carles Muntaner	
Políticas públicas, salud y bienestar	134
Dra. Carmen Cabezas	
Ciudades y determinantes de la salud	169
Dra. Rita Maria Ferrelli	
La nueva agenda urbana	184
Sra. Rosa Suriñach	
Entorno urbano y Salud. La experiencia de la Diputación de Barcelona en la promoción de entornos urbanos saludables	197
Sra. Sònia Chavero Bellido	
Determinantes de la Salud, Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo Sostenibles	217
Sr. Pau Batlle Amat	



Clarifying the vision of health literacy within health promotion	231
Dr. Luís Saboga Nunes	
Alfabetización para la salud y la educación para la salud	266
Dr. Javier Gállego Diéguez	
Sectores de intervención de la alfabetización para la salud	297
Dra. Maria Rosa Suñer Soler	
Alfabetización para la salud y empoderamiento	310
Sra. Paloma Amil Bujan	
La Salud en todas las políticas. Una posible respuesta a los nuevos retos	321
Dr. Joan Guix y Oliver	
PUBLICACIONES.....	334



Introducció

El **III Simposi Mediterrani de Promoció de la Salut** es consolida com un esdeveniment d'intercanvi i aprenentatge de la promoció de la Salut en els països mediterranis a través de la presentació i difusió de coneixements, experiències i bones pràctiques.

Les edicions celebrades el 2012 i 2015, amb una alta participació de professionals, han permès iniciar projectes basats en el treball en xarxa i compartir el treball que es realitza en promoció de la salut als països mediterranis.

L'**objectiu** del III Simposi Mediterrani de Promoció de la Salut fou reflexionar i debatre entorn als nous reptes plantejats a la **Declaració de Xangai de Promoció de la Salut a l'Agenda 2030 per un Desenvolupament Sostenible** aprovada al 2016, al context dels països mediterranis.

Introducción

El **III Simposio Mediterráneo de Promoción de la Salud** se consolida como un evento de intercambio y aprendizaje de la promoción de la Salud en los países mediterráneos a través de la presentación y difusión de conocimientos, experiencias y buenas prácticas.

Las ediciones celebradas en 2012 y 2015, con una alta participación de profesionales, han permitido iniciar proyectos basados en el trabajo en red y compartir el trabajo que se realiza en promoción de la salud en los países mediterráneos.

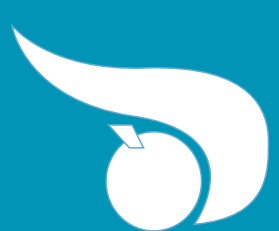
El **objetivo** del III Simposio Mediterráneo de Promoción de la Salud fue reflexionar y debatir sobre los nuevos retos planteados en la **Declaración de Shanghái de Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para un Desarrollo Sostenible** aprobada en 2016, en el contexto de los países mediterráneos.

Introduction

The **Mediterranean Symposium on Health Promotion** has become firmly established as a platform for the exchange of know-how on health in Mediterranean countries through the presentation and dissemination of knowledge, experiences and good practices.

The symposia held in 2012 and 2015, both of which were well attended by professionals, have enabled us to start up network-based projects and to share the health promotion work carried out in Mediterranean countries.

The **goal** of the 3rd Mediterranean Symposium on Health Promotion was to reflect on and debate the new challenges posed by the **Shanghai Declaration on Health Promotion in the 2030 Agenda for Sustainable Development**, approved in 2016, in the context of Mediterranean countries.



El Simposi es va estructurar en **5 taules rodones** de debat vers els aspectes claus dels compromisos adoptats a la Declaració de Xangai:

- ≈ **TAULA RODONA 1.** Els **Objectius de Desenvolupament Sostenible** i la singularització als països mediterranis. La Declaració de Xangai diu que només es pot garantir una vida sana i una millora del benestar de tots i totes i en totes les edats promovent la salut mitjançant l'adopció de mesures encaminades al compliment de tots els Objectius de Desenvolupament Sostenible.
- ≈ **TAULA RODONA 2.** El **benestar** com a nou motor de la promoció de la salut. La Declaració de Xangai reconeix que la salut i el benestar són fonamentals per al compliment de l'Agenda 2030 per un Desenvolupament Sostenible, i que requereix d'una bona governança i l'adopció de decisions polítiques audaces a favor de la salut i el benestar de les persones.
- ≈ **TAULA RODONA 3.** Les **ciutats saludables** com entorns de construcció de la salut. La Declaració de Xangai

El Simposio se estructuró en **5 mesas redondas** de debate sobre los temas clave de los compromisos adoptados en la Declaración de Shanghái:

- ≈ **MESA RODONA 1.** Los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** y la singularización en los países mediterráneos. La Declaración de Shanghái dice que sólo se puede garantizar una vida sana y una mejora del bienestar de todos y todas y en todas las edades promoviendo la salud mediante la adopción de medidas encaminadas al cumplimiento de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- ≈ **MESA RODONA 2.** El **bienestar** como nuevo motor de la promoción de la salud. La Declaración de Shanghái reconoce que la salud y el bienestar son fundamentales para el cumplimiento de la Agenda 2030 para un Desarrollo Sostenible, y que se requiere de una buena gobernanza y la adopción de decisiones políticas audaces a favor de la salud y el bienestar de las personas.
- ≈ **MESA RODONA 3.** Las **ciudades saludables** como entornos de construcción de la salud. La Declaración

The symposium was structured in the form of **5 round tables** which debate the key aspects of the commitments undertaken in the Shanghai Declaration:

- ≈ **ROUND TABLE 1. Sustainable Development Goals** and the specific characteristics of Mediterranean countries. The Shanghai Declaration states that healthy lives and increased wellbeing for people at all ages can be only achieved by promoting health through the adoption of measures aimed at fulfilling all the Sustainable Development Goals.
- ≈ **ROUND TABLE 2. Wellbeing**, the new engine of health promotion. The Shanghai Declaration recognises that health and wellbeing are essential to fulfilling the 2030 Agenda for Sustainable Development and that good governance and bold political decision-making are required in order to promote people's health and wellbeing.
- ≈ **ROUND TABLE 3. Healthy cities** as health-building environments. The Shanghai Declaration recognises that cities and communities are critical settings for health and that building



reconeix les ciutats i les comunitats com a entorns essencials per a la salut, i construint aquesta salut s'aconsegueix que les ciutats siguin llocs inclusius, segurs i resilents per al conjunt de la població.

≈ **TAULA RODONA 4. L'alfabetització per a la salut** i la redefinició del concepte més enllà de la informació. La Declaració de Xangai reconeix que l'alfabetització per a la salut apodera les persones i possibilita la seva participació en iniciatives col·lectives de promoció de la salut.

≈ **TAULA RODONA 5. Els reptes per a la promoció de la salut** en els països mediterranis. A l'última taula rodona es van identificar els reptes per a la promoció de la salut de la regió mediterrània que van sorgir durant les taules rodones.

El Simposi va incorporar dues **sessions de comunicacions** amb la presentació dels resultats de treballs relacionats amb els aspectes clau de la Declaració de Xangai.

de Shanghái reconoce las ciudades y las comunidades como entornos esenciales para la salud, y que construyendo esta salud se consigue que las ciudades sean lugares inclusivos, seguros y resilientes para el conjunto de la población.

≈ **MESA RODONA 4. La alfabetización para la salud** y la redefinición del concepto más allá de la información. La Declaración de Shanghái reconoce que la alfabetización para la salud apodera a las personas y possibilita su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud.

≈ **MESA RODONA 5. Los retos para la promoción de la salud** en los países mediterráneos. En la última mesa redonda se identificaron los retos para la promoción de la salud de la región mediterránea que surgieron durante las mesas redondas.

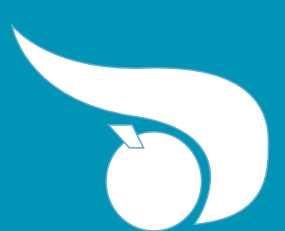
El Simposio incorporó dos **sesiones de comunicaciones** con la presentación de los resultados de trabajos relacionados con los aspectos clave de la Declaración de Shanghái.

this health contributes to making cities inclusive, safe and resilient for the whole population.

≈ **ROUND TABLE 4. Health literacy** and the redefinition of the concept above and beyond information. The Shanghai Declaration recognises that health literacy empowers individual citizens and enables their engagement in collective health promotion action.

≈ **ROUND TABLE 5. Health promotion challenges** in Mediterranean countries. The final round table identified the challenges for health promotion in the Mediterranean region that have been raised in the previous round tables.

Two **paper sessions** were incorporated in the Symposium, with the presentation of the results of the research work related to the key aspects of the Shanghai Declaration.



Conferència inaugural

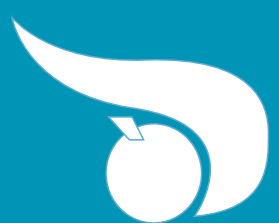
El **Dr. Erio Ziglio**, professor honorari de la *University of Applied Science Tirol* d'Àustria, professor visitant del *Management Centre Innsbruck* d'Àustria i Cap de l'Oficina Europea d'Inversió en Salut i Desenvolupament de la Organització Mundial de la Salut, fins al 2014 pronuncia la conferència d'inauguració del Simposi amb el títol «**Declaració de Xangai de promoció de la salut en els països de la Mediterrània**». En la seva intervenció, el Dr. Ziglio posa en context la promoció de la salut fent un repàs de les principals conferències mundials; exposa els desafiaments globals com el canvi climàtic, un planeta cada vegada més urbà, l'envelliment de la població i les desigualtats en salut; i reflexiona sobre set estratègies per combatre aquests desafiaments.

Conferencia inaugural

El **Dr. Erio Ziglio**, professor honorario de la *University of Applied Science Tirol* de Austria, profesor visitante del Management Centre Innsbruck de Austria y jefe de la Oficina Europea de Inversión en Salud y Desarrollo de la Organización Mundial de la Salud hasta el 2014, pronuncia la conferència d'inauguració del Simposio con el título «**Declaración de Shanghái de promoción de la salud en los países del Mediterráneo**». En su intervención, el Dr. Ziglio pone en contexto la promoción de la salud haciendo un repaso de las principales conferencias mundiales; expone los desafíos globales como el cambio climático, un planeta cada vez más urbano, el envejecimiento de la población y las desigualdades en salud; y reflexiona sobre siete estrategias para combatir estos desafíos.

Opening lecture

Dr Erio Ziglio, Honorary Professor at the University of Applied Sciences Tyrol, Austria, Guest Lecturer at the Management Centre Innsbruck, Austria, and Head of the European Office for Investment for Health and Development of the World Health Organization until 2014, is delivering the Symposium's opening lecture, entitled «**The Shanghai Declaration on Health Promotion in the Mediterranean countries**». In his lecture, Dr Ziglio places health promotion in context by reviewing the main world conferences on health promotion. He lays bare the challenges facing the world, such as climate change, an increasingly urban planet, an ageing population and health inequalities. Last of all, he reflects on strategies to tackle these challenges.



Taula rodona 1. Els Objectius de Desenvolupament Sostenible. Singularització a la Mediterrània

La **Dra. Faten Ben Abdelaziz**, coordinadora de Promoció de la Salut a la Seu de la OMS de Ginebra, fa un repàs de les principals conferències globals sobre promoció de la salut, des d'Ottawa (1986) fins a la Declaració de Xangai (2016), i exposa les noves oportunitats quant a promoció de la salut en el nou context actual, l'Agenda 2030 de les Nacions Unides, tot remarcant que la salut és un element transversal en els 17 objectius de desenvolupament sostenible. Finalitza la seva intervenció parlant de com hem arribat fins al context actual, i com ha estat la transició des dels **Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni als Objectius de Desenvolupament Sostenible**.

La **Dra. Blanca Patricia Mantilla Uribe**, directora de l'Institut Proinapsa de la Universitat Industrial de Santander de Colòmbia, parla dels **Objectius de**

Mesa rodonda 1. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Singularización en el Mediterráneo

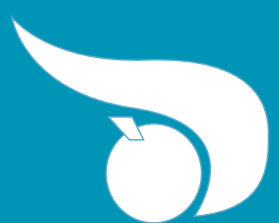
La **Dra. Faten Ben Abdelaziz**, coordinadora de Promoción de la Salud en la Sede de la OMS de Ginebra, hace un repaso de las principales conferencias globales sobre promoción de la salud, desde Ottawa (1986) hasta la Declaración de Shanghái (2016), y expone las nuevas oportunidades de la promoción de la salud en el nuevo contexto actual, la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, remarcando que la salud es un elemento transversal en los 17 objetivos de desarrollo sostenible. Finaliza su intervención hablando de cómo hemos llegado hasta el contexto actual, y cómo ha sido la transición desde los **Objetivos de Desarrollo del Milenio hasta los Objetivos de Desarrollo Sostenible**.

La **Dra. Blanca Patricia Mantilla Uribe**, directora del Instituto Proinapsa de la Universidad Industrial de Santander de Colombia, habla de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la**

Round table 1. The Objectives of Sustainable Development. The specific characteristics of the Mediterranean region

Dr Faten Ben Abdelaziz, Health Promotion Coordinator at the Geneva Headquarters of the WHO, offers an overview of the main world conferences on health promotion, from Ottawa (1986) to the Shanghai Declaration (2016), and sets out new health promotion opportunities in the current context (the 2030 Agenda for Sustainable Development of the United Nations), highlighting that health is integrated across the 17 sustainable development objectives. She ends her lecture by reviewing how we have reached the current context, explaining the transition from the **Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals**.

Dr Blanca Patricia Mantilla Uribe, Director of the Proinapsa Institute of the Industrial University of Santander, Colombia, talks about **Sustainable Development Goals from the perspective of the determinants of health** of the Commission on Social



Desenvolupament Sostenible des de la perspectiva dels determinants de la salut de la Comissió de Determinants socials de la Salut de la OMS.

La **Dra. Rita Maria Ferrelli** de l'Institut Nacional de Salut d'Itàlia i responsable científica del projecte europeu EUROsociAL II, presenta l'experiència d'aquest projecte per a la cohesió i el posicionament de la promoció de la salut amb enfocament d'equitat en les polítiques públiques a Llatinoamèrica. També, parla de l'**Agenda 2030 al context dels països mediterranis**.

El **Sr. Lluís Puigdemont Reverter**, President del Consell Català de Cooperació al Desenvolupament, parla dels **Objectius de Desenvolupament Sostenible i la cooperació internacional a la mediterrània**.

*Modera la taula rodona la **Dra. Èlia Díez**, cap de Programes i Intervencions Preventives de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.*

perspectiva de los determinantes de la salud de la Comisión de Determinantes sociales de la Salud de la OMS.

La **Dra. Rita María Ferrelli** del Instituto Nacional de Salud de Italia y responsable científica del proyecto europeo EUROsociAL II presenta la experiencia de este proyecto para la cohesión y el posicionamiento de la promoción de la salud con enfoque de equidad en las políticas públicas en Latinoamérica. También, habla de la **Agenda 2030 al contexto de los países mediterráneos**.

El **Sr. Lluís Puigdemont Reverter**, presidente del Consejo Catalán de Cooperación al Desarrollo, habla de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible y la cooperación internacional en la mediterránea**.

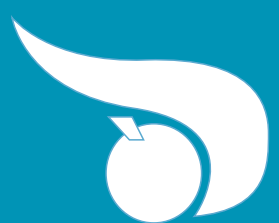
*Modera la mesa redonda la **Dra. Elia Díez**, jefa de Programas e Intervenciones Preventivas de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.*

Determinants of Health of the WHO.

Dr Rita Maria Ferrelli, of the National Institute of Health of Italy and Scientific Director of the EUROsociAL II European project, presents the experience of this project for the cohesion and positioning of health promotion with the focus on health equity in public policy in Latin America. She also talks about the **2030 Agenda in the context of Mediterranean countries**.

Mr Lluís Puigdemont Reverter, President of the Catalan Council for Development Cooperation, discusses the **Sustainable Development Goals and international cooperation in the Mediterranean region**.

*The round table is moderated by **Dr Èlia Díez**, Head of Programmes and Preventive Interventions Service of the Public Health Agency of Barcelona.*



Taula rodona 2. Benestar. El nou motor de la promoció de la salut

La **Dra. Mònica González Carrasco**, professora de la Universitat de Girona, parla de la promoció de la salut des de **la perspectiva del benestar**, i més concretament del benestar infantil.

El **Dr. Carles Muntaner**, professor de la Universitat de Toronto de Canadà, parla de **democràcia, benestar i promoció de la salut**.

El **Dr. Àngel Puyol González**, professor de la Universitat Autònoma de Barcelona, parla de **les diverses concepcions del benestar a les ciències socials**.

La **Dra. Carmen Cabezas**, subdirectora General de Promoció de la Salut de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, parla de **polítiques públiques, salut i benestar**.

*Modera la taula rodona la **Dra. Marta Vilanova**, professora de la Universitat de Girona.*

Mesa rodonda 2. Bienestar. El nuevo motor de la promoción de la salud

La **Dra. Mónica González Carrasco**, profesora de la Universidad de Girona, habla de la promoción de la salud desde **la perspectiva del bienestar**, y más concretamente del bienestar infantil.

El **Dr. Carles Muntaner**, profesor de la Universidad de Toronto de Canadá, habla de **democracia, bienestar y promoción de la salud**.

El **Dr. Àngel Puyol González**, profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona, habla de **las diversas concepciones del bienestar en las ciencias sociales**.

La **Dra. Carmen Cabezas**, subdirectora general de Promoción de la Salud de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, habla de **políticas públicas, salud y bienestar**.

*Modera la mesa redonda la **Dra. Marta Vilanova**, profesora de la Universidad de Girona.*

Round table 2. Wellbeing. The new engine of health promotion

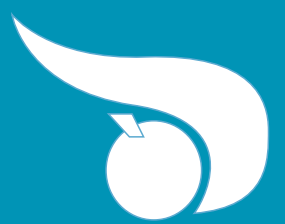
Dr Mònica González Carrasco, Associate Professor at the University of Girona, discusses health promotion from the **perspective of wellbeing**; more specifically, wellbeing in children.

Dr Carles Muntaner, Professor at the University of Toronto, Canada, discusses **democracy, wellbeing and health promotion**.

Dr Àngel Puyol González, Professor at the Autonomous University of Barcelona, discusses **the many conceptions of wellbeing in the social sciences**.

Dr Carmen Cabezas, Sub-Director General for Health Promotion of the Public Health Agency of Catalonia, discusses **public policy, health and wellbeing**.

*The round table is moderated by **Dr Marta Vilanova**, Professor at the University of Girona.*



Taula rodona 3. Ciutats saludables. Entorns de construcció de la salut

La **Dra. Rita Maria Ferrelli**, del Institut Nacional de Salut d'Itàlia, parla de **ciutats i els determinants de la salut**, i de la importància de fer front als determinants socials de la salut a escala local.

La **Sra. Rosa Suriñach**, del Secretariat d'Habitat III de les Nacions Unides, presenta la **Nova Agenda Urbana** i identifica els reptes per a la promoció de la salut d'aquesta nova agenda.

La **Sra. Sònia Chavero Bellido**, de la Unitat de Promoció de la Salut de la Diputació de Barcelona, presenta el programa «**Entorn urbà i salut**», una **experiència d'aprenentatge des de la pràctica**.

El **Sr. Pau Batlle Amat**, Cap de l'Àrea de Polítiques i Promoció de la Salut del l'Organisme de Salut Pública de la Diputació de Girona, parla de les **ciutats**

Mesa rodonda 3. Ciudades saludables. Entornos de construcción de la salud

La **Dra. Rita María Ferrelli**, del Instituto Nacional de Salud de Italia, habla de **ciudades y los determinantes de la salud**, y de la importancia de hacer frente a los determinantes sociales de la salud a escala local.

La **Sra. Rosa Suriñach**, del Secretariado de Habitat III de las Naciones Unidas, presenta la **Nueva Agenda Urbana** e identifica los retos para la promoción de la salud de esta nueva agenda.

La **Sra. Sonia Chavero Bellido**, de la Unidad de Promoción de la Salud de la Diputación de Barcelona, presenta el programa «**Entorno urbano y salud**», una **experiencia de aprendizaje desde la práctica**.

El **Sr. Pau Batlle Amat**, jefe del Área de Políticas y Promoción de la Salud del Organismo de Salud Pública de

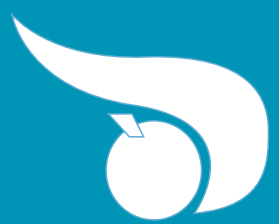
Round table 3. Healthy cities. Health-building environments

Dr Rita Maria Ferrelli, of the National Institute of Health of Italy, discusses **cities and the determinants of health**, along with the importance of tackling the social determinants of health on a local scale.

Ms Rosa Suriñach, of the Habitat III Secretariat of the United Nations, presents the **New Urban Agenda** and identifies the challenges for health promotion in this new agenda.

Ms Sònia Chavero Bellido, of the Health Promotion Unit of Barcelona Provincial Council, presents the programme entitled «**Entorno urbano y salud**», a **practice-based learning experience**.

Mr Pau Batlle Amat, Head of the Health Promotion and Policy Area of the Public Health Body of Girona Provincial Council, discusses **healthy cities from the perspective of social determinants**



saludables des de l'enfocament dels determinants socials i els Objectius de Desenvolupament Sostenible.

*Modera la taula rodona el **Dr. Enric Llorca Ibáñez**, alcalde de Sant Andreu de la Barca, municipi adherit a la Xarxa Espanyola de Ciutats Saludables.*

la Diputación de Girona, habla de las ciudadessaludables desde el enfoque de los determinantes sociales y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

*Modera la mesa redonda el **Dr. Enric Llorca Ibáñez**, alcalde de Sant Andreu de la Barca, municipio adherido a la Red Española de Ciudades Saludables.*

of health and the Sustainable Development Goals.

*The round table is moderated by **Dr Enric Llorca Ibáñez**. Mayor of Sant Andreu de la Barca, member city of the Spanish Network of Healthy Cities.*



Taula rodona 4. Alfabetització per a la salut. Redefinint el concepte més enllà de la informació

El **Dr. Luís Saboga Nunes**, president de la Secció de Promoció de la Salut de la Associació Europea de Salut Pública (EUPHA) i professor de la Universitat NOVA de Lisboa, Escola de Salut Pública (ENSP), Portugal, emmarca el tema de la taula rodona **clarificant la visió de l'alfabetització per a la salut dins de la promoció de la salut**.

El **Dr. Javier Gállego Diéguez**, cap de la Secció d'Educació per a la Salut de la Direcció General de Salut Pública del Govern d'Aragó, defineix els conceptes d'**alfabetització per a la salut i educació per a la salut** i els nous reptes en els països mediterranis.

La **Dra. Maria Rosa Suñer Soler**, professora de la Universitat de Girona, descriu els **sectors d'intervenció de l'alfabetització per a la salut**.

Mesa rodonda 4. Alfabetización para la salud. Redefiniendo el concepto más allá de la información

El **Dr. Luís Saboga Nunes**, presidente de la Sección de Promoción de la Salud de la Asociación Europea de Salud Pública (EUPHA) y profesor de la Universidad NUEVA de Lisboa, Escuela de Salud Pública (ENSP) de Portugal, enmarca el tema de la mesa redonda **clarificando la visión de la alfabetización para la salud dentro de la promoción de la salud**.

El **Dr. Javier Gállego Diéguez**, jefe de la Sección de Educación para la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón, define los conceptos de **alfabetización para la salud y educación para la salud** y los nuevos retos en los países mediterráneos.

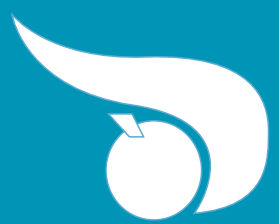
La **Dra. Maria Rosa Suñer Soler**, profesora de la Universidad de Girona, describe los **sectores de intervención de la alfabetización para la salud**.

Round table 4. Literacy for health. Redefining the concept beyond information

Dr Luís Saboga Nunes, President of the Health Promotion Section of the European Public Health Association (EUPHA) and Professor at the NOVA University of Lisbon, Public Health School (ENSP), Portugal, sets out the theme of the round table, **clarifying the view on health literacy within health promotion**.

Dr Javier Gállego Diéguez, Head of Health Education Section of the Directorate General for Public Health of the Regional Government of Aragon, defines the concepts of **health literacy and education for health** and the new challenges facing Mediterranean countries.

Dr Maria Rosa Suñer Soler, Professor at the University of Girona, describes the **intervention sectors of health literacy**.



La **Sra. Paloma Amil Bujan**, referent territorial del Programa del Pacient Expert de Catalunya del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, presenta l'experiència del programa i parla sobre l'alfabetització per a la salut i l'apoderament.

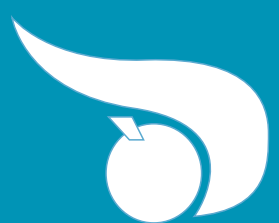
*Modera la taula rodona la **Dra. Faten Ben Abdelaziz**, coordinadora de Promoció de la Salut a la Seu de la OMS de Ginebra.*

La **Sra. Paloma Amil Bujan**, referente territorial del Programa del Paciente Experto de Cataluña del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, presenta la experiencia del programa y habla sobre la alfabetización para la salud y el empoderamiento.

*Modera la mesa redonda la **Dra. Faten Ben Abdelaziz**, coordinadora de Promoción de la Salud en la Sede la OMS de Ginebra.*

Ms Paloma Amil Bujan, Territorial Head of the Expert Patient Programme of Catalonia, of the Ministry of Health of the Government of Catalonia, presents the experience of the programme and discusses health literacy and empowerment.

*The round table is moderated by **Dr Faten Ben Abdelaziz**, Health Promotion Coordinator at the Geneva Headquarters of the WHO.*



Taula rodona 5. Reptes de la promoció de la salut als països mediterranis

Participen a la taula rodona la **Dra. Rita Maria Ferrelli**, el **Dr. Carles Muntaner**, el **Dr. Enric Llorca Ibáñez** i la **Dra. Faten Ben Abdelaziz**, com a representants de les taules rodones amb l'objectiu de fer un recull dels reptes per a la promoció de la salut en els països mediterranis que s'han identificat durant el simposi:

- ≈ Entendre la **salut com un dret humà**, més enllà d'un recurs per al desenvolupament, deixant enrere l'enfocament neoliberal de la salut, on els estils de vida saludables responsabilitzen a la persona sobre la seva salut, per centrar-se en els determinants socials de la salut que permeten actuar sobre les persones, les comunitats i les polítiques públiques locals. Amb aquest nou enfocament s'integra la salut en totes i cadascuna de les polítiques, s'apoderen les comunitats i s'aconsegueix un desenvolupament

Mesa rodonda 5. Retos de la promoció de la salut en los països mediterráneos

Participan en la mesa redonda la **Dra. Rita María Ferrelli**, el **Dr. Carles Muntaner**, el **Dr. Enric Llorca Ibáñez** y la **Dra. Faten Ben Abdelaziz**, como representantes de las mesas redondas, con el objetivo de hacer una recopilación de los retos para la promoción de la salud en los países mediterráneos que se han identificado durante el simposio:

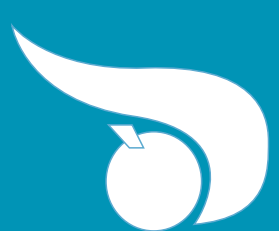
- ≈ Entender la **salud como un derecho humano**, más allá de un recurso para el desarrollo, dejando atrás el enfoque neoliberal de la salud, donde los estilos de vida saludables responsabilizan a la persona sobre su salud, para pasar a centrarse en los determinantes sociales de la salud que permiten actuar sobre las personas, las comunidades y las políticas públicas locales. Con este nuevo enfoque se integra la salud en todas las políticas, se apodera a las comunidades y se consigue un desarrollo más sostenible, en la línea marcada por

Round table 5. Health promotion challenges in Mediterranean countries.

*The round table is moderated by **Ms Silvia Oliveras Casadellà**, Managing Director of the Public Health Body of Girona Provincial Council.*

The round table delegates are **Dr Rita Maria Ferrelli**, **Dr Carles Muntaner**, **Dr Enric Llorca Ibáñez** and **Dr Faten Ben Abdelaziz**, as representatives of the previous round tables, entrusted with listing the challenges for health promotion in Mediterranean countries that have been identified during the Symposium:

- ≈ Understanding **health as a human right**, above and beyond being a resource for development, shifting from the neoliberal approach to health (according to which healthy lifestyles make people responsible for their health) to the social determinants of health approach, enabling action to be taken in respect of people, communities and local public policy. Through this new



més sostenible, alineat amb l'Agenda 2030. Els **determinants socials de la salut són la clau** per a la lectura de la promoció de la salut i l'Agenda 2030 per un desenvolupament sostenible. Per tot això, la informació, la sensibilització i l'educació per a la salut són un repte molt important.

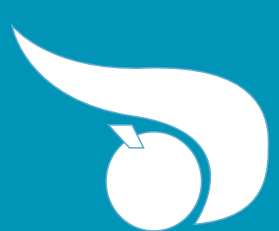
- ≈ Reconèixer que la **cooperació, la coordinació i la integració d'esforços dels països mediterranis són clau per a la promoció de la salut** ja que són països que tenen **reptes comuns** i per tant requereixen **solucions comunes**. Als països mediterranis existeixen polítiques comunes, en relació a l'Agenda 2030 per un desenvolupament sostenible, i en aquest sentit, el repte per a la promoció de la salut és compartir les experiències regionals en benefici de tots els països mediterranis.
- ≈ Impulsar una **major democratització dels processos de prevenció i promoció de la salut** a nivell no solament estatal, sinó sobretot a escala local. La **governança ha de ser democràtica** per tal d'aconseguir

la Agenda 2030. Los **determinantes sociales de la salud son la clave** para la lectura de la promoción de la salud y de la Agenda 2030 para un desarrollo sostenible. Por todo ello, la información, la sensibilización y la educación para la salud son un reto muy importante.

- ≈ Reconocer que la **cooperación, la coordinación y la integración de esfuerzos de los países mediterráneos es clave para la promoción de la salud**, ya que son países que tienen retos comunes y que, por lo tanto, requieren **soluciones comunes**. En los países mediterráneos existen políticas comunes, en relación a la Agenda 2030 para un desarrollo sostenible, y en este sentido, el reto para la promoción de la salud es compartir las experiencias regionales en beneficio de todos los países mediterráneos.
- ≈ Impulsar una **mayor democratización de los procesos de prevención y promoción de la salud** a nivel no sólo estatal, sino también sobre todo a escala local. La **gobernanza debe ser democrática**

approach, health is integrated across policies, communities are empowered and more sustainable development is achieved, in line with the 2030 Agenda. The **social determinants of health are the key** to understanding health promotion and the 2030 Agenda for sustainable development. As such, information, awareness-raising and education for health represent a very significant challenge.

- ≈ Recognising that **cooperation, coordination and the integration of efforts by Mediterranean countries are crucial for health promotion** since they are countries with **common challenges** that therefore require **common solutions**. Common policies exist in Mediterranean countries in relation to the 2030 Agenda for Sustainable Development. In this respect, the challenge for health promotion is to share regional experiences for the benefit of all Mediterranean countries.
- ≈ Fostering the **greater democratisation of health prevention and promotion**



que les persones tinguin més control sobre les coses que afecten la seva salut i el seu benestar.

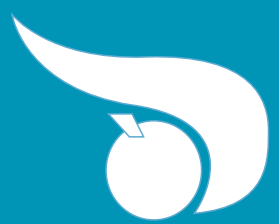
- ≈ Incorporar **actuacions transversals en el disseny de les ciutats** per afrontar els determinants socials de la salut i construir **ciutats més saludables** a favor de la salut i el benestar de la població.
- ≈ Incorporar la **salut en totes les polítiques**, amb el repte que aquestes polítiques siguin **igualitàries i multisectorials**, per reduir les desigualtats en salut i aconseguir més benestar.
- ≈ Debatre el **concepte d'alfabetització per a la salut** per tal de clarificar la seva comprensió als països mediterranis.
- ≈ Apoderar tota la població i les comunitats, i fomentar l'equitat, impulsant una **alfabetització per a la salut** totalment **inclusiva**.
- ≈ Reconèixer i posar en valor la **identitat de la regió mediterrània**, que disposa d'uns actius per a la salut i unes especificitats compartides entre els països que la formen.

para conseguir que las personas tengan más control sobre las cosas que afectan a su salud y su bienestar.

- ≈ Incorporar **actuaciones transversales en el diseño de las ciudades** para afrontar los determinantes sociales de la salud y construir **ciudades más saludables** a favor de la salud y el bienestar de la población.
- ≈ Incorporar la **salud en todas las políticas**, con el reto de que estas políticas sean **igualitarias y multisectoriales**, para reducir las desigualdades en salud y conseguir más bienestar.
- ≈ Debater el **concepto de alfabetización para la salud** con el fin de clarificar su comprensión en los países mediterráneos.
- ≈ Apoderar a toda la población y las comunidades, y fomentar la equidad, impulsando una **alfabetización para la salud** totalmente **inclusiva**.
- ≈ Reconocer y poner en valor la **identidad de la región mediterránea**, que dispone de unos activos para la salud

processes, not only on a state level but also on a local scale. **Governance must be democratic** in order to ensure that people have more control over the matters that affect their health and wellbeing.

- ≈ Incorporating **cross-cutting actions** in policy planning in cities in order to address the social determinants of health and build **healthier cities** that foster the health and wellbeing of the population.
- ≈ Incorporating **health in all policies**, with the challenge of ensuring that these policies are **egalitarian and multi-sectoral** in nature, in order to reduce health inequalities and achieve greater wellbeing.
- ≈ Debating the **concept of health literacy** in order to clarify understanding of the term in Mediterranean countries.
- ≈ Empowering all citizens and communities, and fostering equity, promoting a **health literacy** approach that is fully **inclusive**.
- ≈ Recognising and highlighting the **identity of the Mediterranean**



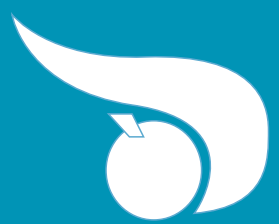
*Modera la taula rodona la **Sra. Sílvia Oliveras Casadellà**, gerent de l'Organisme de Salut Pública de la Diputació de Girona.*

y unas especificidades comunes a los países que la forman.

*Modera la mesa redonda la **Sra. Sílvia Oliveras Casadellà**, gerente del Organismo de Salud Pública de la Diputación de Girona.*

region, which boasts its own regional health assets and whose countries share specific characteristics.

*The round table is moderated by **Ms Sílvia Oliveras Casadellà**, Managing Director of the Public Health Body of Girona Provincial Council.*



Conferència de cloenda

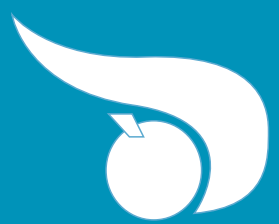
El **Dr. Joan Guix i Oliver**, secretari de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya, exposa en la seva conferència que la Salut en totes les polítiques és una possible resposta als reptes per a la promoció de la salut a Catalunya a través del Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP) de la Generalitat de Catalunya.

Conferencia de cloenda

El **Dr. Joan Guix y Oliver**, secretario de Salud Pública de la Generalidad de Cataluña, expone en su conferencia que la Salud en todas y cada una de las políticas es una posible respuesta a los retos para la promoción de la salud en Cataluña a través del Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública (PINSAP) de la Generalidad de Cataluña.

Closing lecture

Dr Joan Guix i Oliver, Secretary for Public Health of the Government of Catalonia, explains in his lecture that «Health in all Policies» is a possible response to the challenges facing health promotion in Catalonia, through the Interdepartmental and Intersectoral Public Health Plan (PINSAP) of the Government of Catalonia.



Shanghái 2016 en los países mediterráneos: Nuevos retos para la promoción de la salud

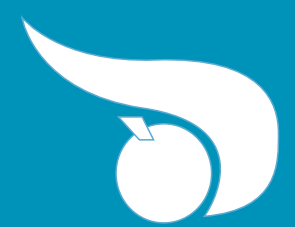
Reflexiones sobre los desafíos, oportunidades y lecciones principales

Girona, 22 de junio de 2017

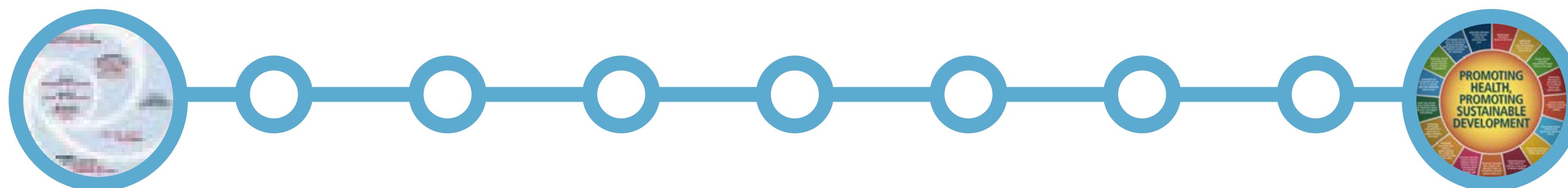
Dr. Erio Ziglio

Honorary Professor, University of Applied Sciences Tirol
and Guest Lectured at MCI (Management Centre Innsbruck,
Austria)

Former Director of the European Office for Investment for
Health and Development, World Health Organisation



De Ottawa a Shanghái....



Ottawa	Adelaide	Sundsvall	Jakarta	México	Bangkok	Nairobi	Helsinki	Shanghai
1986	1988	1991	1997	2000	2005	2009	2013	2016

El concepto de «control»

“...La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas tomar el **control** sobre los determinantes de su salud.”

(WHO, Carta de Ottawa 1986)





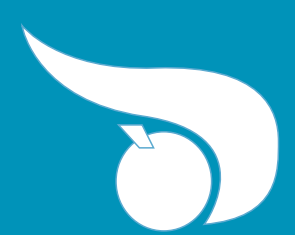
Oportunitades y desafíos



Cambios y desafíos

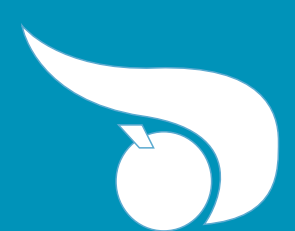
- Cambio climático
- Un planeta urbano
- Más población de 65+ que 5-
- Desigualdades en el estado de la salud





Un contexto mediterráneo que cambia rápidamente





Tasa de mortalidad infantil en el Mediterráneo

(Probabilidad de morir entre el nacimiento y la edad 1 por cada 1000 nacidos vivos 2015)

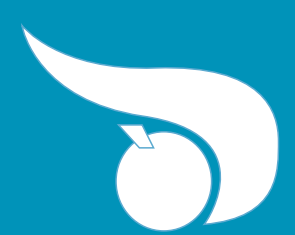
Croazia	3.6	Algeria	21.9
France	3.5	Egypt	20.3
Greece	3.6	Israel	3.2
Italy	2.9	Lebanon	7.1
Montenegro	4.3	Libya	11.4
Slovenia	2.1	Marocco	23.7
Spain	3.5	Turkey	11.6

Esperanza de vida en el Mediterráneo

Croazia	78	Algeria	75.6
France	82.4	Egypt	70.9
Greece	81	Israel	82.5
Italy	82.7	Lebanon	74.9
Montenegro	76.1	Marocco	74.3
Slovenia	80.8	Tunisia	75.3
Spain	82.8	Turkey	75.1

Fuente: Unicef; WHO; UN DESA/POP Division 2015

Fuente: World Health Statistics, 2016



OMS: Salud 2020

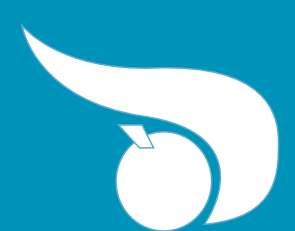


Working to improve health
for all and reducing
the health divide

Promoción de salud y reducción
de las desigualdades

Improving leadership, and
participatory governance
for health

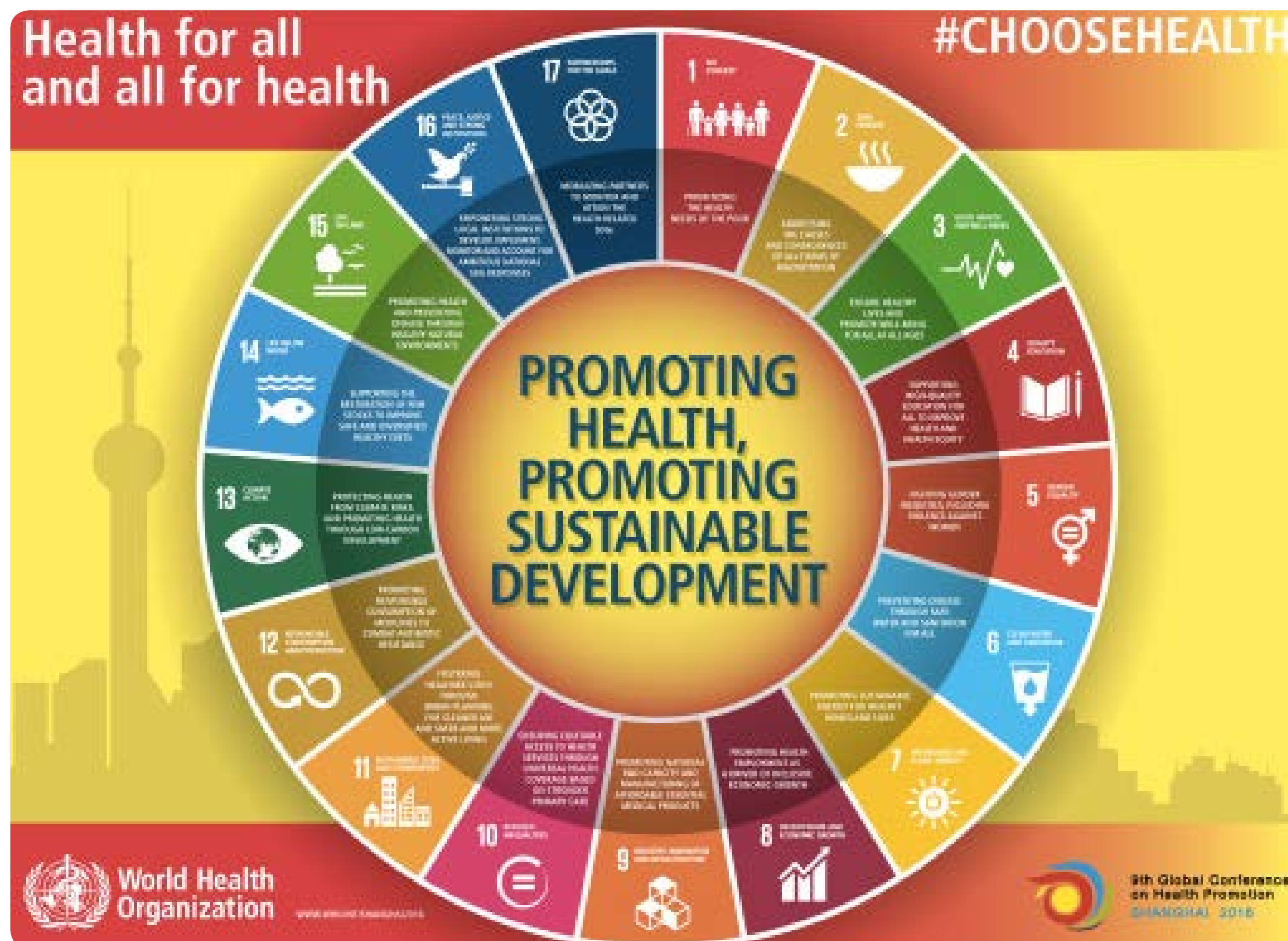
Fortalecer la gobernanza en salud

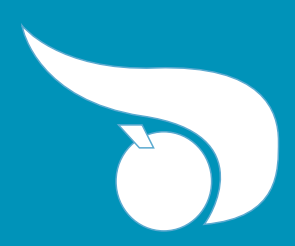


Declaración de Shanghái

- Reconocer que la salud y el bienestar son esenciales para lograr el desarrollo sostenible
- Promover la salud a través de la acción en todos los ODS
- Tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud
- La buena gobernanza es esencial para la salud

Promoción de la salud y ODS

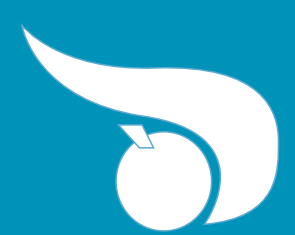




Salud y desarrollo

Enlazar mundos diferentes ...





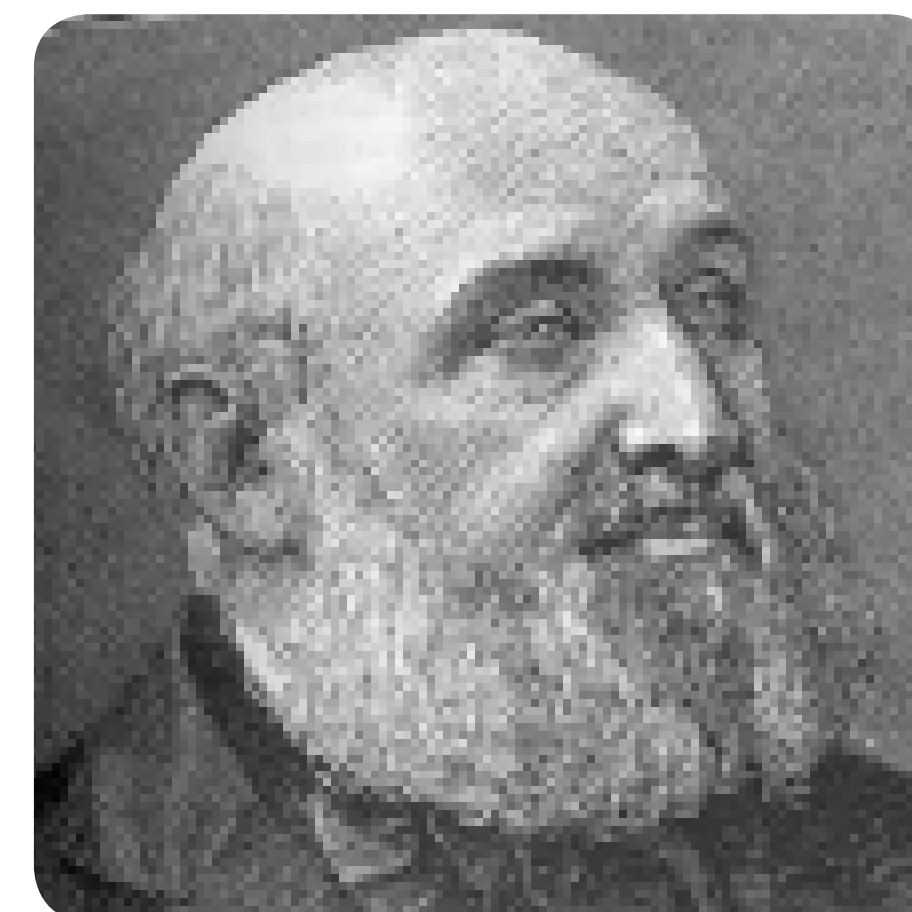
Mirando hacia atrás el trabajo de nuestros colegas



Johann Peter Frank
(1745-1821)



Philippe-J.B. Buchez
(1796 - 1866)



William Farr
(1807 - 1883)



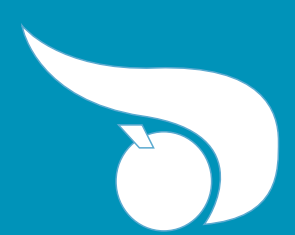
W H Duncan,
Britain's first CMO
(1805-1863)



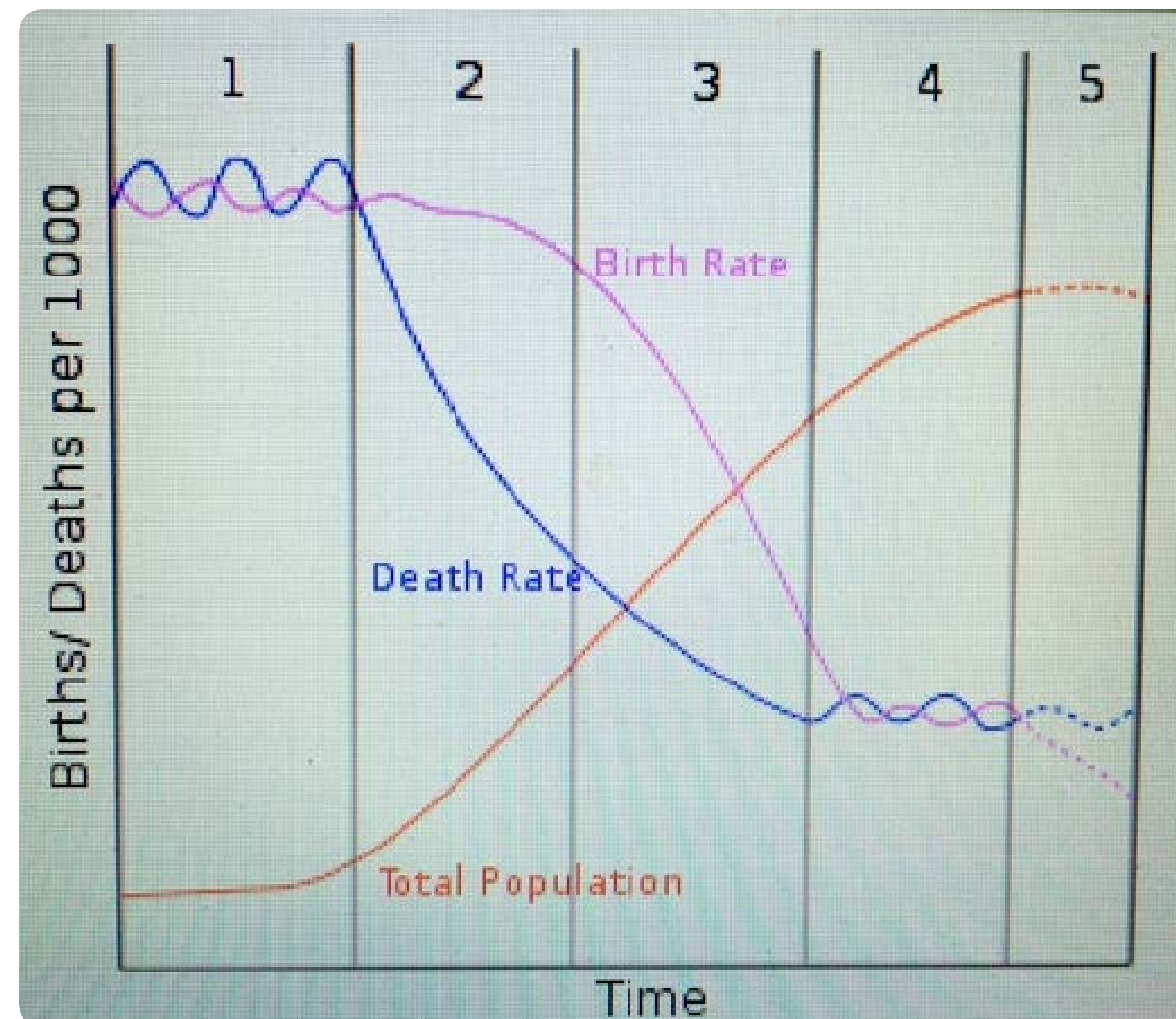
Rudolf Virchow
(1821- 1902)



Andrija Štampar
(1888 – 1958)

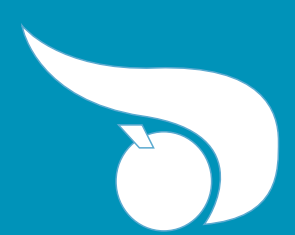


Cuando era estudiante en Escocia...



Principales estudios de los años 1970s - Macro

- **Abdel Omran (1971)**
The Epidemiological Transition
- **Abdel Omran (1979)**
Changing the Patterns of Health and Diseases during the process of National development
- **Thomas McKeown (1976)**
The Modern Rise of Population
- **Thomas McKeown (1976)**
The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis



Principales estudios de los años 1970s - Micro



Illness behaviour



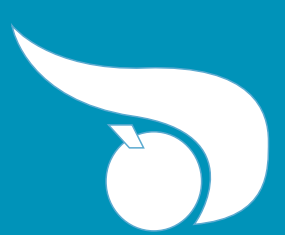
Coping skills



**Self-help e
Mutual-help**



**Salutogenesi e
Resilienza**



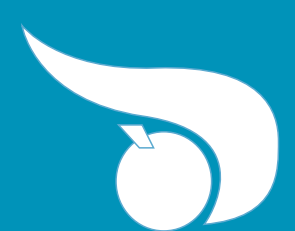
La salud al centro de todos los ODS



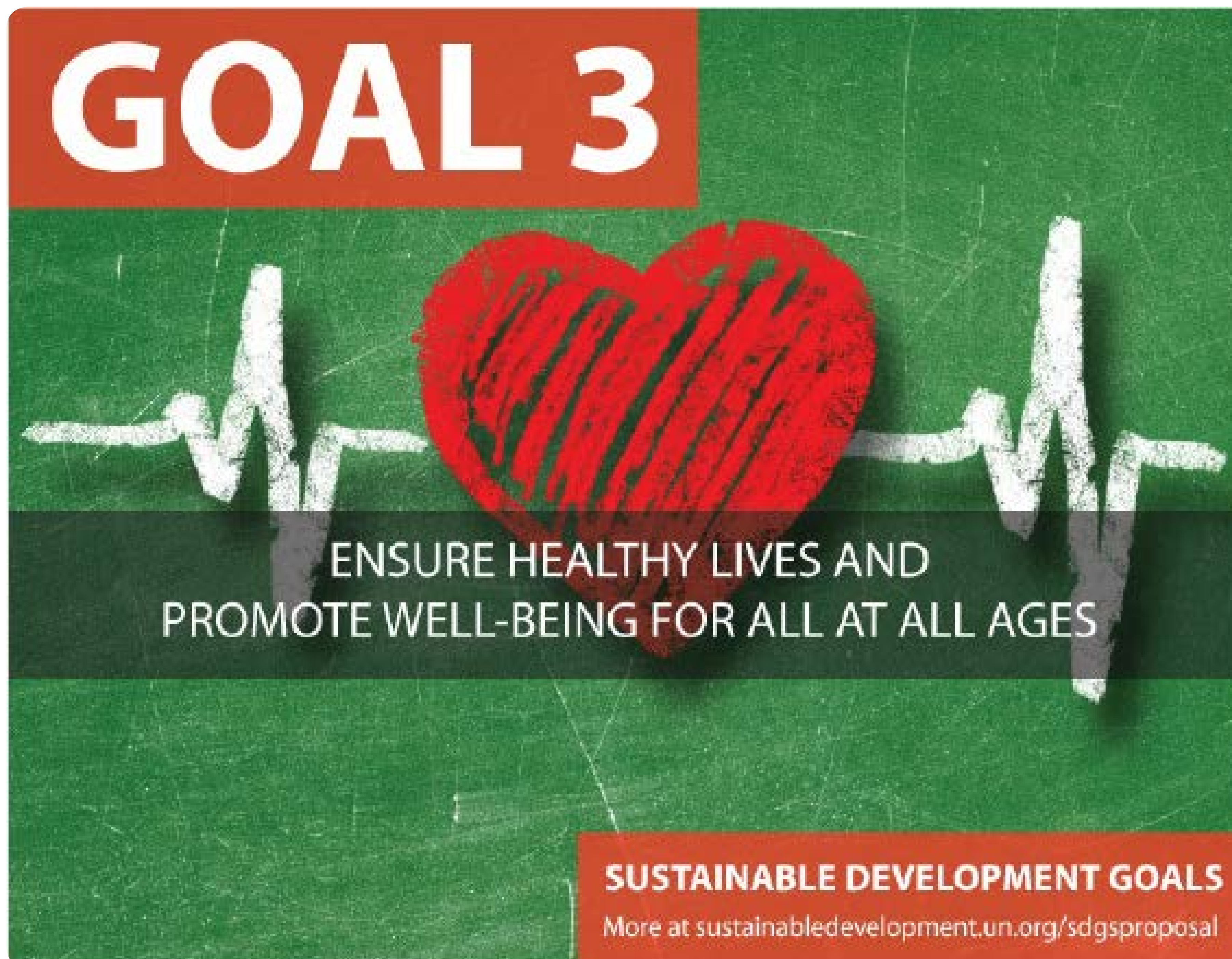
• Resultado

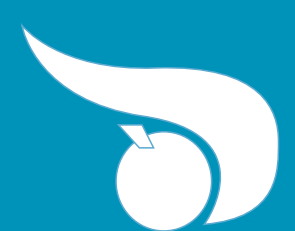
• Determinante

• Facilitador



Goal 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades





La promoción de la salud contribuye al logro de todos los ODS

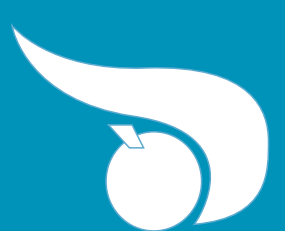


Health target 3.8 on achieving universal health care coverage will directly contribute to attaining SDG 1 for poverty reduction; reducing inequalities within and between countries SDG 10; and ensuring inclusive, safe resilient cities SDG 11.

El ODS 3 sólo se logra si el proceso para lograr los otros ODS se hace



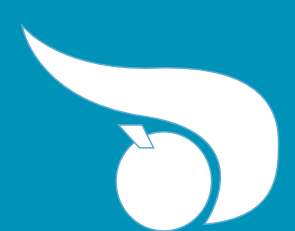
The health target to reduce premature mortality from NCD will have to be implemented in partnership with sectors and policies responsible for education (SDG 4), and economic growth and employment (SDG 8)



Salud 2020 y los ODS comparten el mismo marco conceptual

The SDGs and Health 2020 are fully aligned





Los ODS implican enormes cambios, y es aquí donde los principios de PdS son muy relevantes






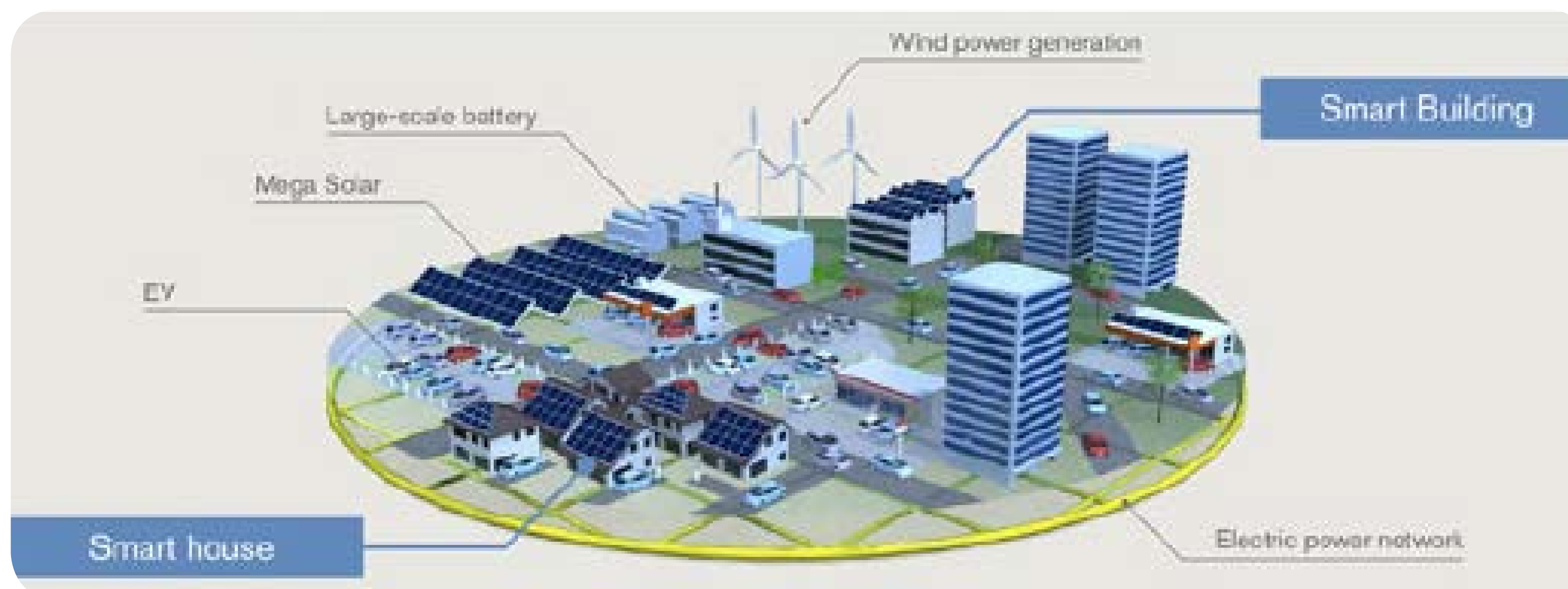
Sociedades sostenibles



Build sustainable communities



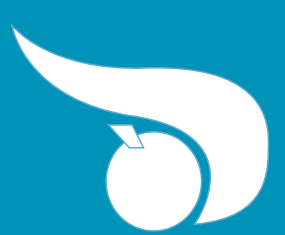
Do not degrade or deplete the earth's natural capital, and live off the natural income it provides





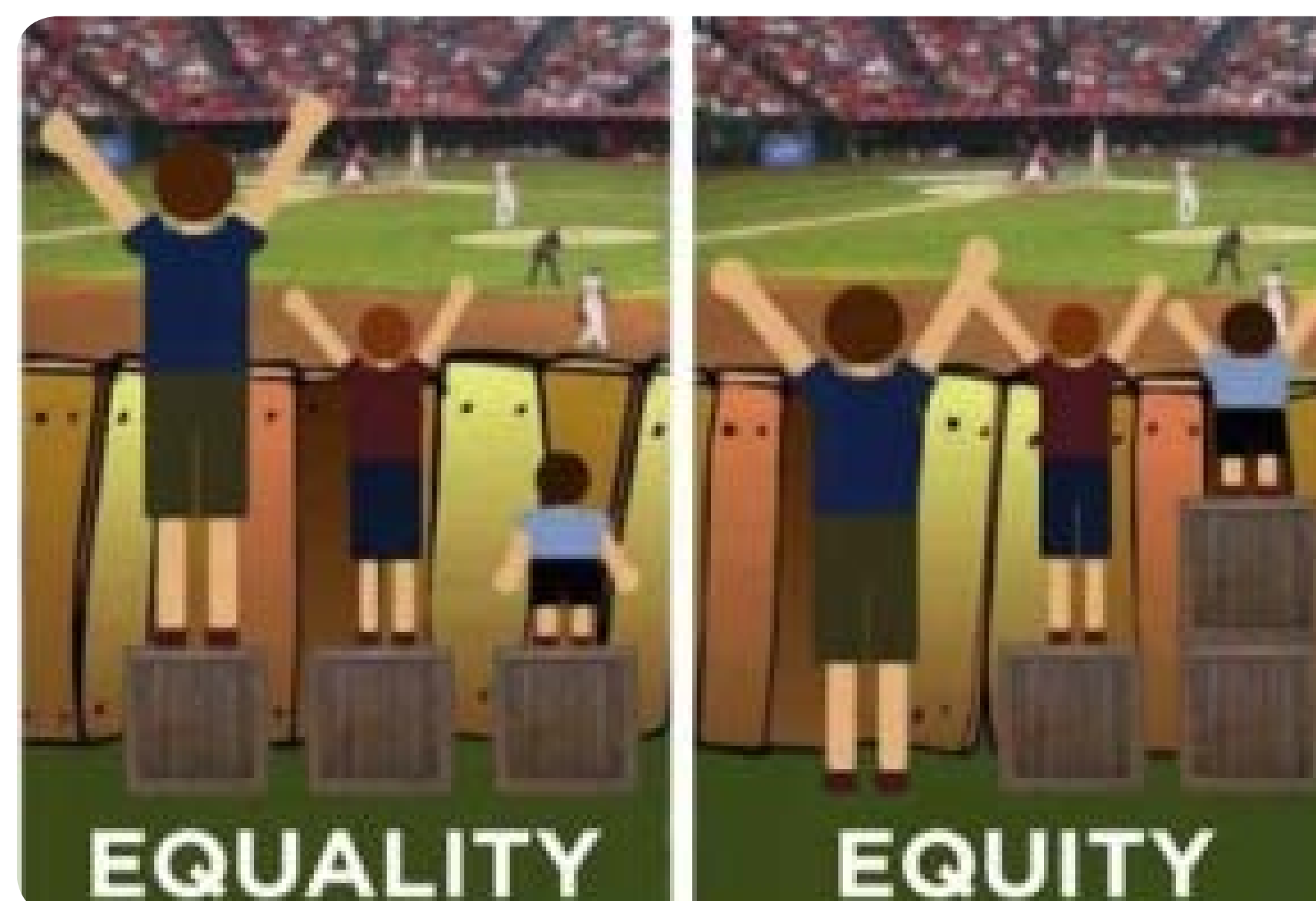
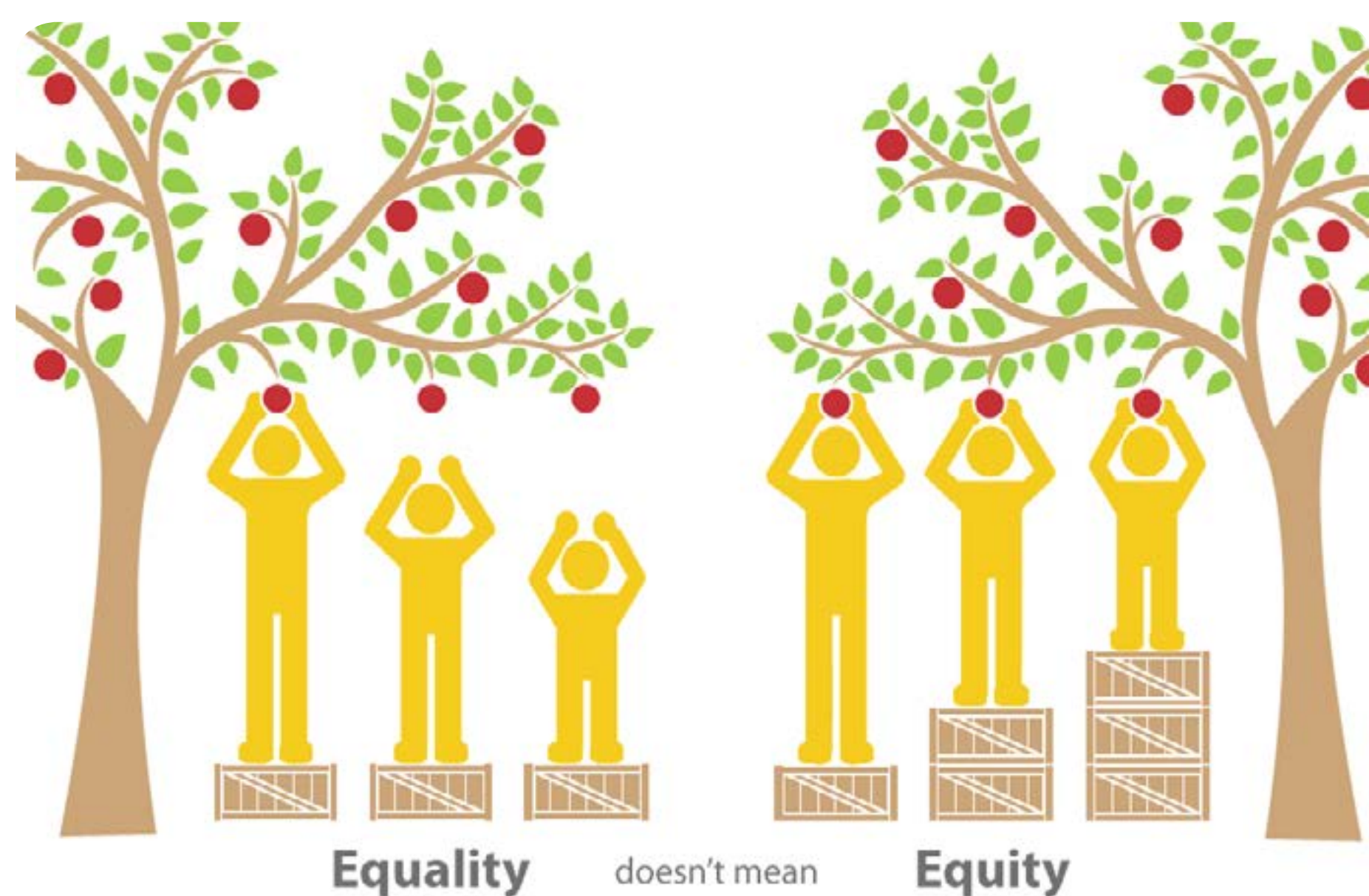
Ciudadanos sostenibles

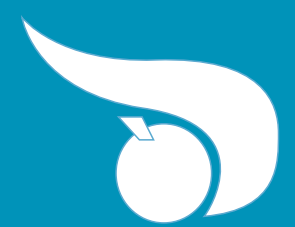




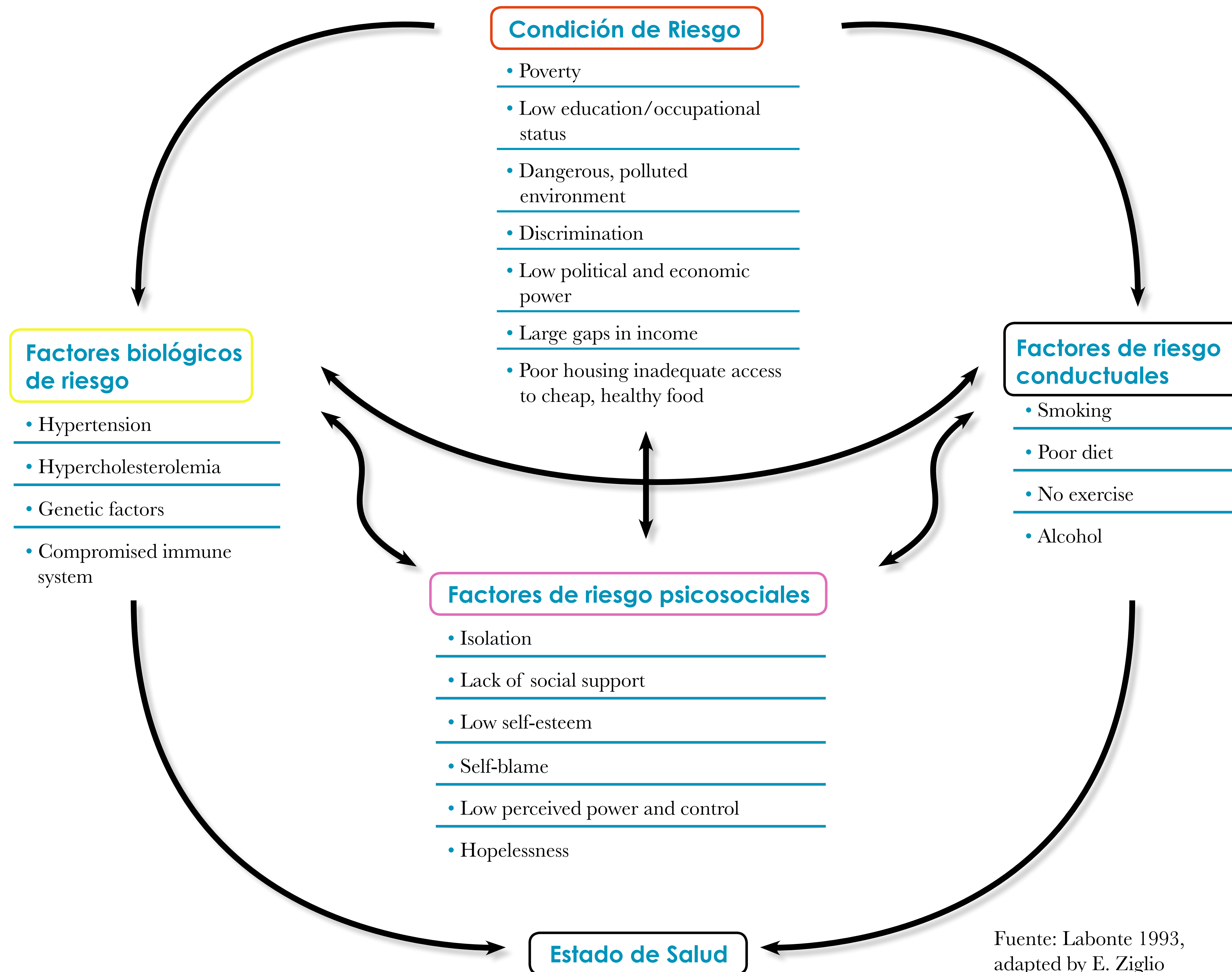
Igualdad o Equidad ?

¿Qué impacto queremos en nuestras acciones?

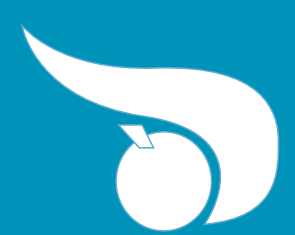




Conocemos mucho más...



Fuente: Labonte 1993, adapted by E. Ziglio

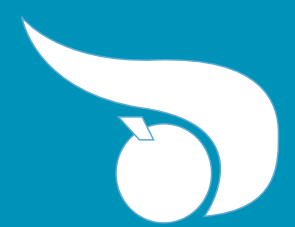


La Declaración de Shanghái nos recuerda que...

La salud es una elección política....



El presidente Trump firma la orden ejecutiva para promover la independencia energética y el crecimiento económico de EEUU en 2017



El desarrollo es una elección política....

10 HIGHLIGHTS ON PEOPLE'S LIVELIHOOD IN 13TH FIVE-YEAR PLAN

The Communist Party of China (CPC) issued the full text of a proposal for China's development over the next five years on Nov 3, highlighting 10 aspects of people's livelihood as follows:

Public service

To make everyone entitled to share the benefits of development

Employment and entrepreneurship

To make people's job prospects brighter

Narrowing the gap

To make rural residents enjoy the same living standard as urban residents

Two children allowed for all couples

To further balance population development



Fair access to education

To make every child enjoy equal right to education

Poverty alleviation

To lift more than 70 million people out of poverty

Serious illness insurance

To prevent people from going back to poverty after dealing with illness

Food safety

To give everyone access to quality-assured food

Household registration system reform

To entitle people to equal rights and interests

Improving environment

To maintain clean air, blue skies

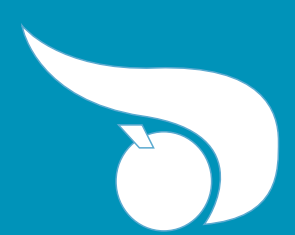
KANG CHAO/ ENGLISH.GOV.CN



Chinese Development Plan 2016-2020

368 billion \$ for «greening» infrastructures

70% solar panels of the world

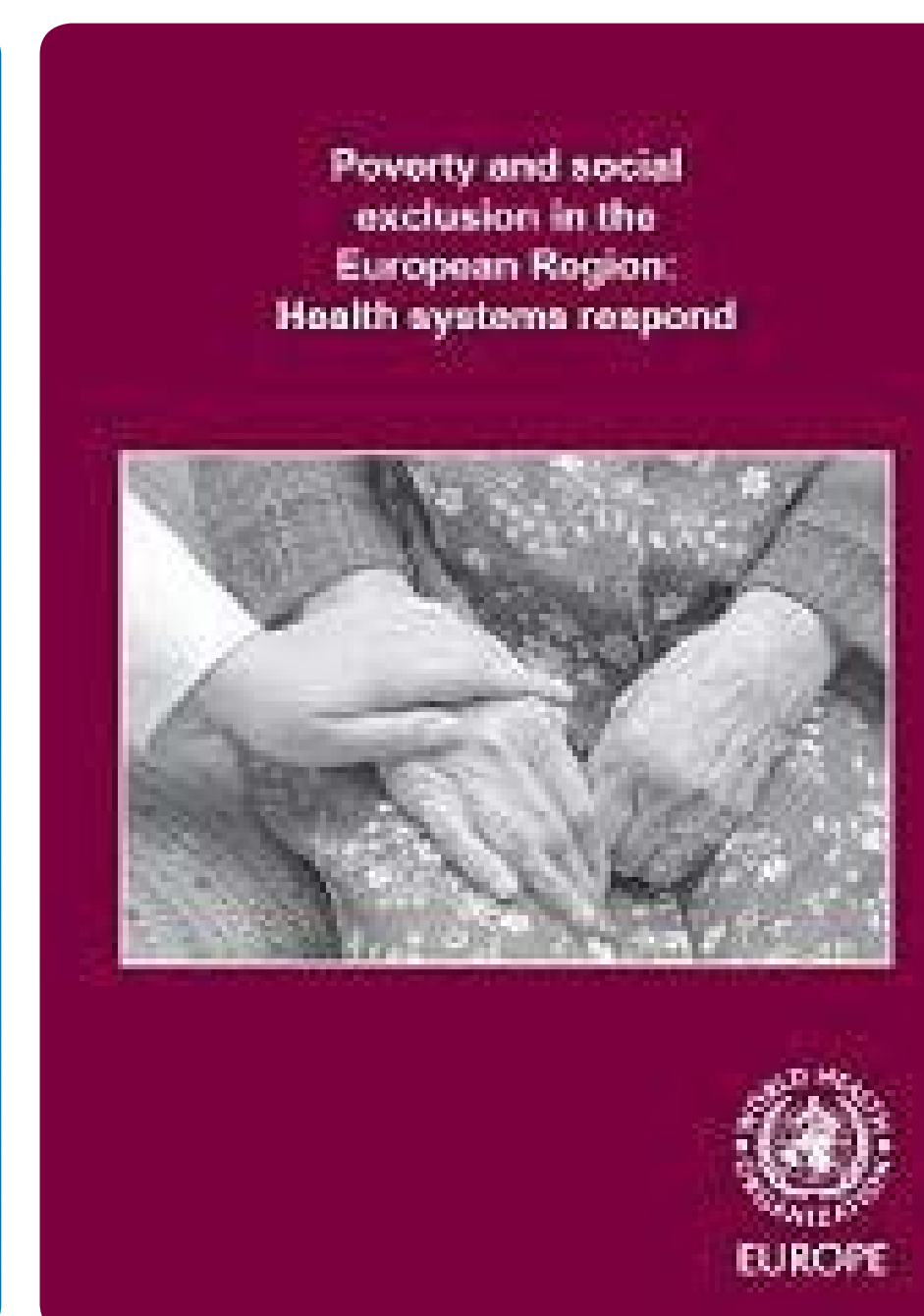
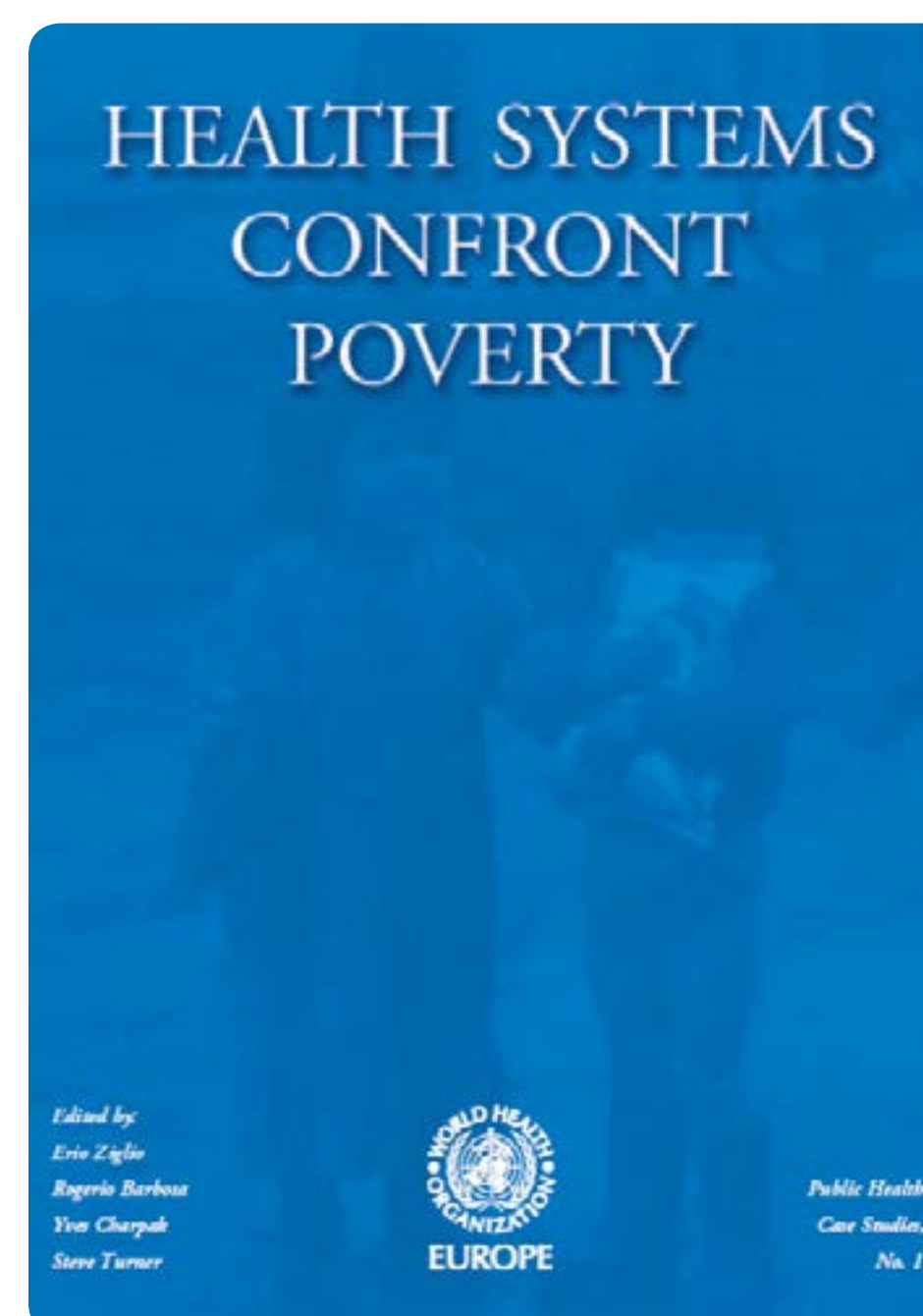


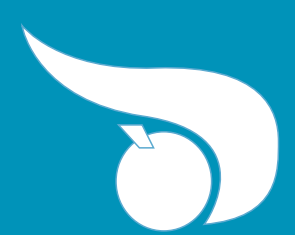
1. Tener un plan estratégico

- ¿Qué sectores generan salud en los países mediterráneos?
- ¿Qué estrategia produce las ganancias en salud más equitativas para nuestra población?
- ¿Qué estrategia produce buenos resultados en promoción de la salud y da un valor añadido al desarrollo local / nacional?
- ¿Cuál tiene que ser el papel del sector salud en el desarrollo?

2. Fortalecer los sistemas de la salud para hacer frente a las vulnerabilidades

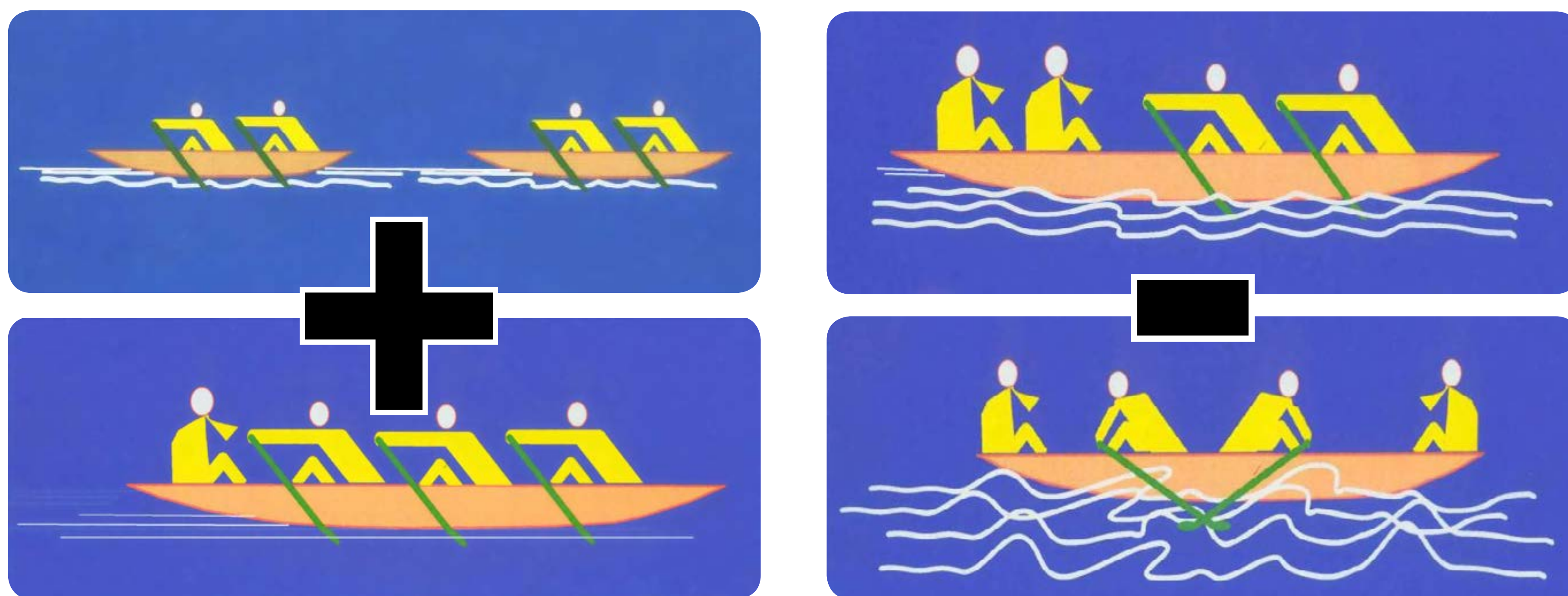
- Acceso
- **Tratamiento**
- Resultados
- Costes





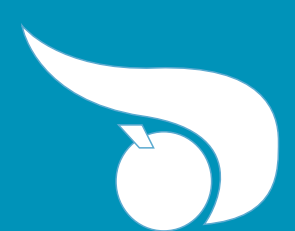
3. Cambiar los comportamientos sectoriales

Incentivos intersectoriales + Prácticas innovadoras



Source: Vienonen 1996; Ziglio, 2012, 2017

- Presupuestos integrados
- Puestos de trabajo financiados conjuntamente

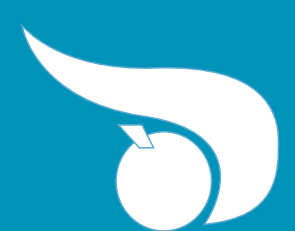


4. Gestionar «sistemas», no solo intervenciones aisladas



Enlazar mundos diferentes....





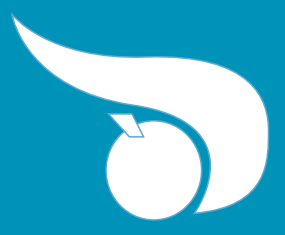
¿Qué son los Activos en Salud?

“ Un activo en salud puede ser definido como cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, comunidades y poblaciones para mantener y sostener la salud y el bienestar ”

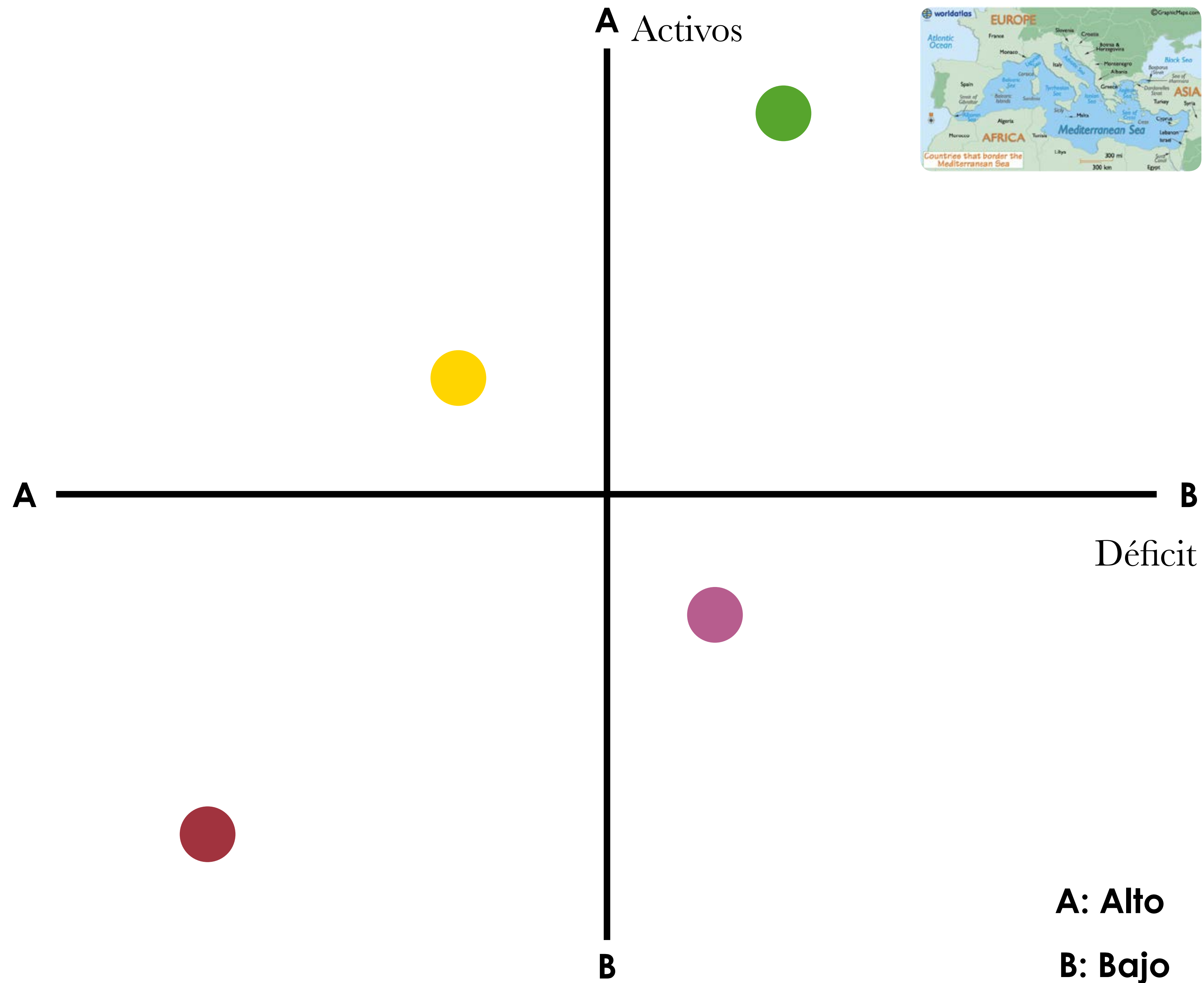
Fuente: Morgan and Ziglio, 2007

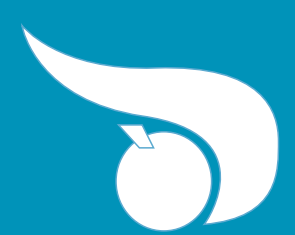
Los activos tienen diferentes niveles de impacto



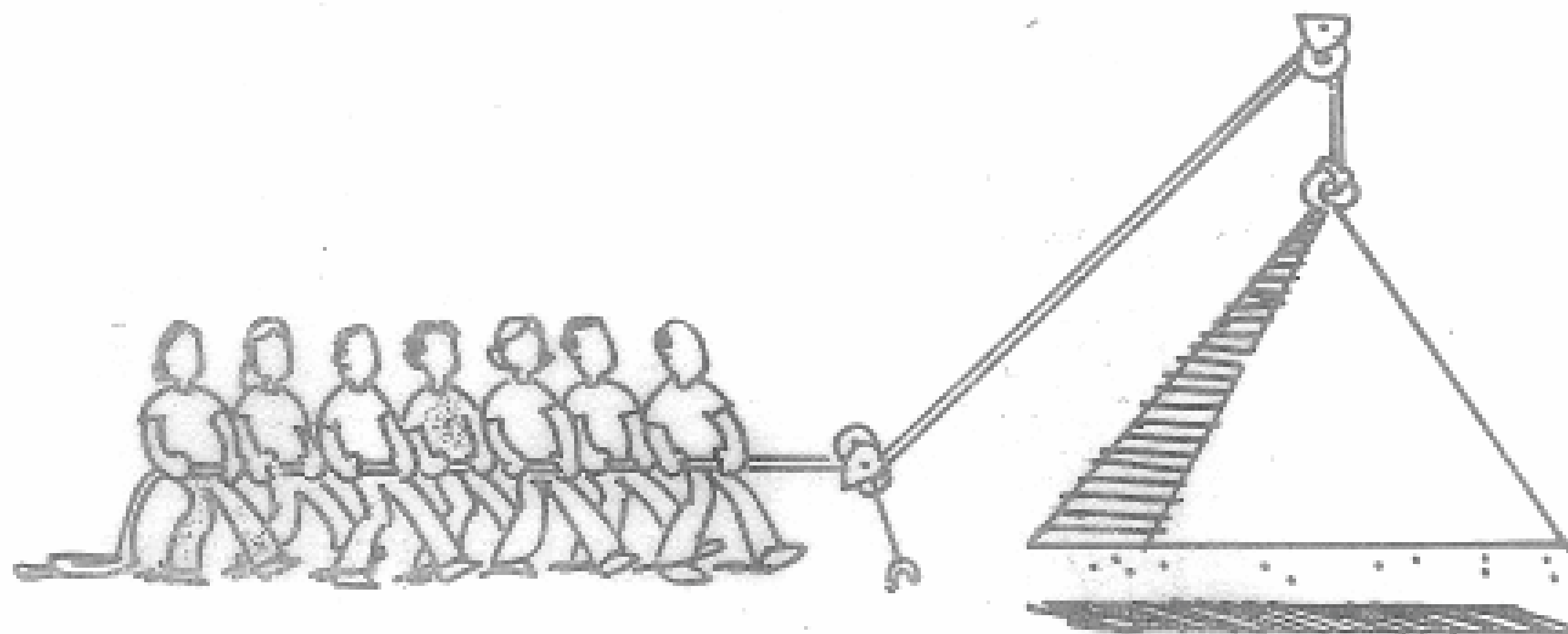


Minimizar Déficit, Maximizar Activos

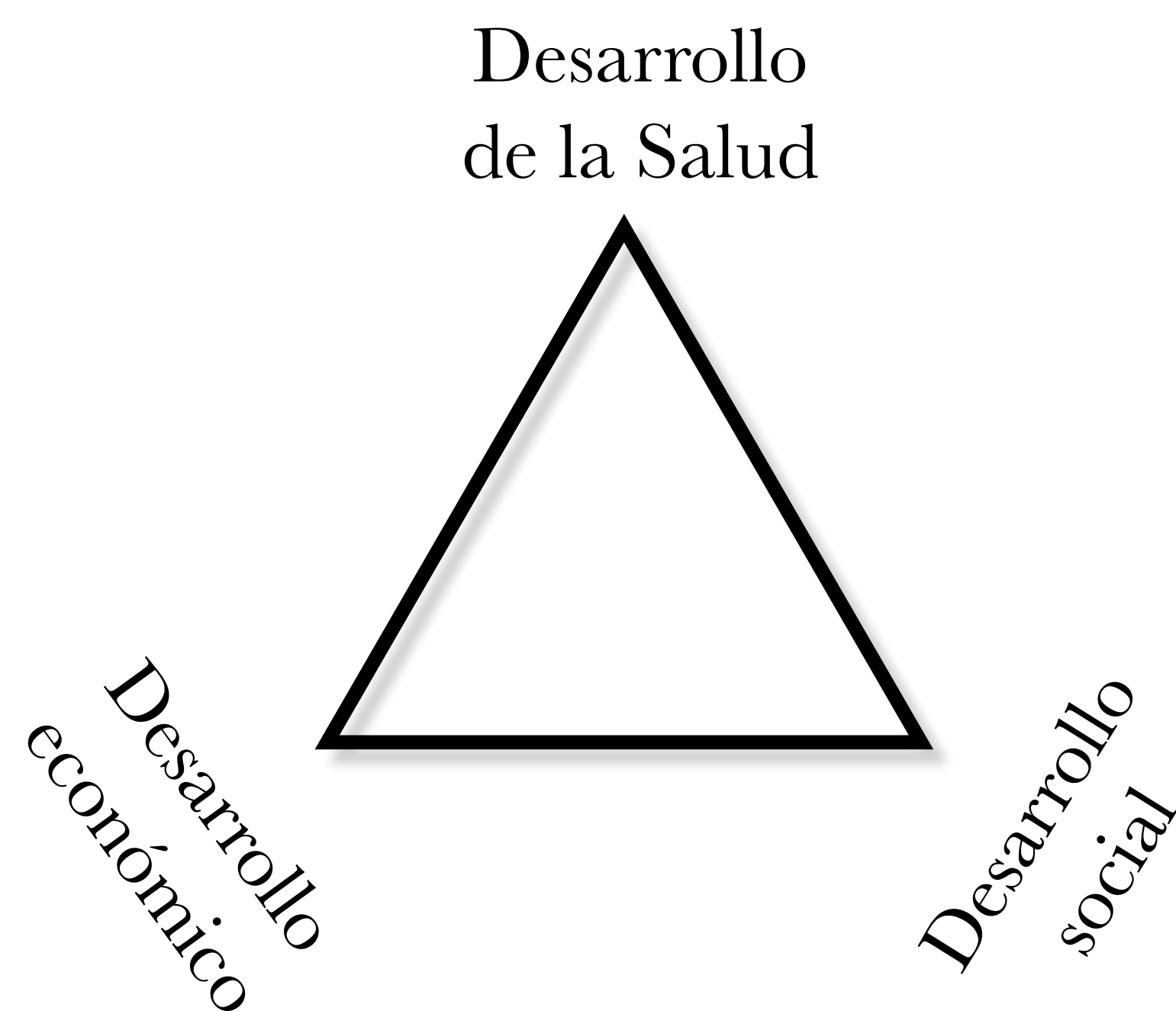


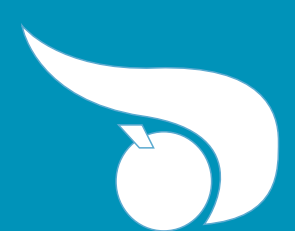


5. Necesitamos una masa crítica...

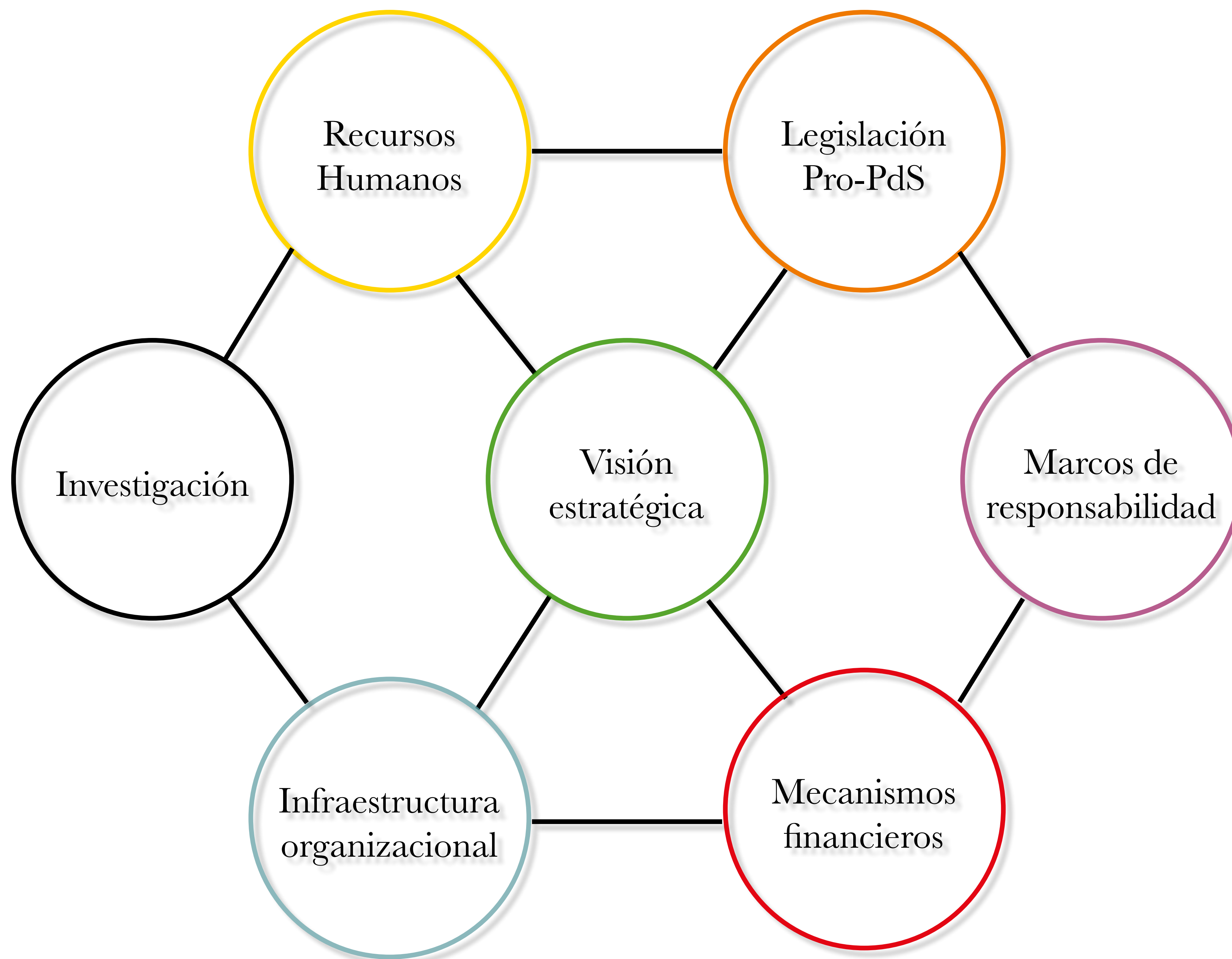


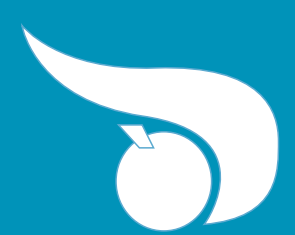
6. Resituuar la salud dentro de la agenda de desarrollo





7. Necesitamos ser inteligentes para una promoción de la salud del siglo XXI





Y debemos asegurarnos de...

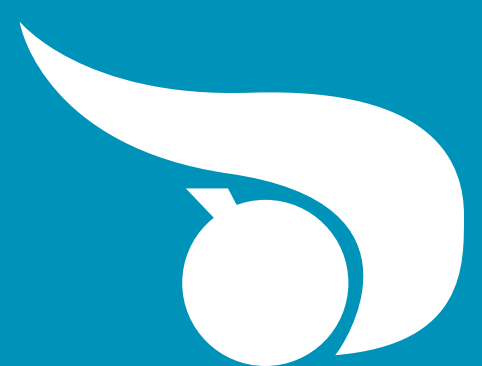
No dejar a nadie atrás

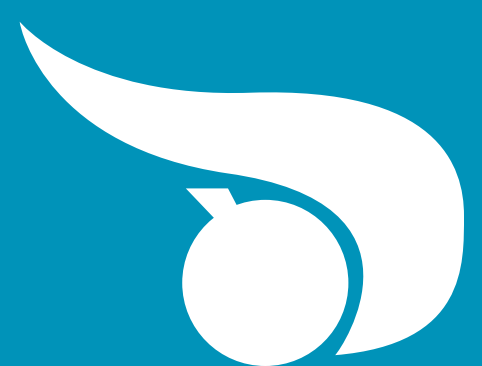


From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals

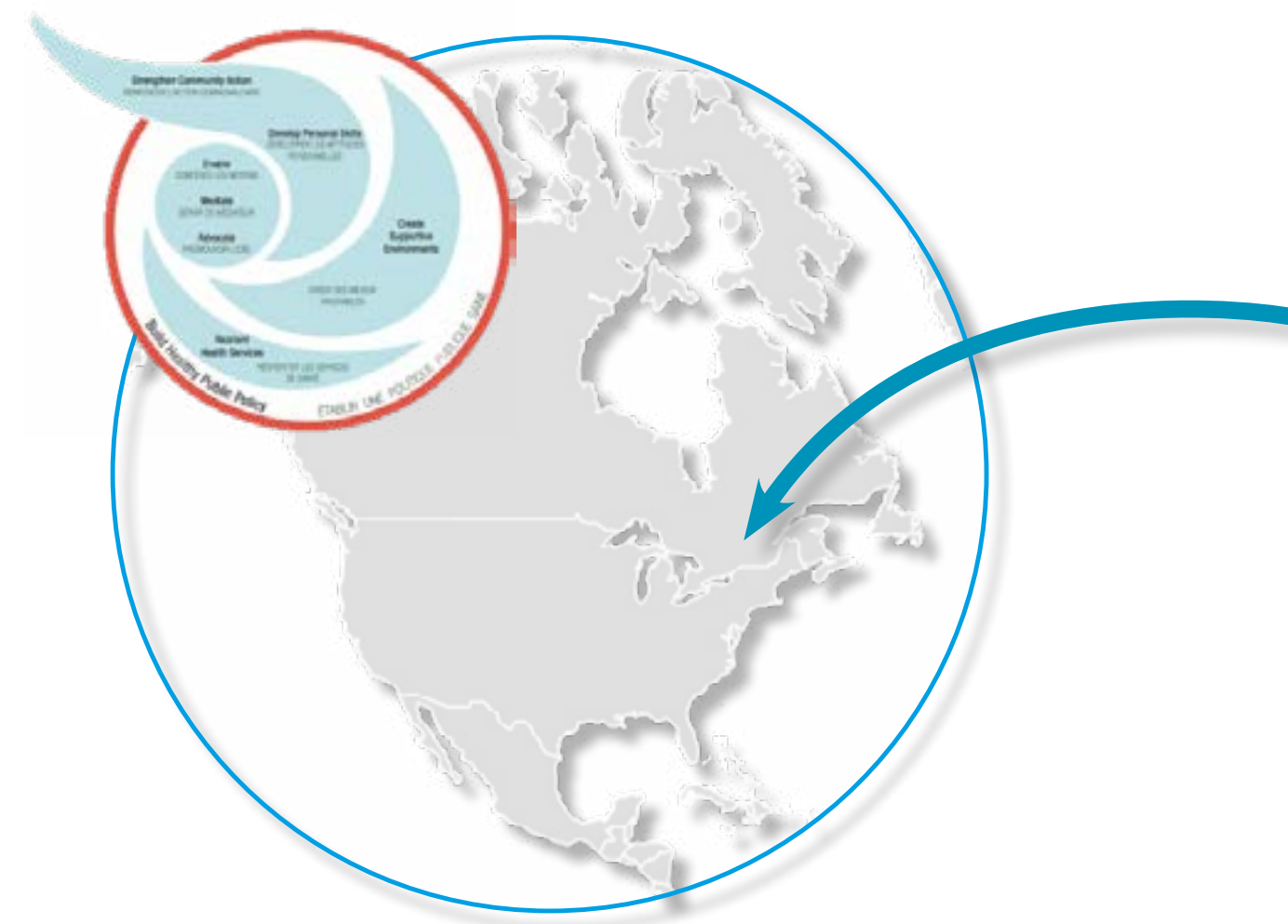
Dr Faten Ben Abdelaziz

Director, Prevention of Noncommunicable Diseases
World Health Organization, Geneva

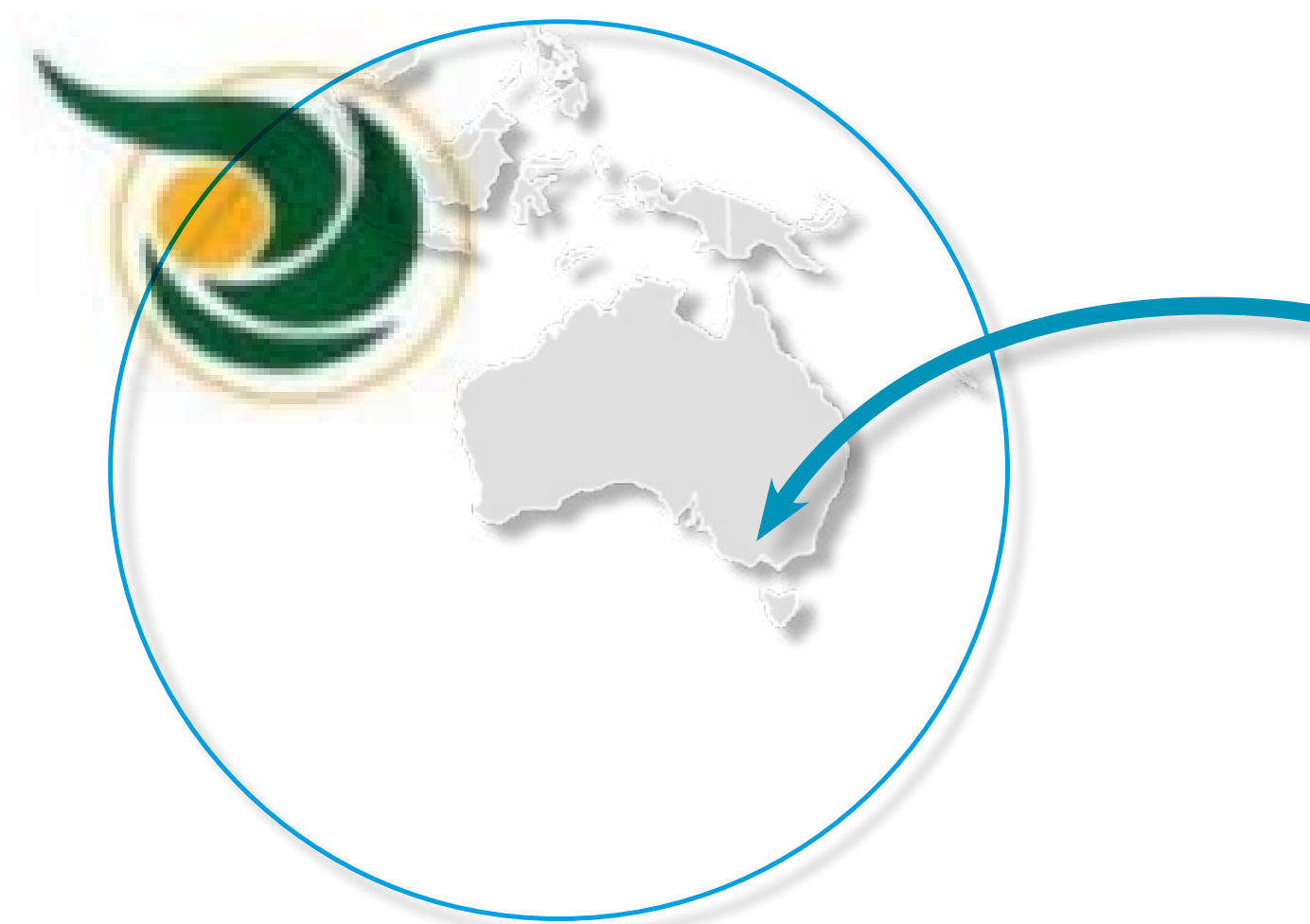




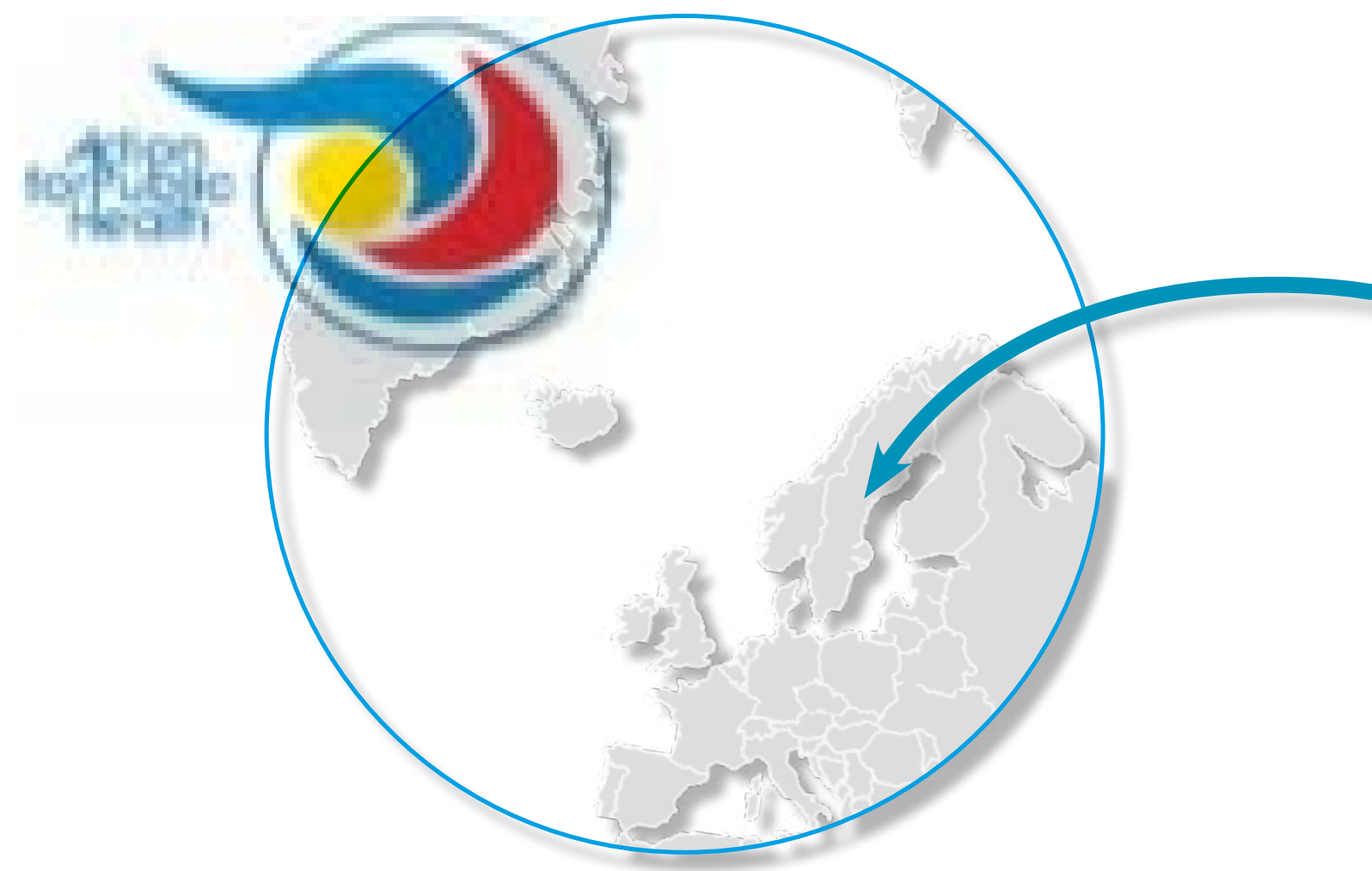
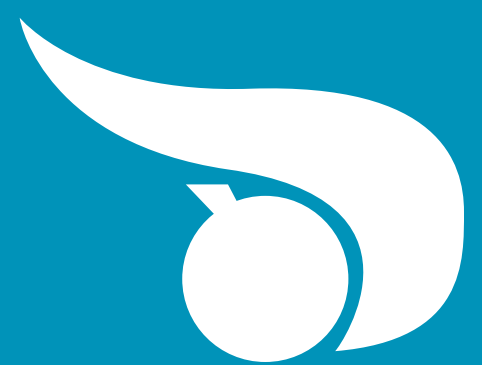
Historical Background: The value of health, equity, access, development, and accountability



1st GCHP Ottawa, **1986**
A response to a need for a new public health approach.



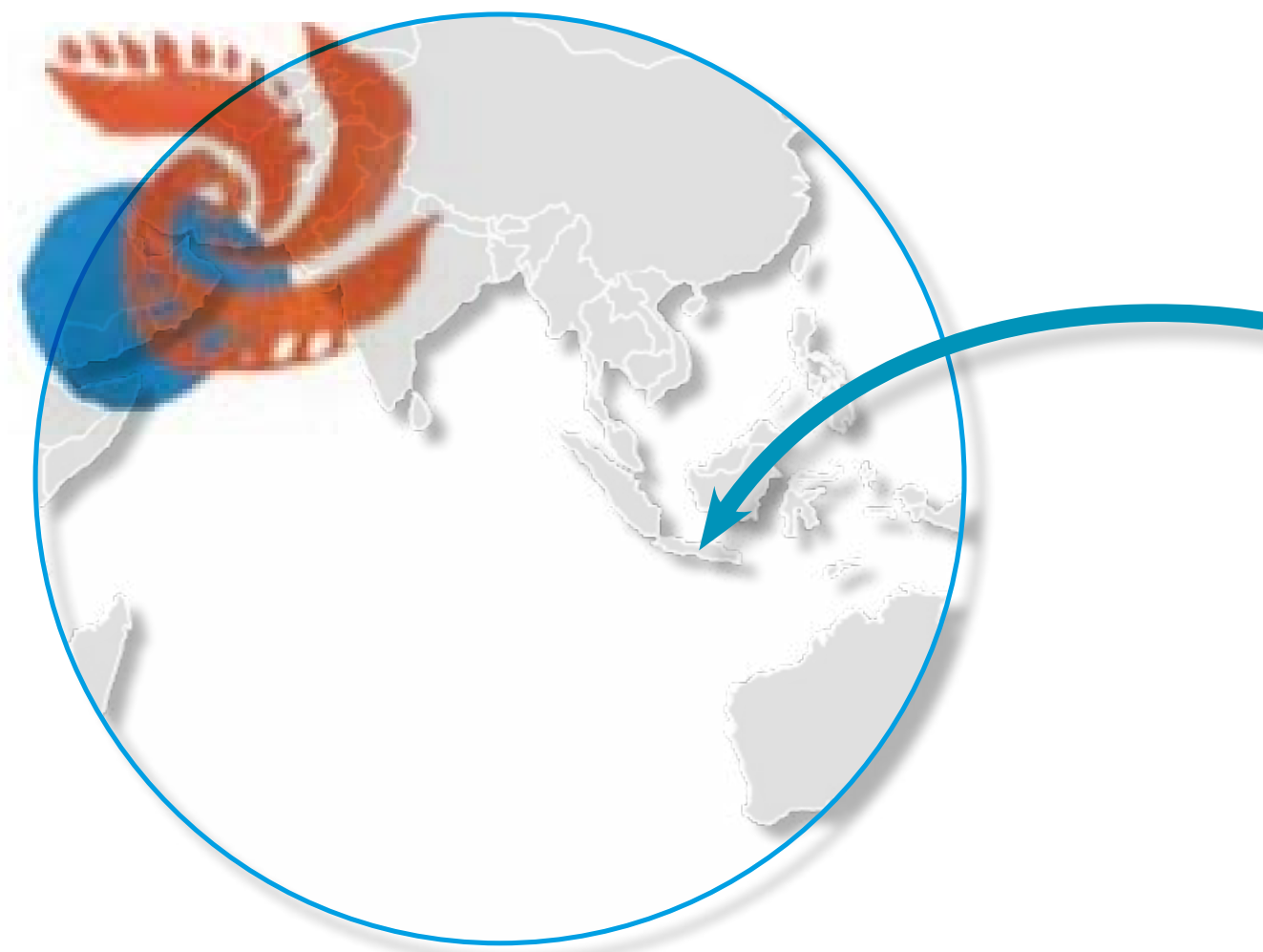
2nd GCHP Adelaide, **1988**
The value of health, equity, access, development, and accountability for Health.



3rd GCHP Sundsvall,

1991

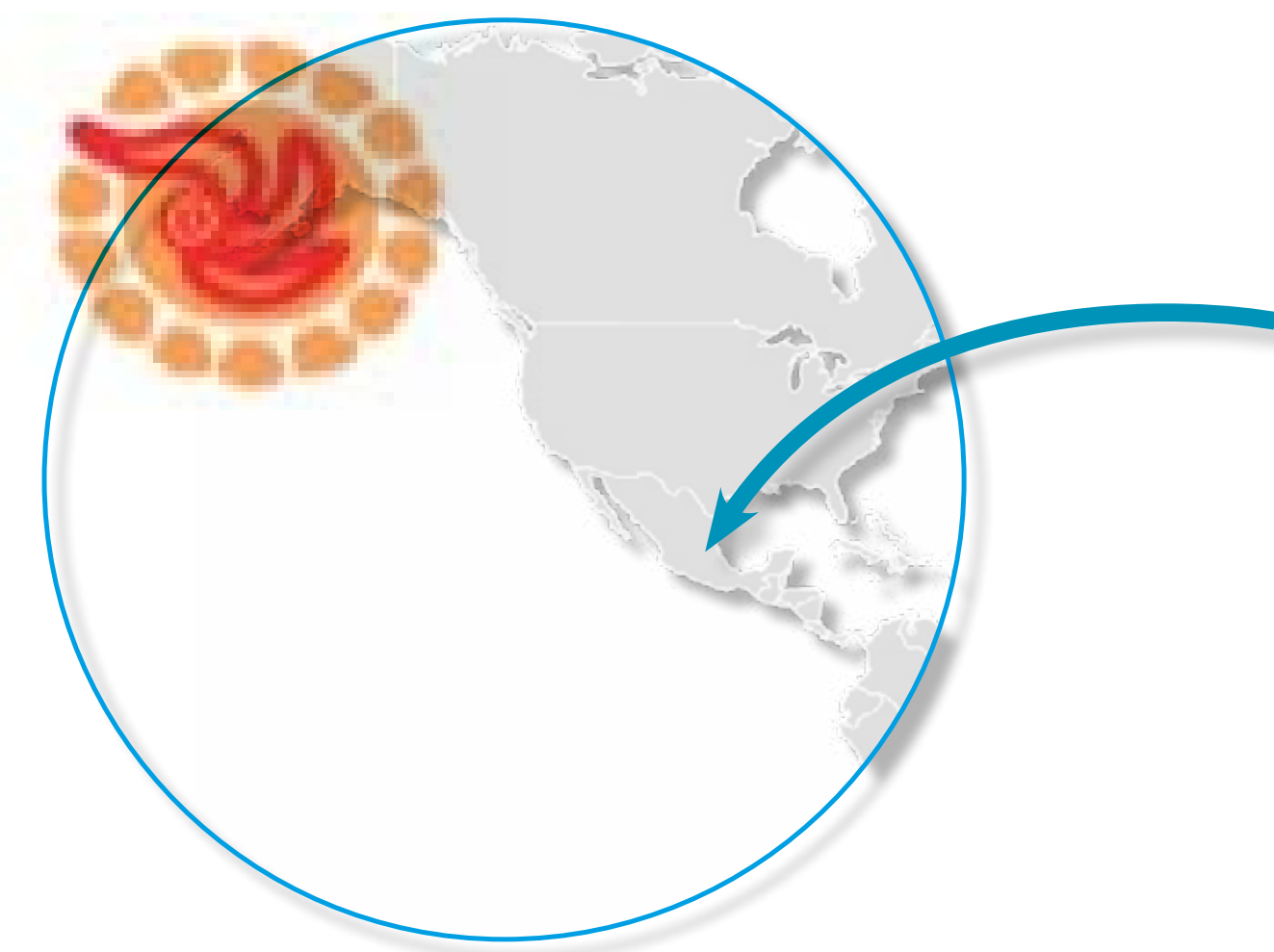
Rising concerns over threats to the global environment and call for mainstreaming health and social justice and call for broad alliance towards the common goal of Health.



4th GCHP Jakarta,

1997

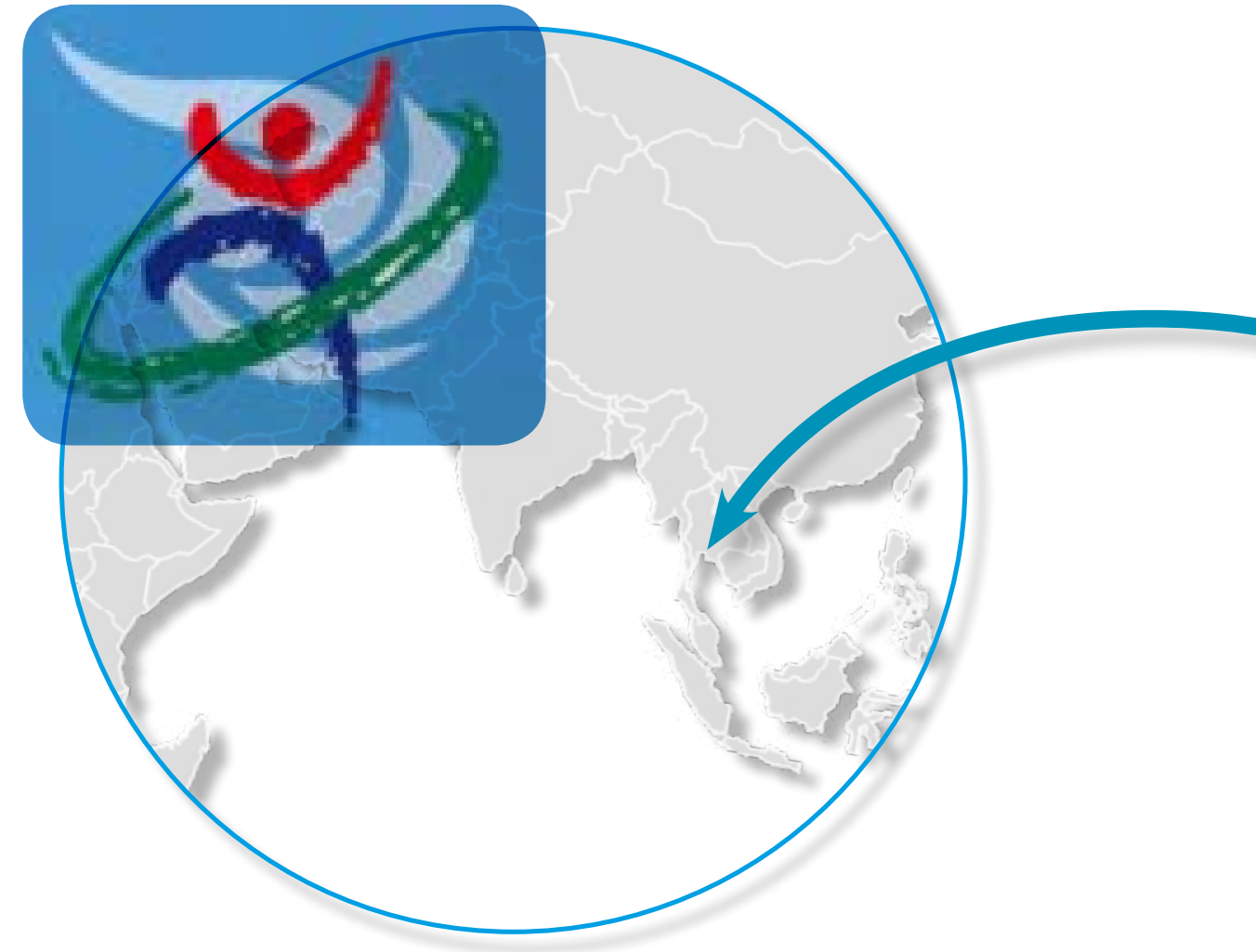
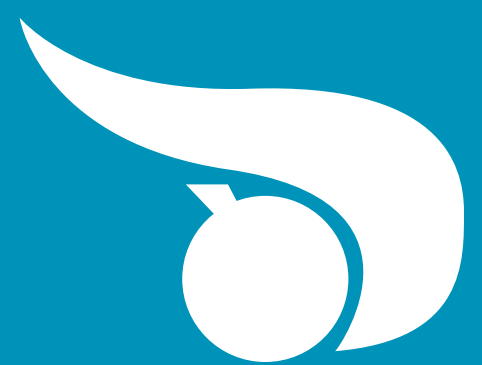
Health promotion is a key investment and addresses the social determinants of health – a break through traditional boundaries between governments and NGOs, and between the public and private sectors.



5th GCHP Mexico,

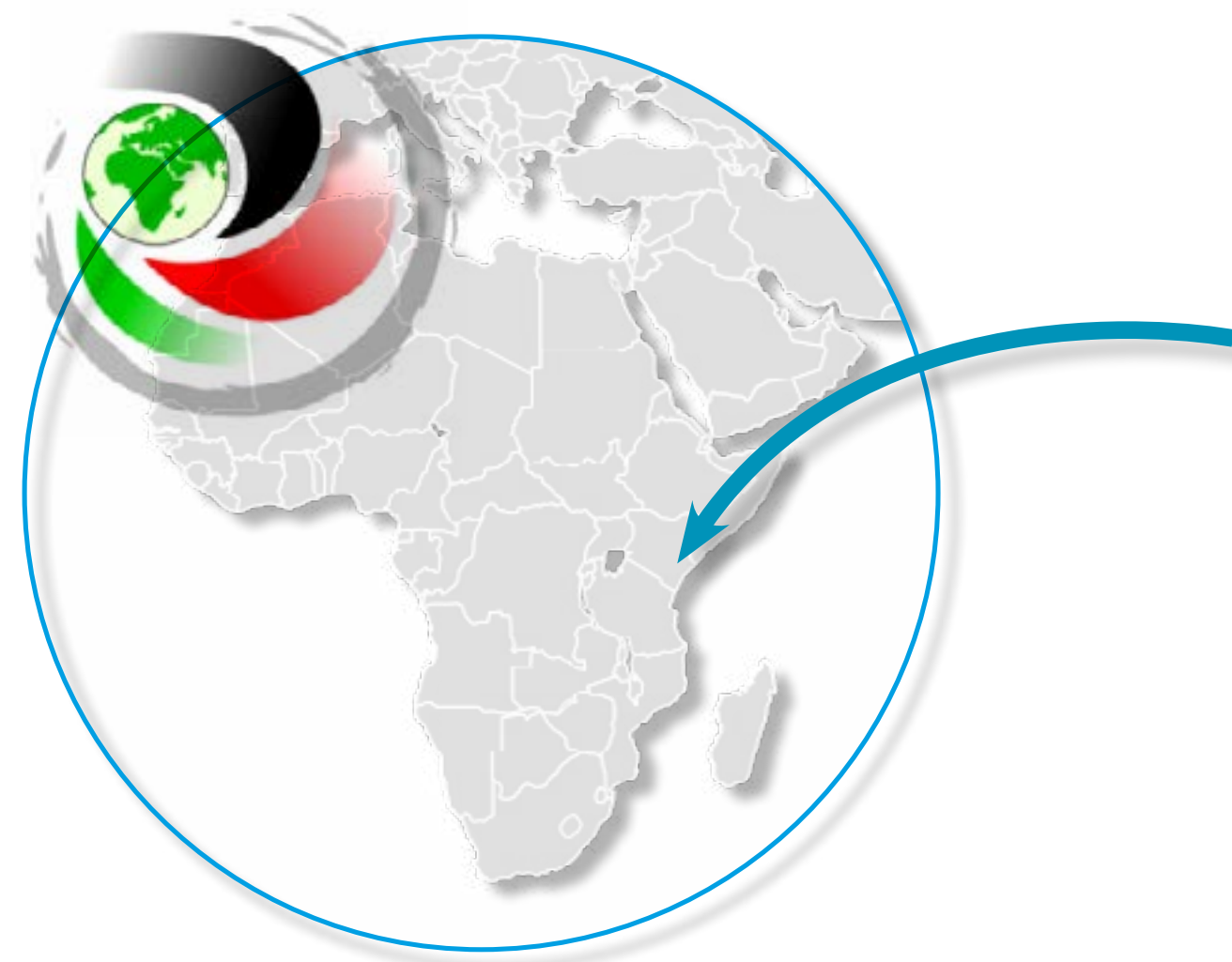
2000

Promotion of health and social development is a central duty and responsibility of governments, that all sectors of society share.



6th GCHP Bangkok, 2005

Concerns include increasing inequalities within and between countries, new patterns of consumption and communication, commercialization, global environmental change, and urbanization.



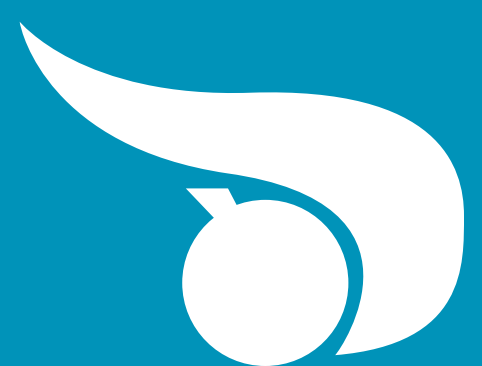
7th GCHP Nairobi, 2009

Addresses the gap in implementation (health programmes, policy-making and intersectoral partnerships, health systems).



8th GCHP Helsinki, 2013

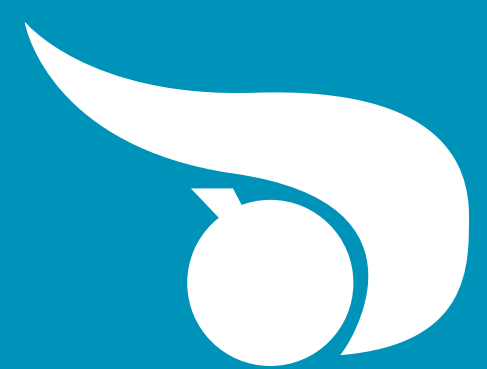
Health in All Policies emphasize that health and equity is at the core of responsibility of governments to its peoples.



9th GCHP Shanghai, 2016

Health promotion in the sustainable development goals
“Health for All and All for Health”.





A New Context Bringing New Opportunities for Health Promotion

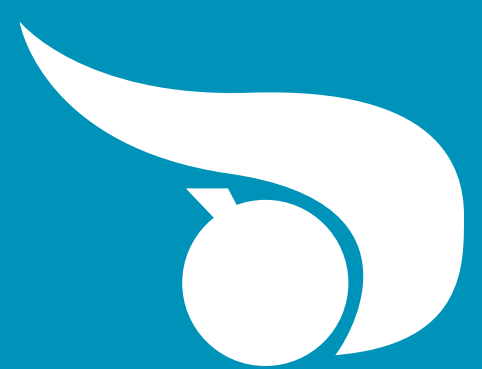
Health and Agenda 2030

“ *Health is regarded as a desirable outcome in its own right, an input to other goals, and a reliable measure of how well sustainable development is progressing.* ”
Dr. Margaret Chan (WHA68, 2015)



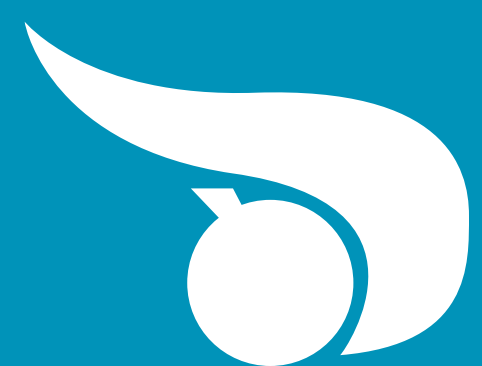
“ *Health and well-being are at the center of the Sustainable Development Goals. They are a precondition, an outcome and an indicator of progress. That is why we must promote health through all 17 global Goals.* ”
Ban Ki-moon





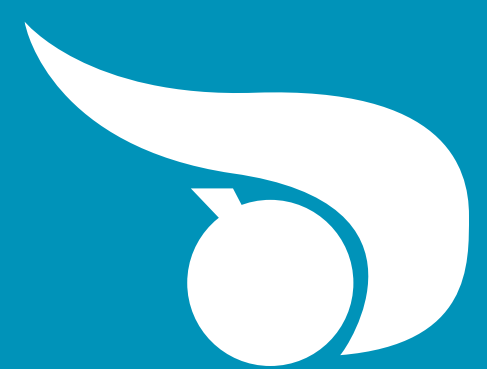
Health is cross-cutting throughout the Agenda 2030





Working Around A Common Agenda: The Shanghai Declaration



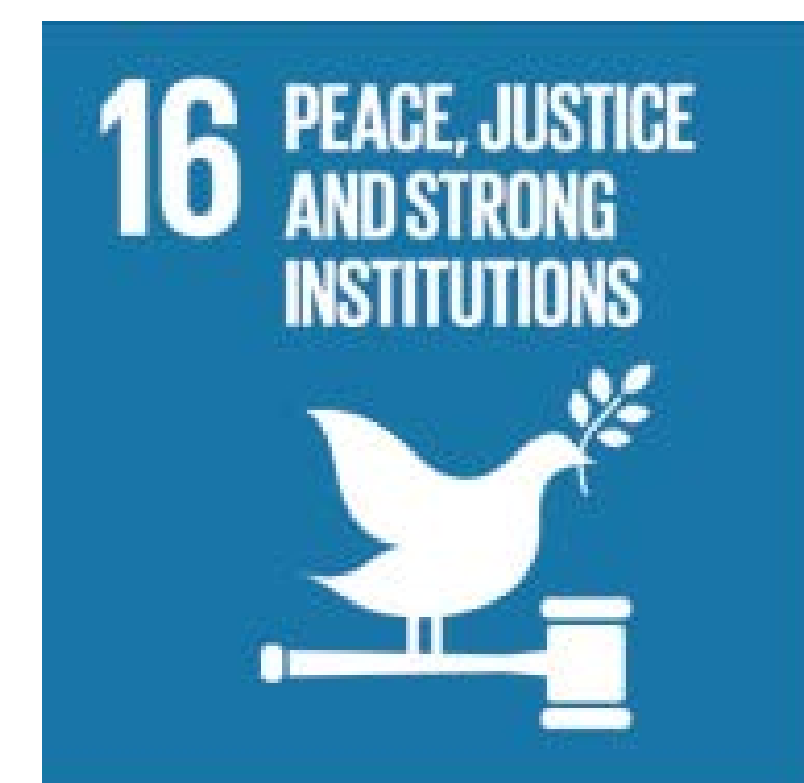
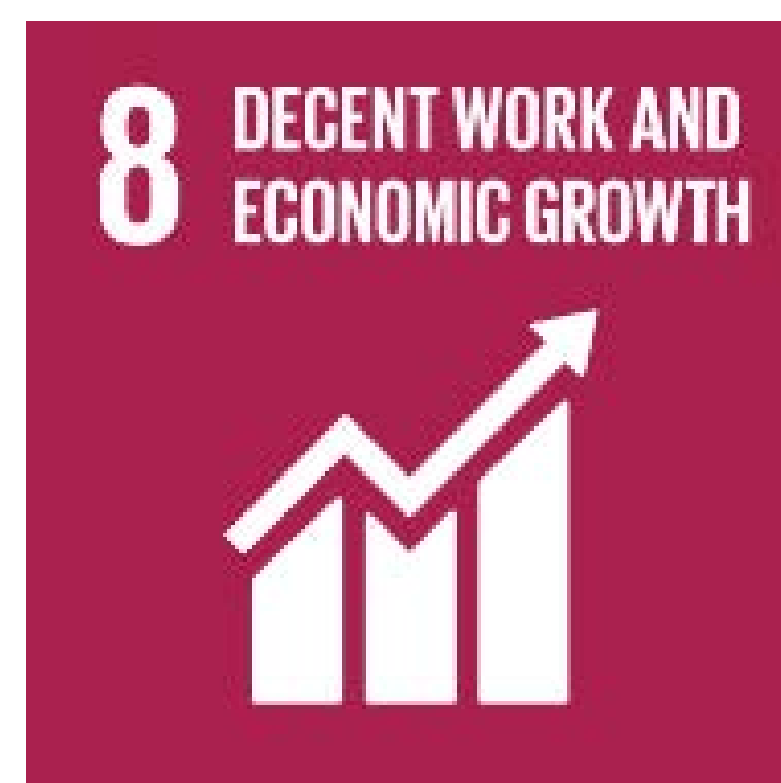


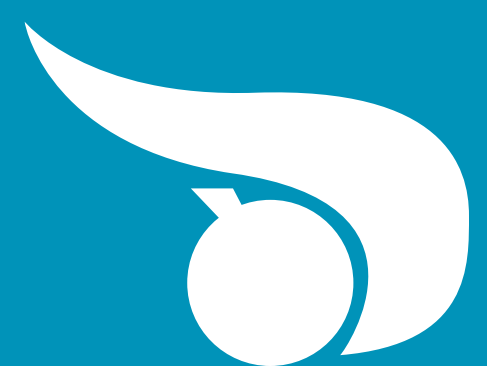
Good Governance

Whole of government approach

Food in cities: ending hunger, ending childhood obesity

Cross-border threats, antimicrobial resistance



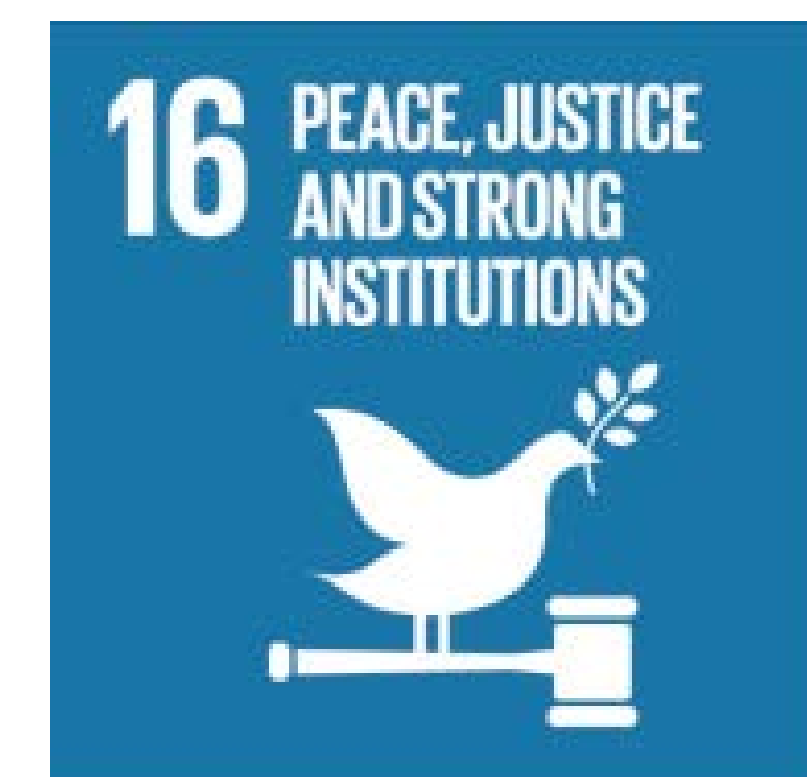


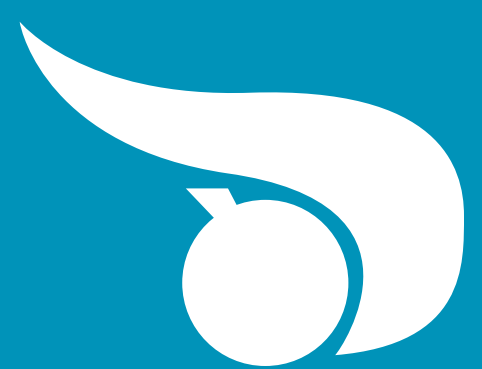
Healthy Cities

Road safety,
designing
the city with
health in mind

Green living: the
role of cities
in tackling
climate change

Healthy aging
in cities



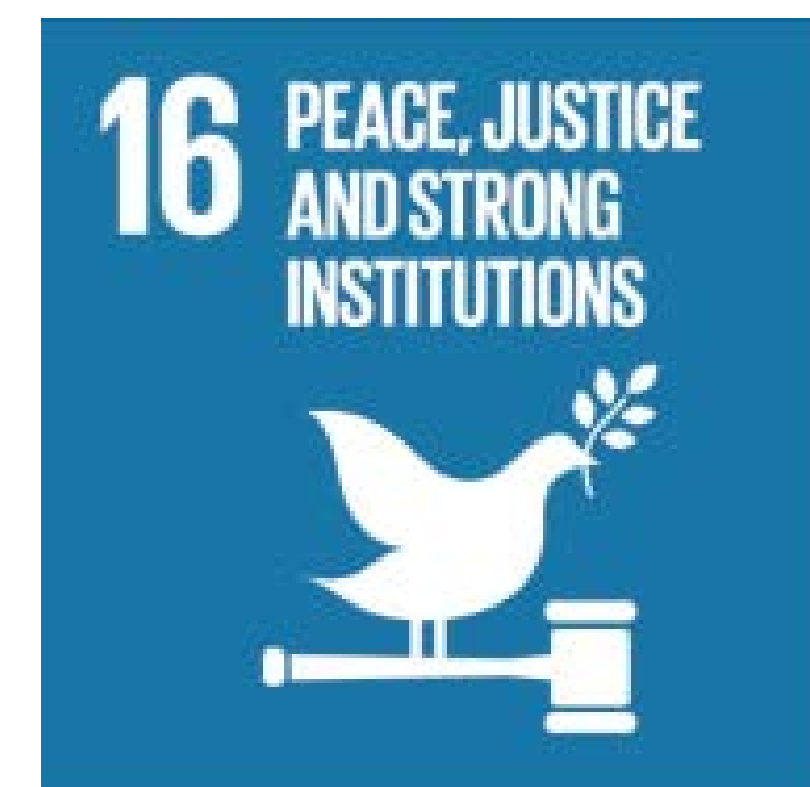
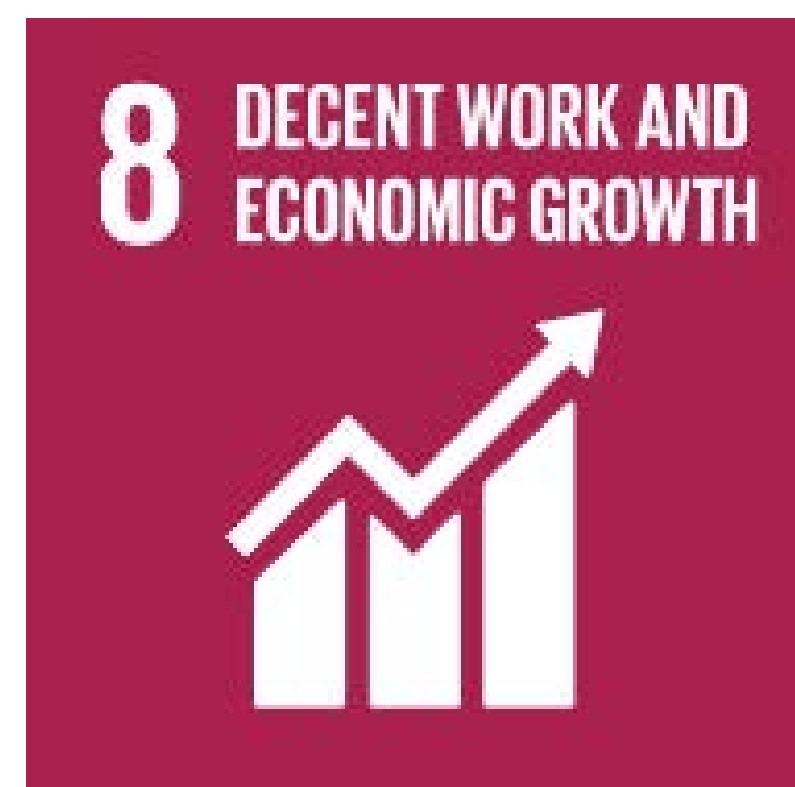


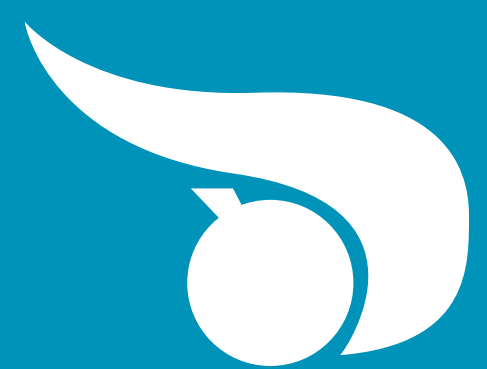
Health Literacy

Fostering environments that enable healthy choices

Bridging the digital divide to develop knowledgeable societies for health

Health literacy accelerating universal health coverage



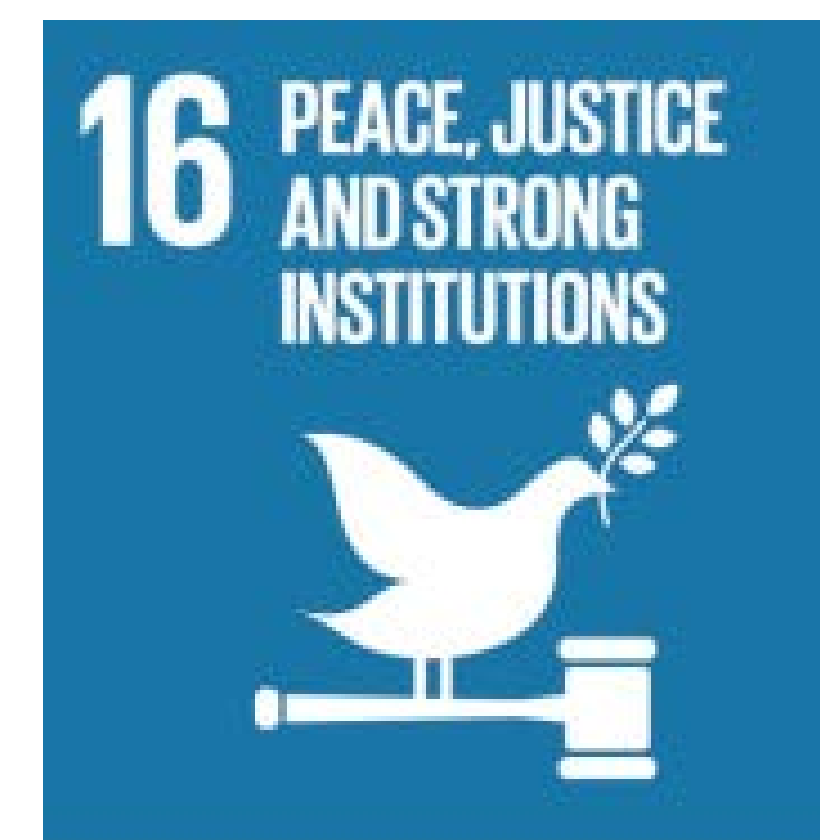
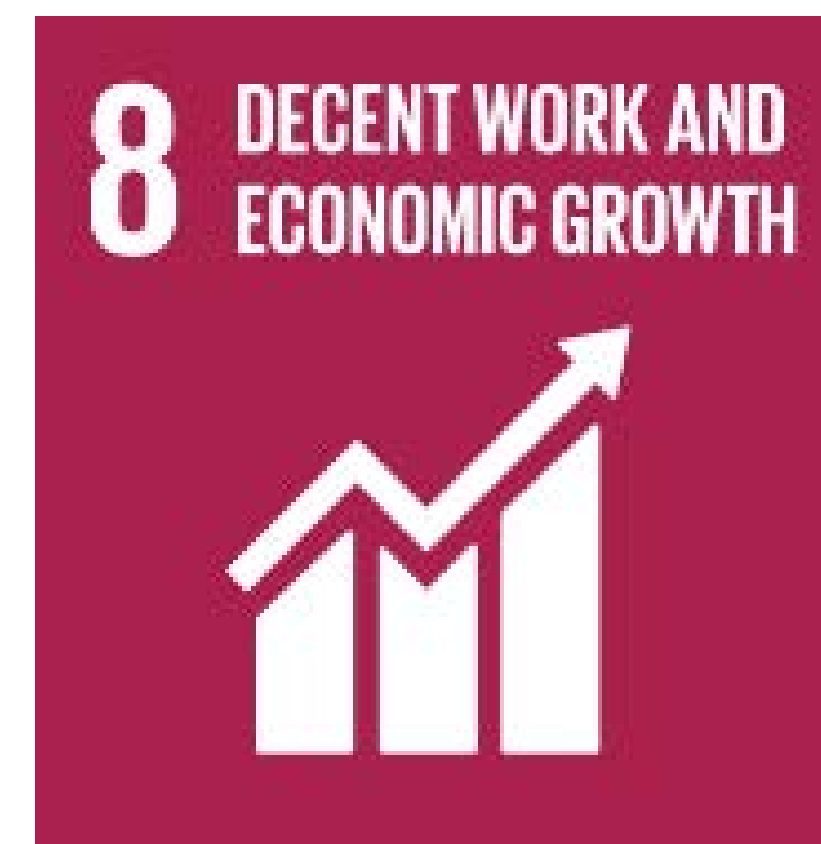


Social Mobilisation

Promoting accountability in policymaking on health

Reducing the risk of spreading outbreaks

Addressing migration and refugee health



Shanghai Declaration

Pillars

GOOD GOVERNANCE

HEALTHY CITIES & COMMUNITIES

HEALTH LITERACY

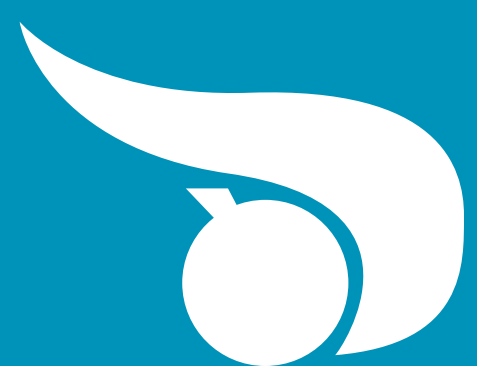
TRANSFORMATIVE Strategies

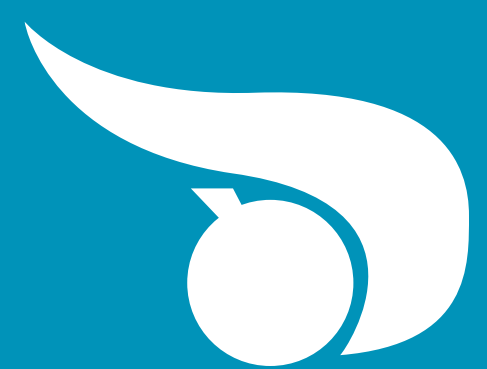
Broad commitments from the Shanghai Declaration

Apply mechanisms to protect health and promote well-being	Prioritize policies that have co-benefits with other city policies	Recognize that health literacy is a critical determinant of health
Introduce Universal Health Care Coverage	Make use of social innovation and interactive technologies	Develop national & local strategies to strengthen health literacy
Strengthen global governance to address cross-border issues	Promote equity and social inclusion	Increase citizens' control of their own health
Consider the value of traditional medicine	Re-orient health and social services to optimize fair access	Ensure consumer environments support healthy choices

ODS


Dr Faten Ben Abdelaziz



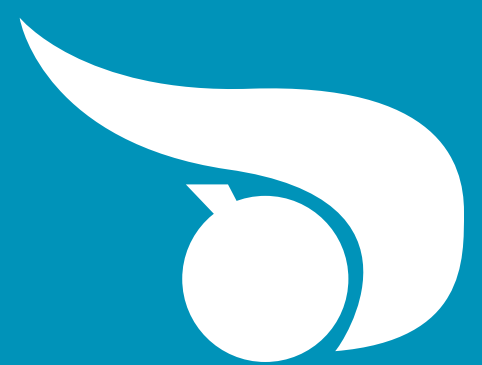


Shanghai Consensus on Healthy Cities 2016

We – more than 100 mayors from around the world – have come together on 21 November 2016 in Shanghai, China – united in the knowledge that health and sustainable urban development are inextricably linked, and steadfastly committed to advancing both. We also recognise that health and wellbeing are at the core of the United Nations Development Agenda 2030 and its Sustainable Development Goals.




Think global and act local



Mayors' Consensus



1. Work to deliver the basic needs of all our residents.
2. Take measures to eliminate air, water and soil pollution in our cities, and tackle climate change at the local level by making our industries and cities green and ensure clean energy and air.
3. Invest in our children, prioritize early child development and ensure that city policies and programs in health, education and social services leave no child behind.
4. Make our environment safe for women and girls, especially protecting them from harassment and gender-based violence.
5. Improve the health and quality of life of the urban poor, slum and informal settlement dwellers, and migrants and refugees – and ensure their access to affordable housing and health care.



6. Address multiple forms of discrimination, against people living with disabilities or with HIV AIDS, older people, and others.

7. Make our cities safe from infectious disease through ensuring immunization, clean water, sanitation, waste management and vector control.

8. Design our cities to promote sustainable urban mobility, walking and physical activity through attractive and green neighbourhoods, active transport, strong road safety laws, and accessible play and leisure facilities.

Cities working for health and wellbeing are central to sustainable development

Mayors and local leaders can play a defining role in delivering all SDGs. As mayors we have a responsibility to act locally and reflectively to make our cities inclusive, safe, resilient, sustainable and healthy. We are determined in our resolve to leave no one behind: the city belongs to all its residents.

Health is created at the local level in the settings of everyday life, in the neighbourhoods and communities where people of all ages live, love, work, study, and play. Health for all cannot be achieved without local leadership and citizen engagement. The good health of its citizens is one of the most powerful and effective markers of any city's successful sustainable development. This puts health at the centre of every mayor's agenda.

We recognize our political responsibility to create the conditions for every resident of every city to lead more healthy, safe and fulfilling lives. Cities are places where planning and policy-making is closest to communities – it must, therefore, incorporate communities' views, voices and needs. We commit to remove barriers to empowerment – especially for women, children, and other potentially vulnerable populations – and to support the full realization of human potential and capabilities at all ages in the city environment.



We commit to good governance for health

Healthy Cities have been platforms for implementing good governance for health, as well as improving health literacy – that is, for promoting health. Building on experience with city-led health initiatives, as mayors, we commit to prioritize the political choice for health in all domains of city governance and to measure the health impact of all our policies and activities. Achieving the SDGs will require close synergy between the global and national goals, and our local plans and programs. We have agreed to base our action on five governance principles which reflect the transformative agenda of the SDGs.

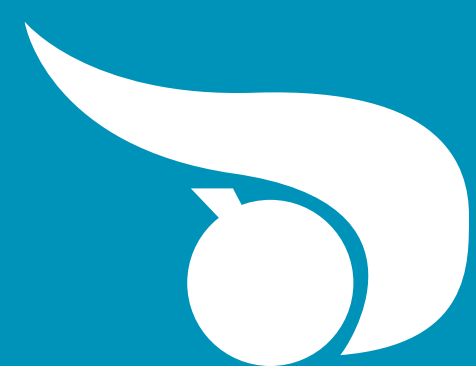
Our governance principles

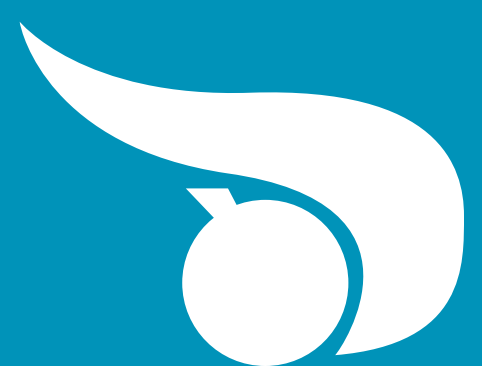
As mayors we commit to five Healthy Cities governance principles:

1. Integrate health as a core consideration in all policies: prioritize policies that create co-benefits between health and other city policies, and engage all relevant actors in partnership-based urban planning;
2. Address all – social, economic and environmental – determinants of health: implement urban development planning and policies which reduce poverty and inequality, address individual rights, build social capital and social inclusion, and promote sustainable urban resource use;
3. Promote strong community engagement: implement integrated approaches to promoting health in schools, workplaces, and other settings; increase health literacy, and harness the knowledge and priorities of our populations through social innovation and interactive technologies;
4. Reorient health and social services towards equity: ensure fair access to public services and work towards Universal Health Coverage;
5. Assess and monitor wellbeing, disease burden and health determinants: use this information to improve both policy and implementation, with a special focus on inequity – and increase transparency and accountability.

9. Implement sustainable and safe food policies that increase access to affordable healthy food and safe water, reduce sugar and salt intake, and reduce the harmful use of alcohol through regulation, pricing, education and taxation.

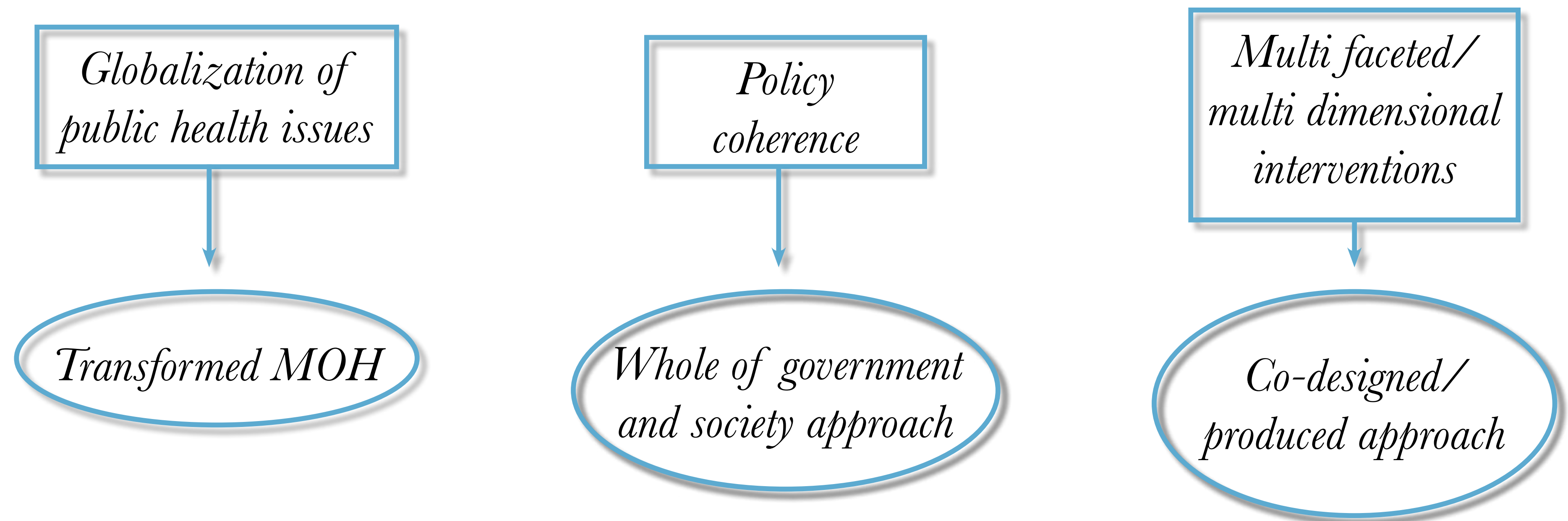
10. Make our environments smoke free.

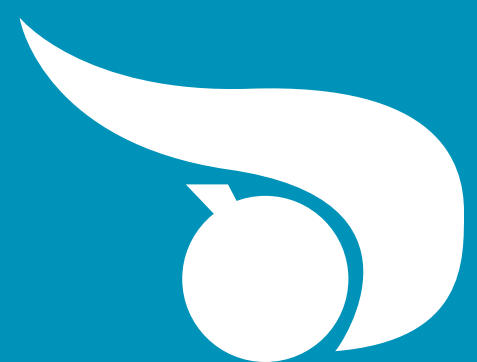




How do we move Forward

From MDGs to the SDGs requires





Conclusions

The SDG agenda provides opportunities to mainstream health across policy/program areas.

Good governance, health literacy, social mobilization, and healthy cities are strategic approaches to progress the agenda 2030.

There is a need to work across sectors to create the necessary conditions for success and to strengthen capacity in key areas.

High level political forum on the SDGs oversees a network of review process and health promotion should be more predominant.

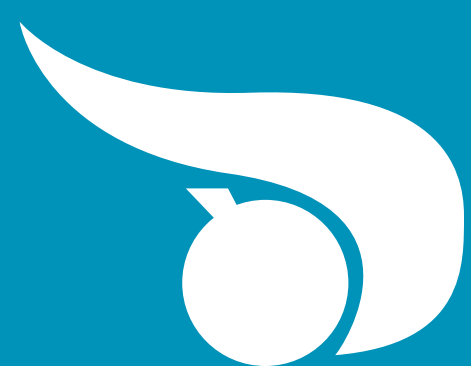
Los objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud

Una mirada desde Latinoamérica

Dra. Blanca Patricia Mantilla Uribe

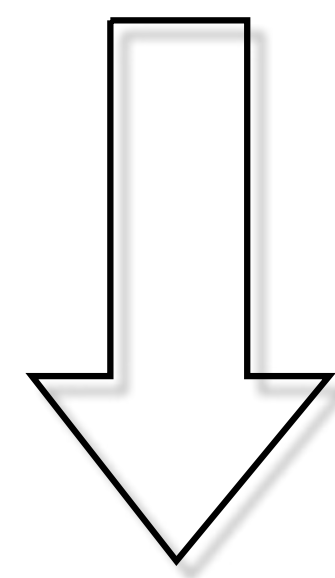
Directora del Instituto PROINAPSA
Centro Colaborador OMS/OPS en Promoción de la
Salud y Salud Sexual y Reproductiva
Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia





Del desarrollo económico al desarrollo humano y sostenible

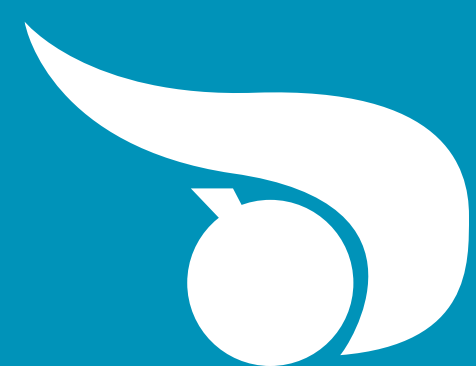
«Desarrollo», término aplicado a diversos campos del conocimiento. Uno de ellos el **desarrollo económico**: entendido como la mejora en la adquisición de bienes materiales y riqueza financiera.



- El desarrollo económico por si sólo no garantiza el bienestar de las personas.
- En las década de los 70 y los 80, del siglo XX, se definió un nuevo paradigma del desarrollo, **centrado en las personas**.



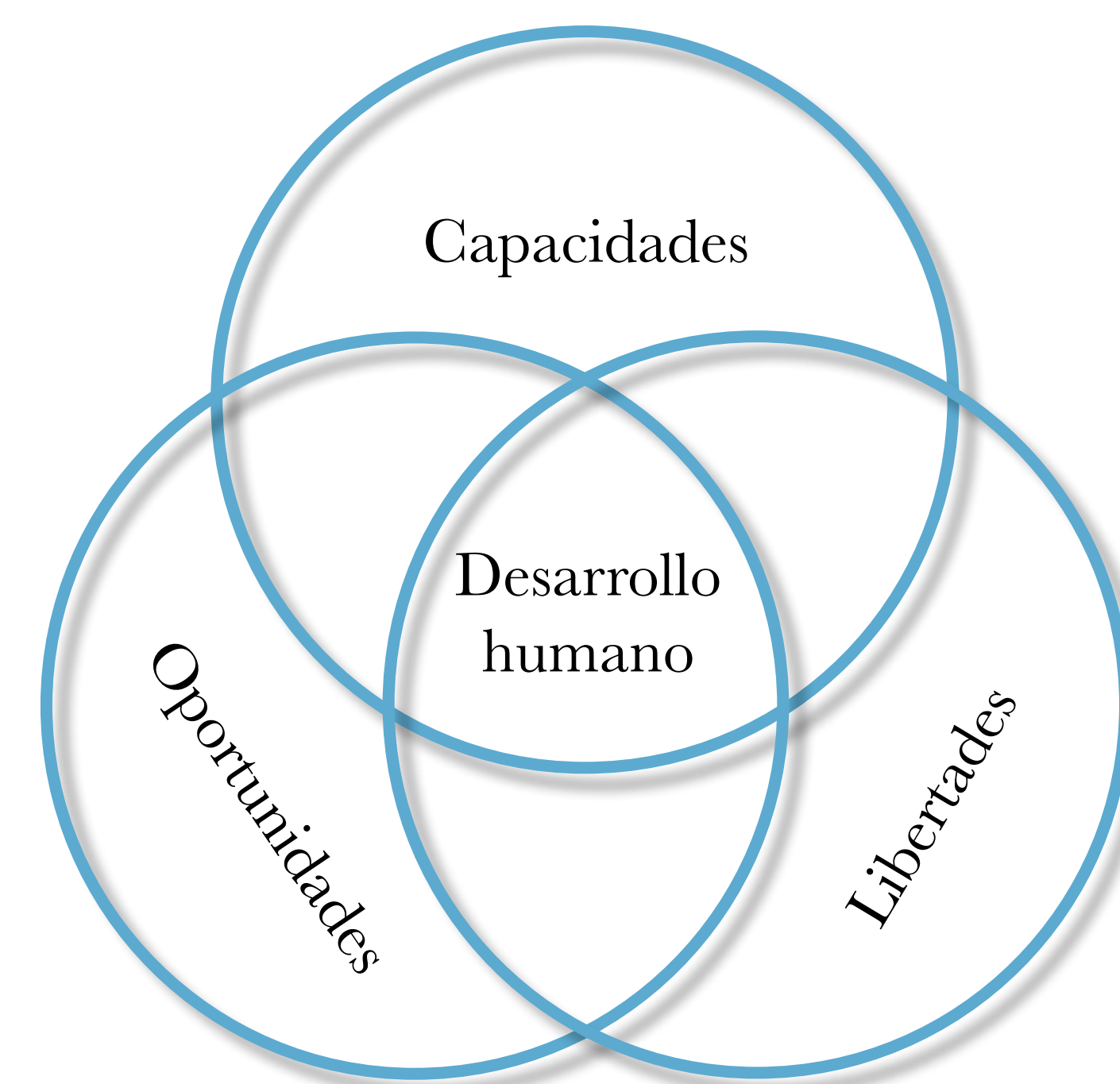
Desarrollo Humano
y Sostenible



Desarrollo humano

Ampliación de las **oportunidades** y el desarrollo de **capacidades** del ser humano, considerando tres aspectos esenciales: «vivir una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente».

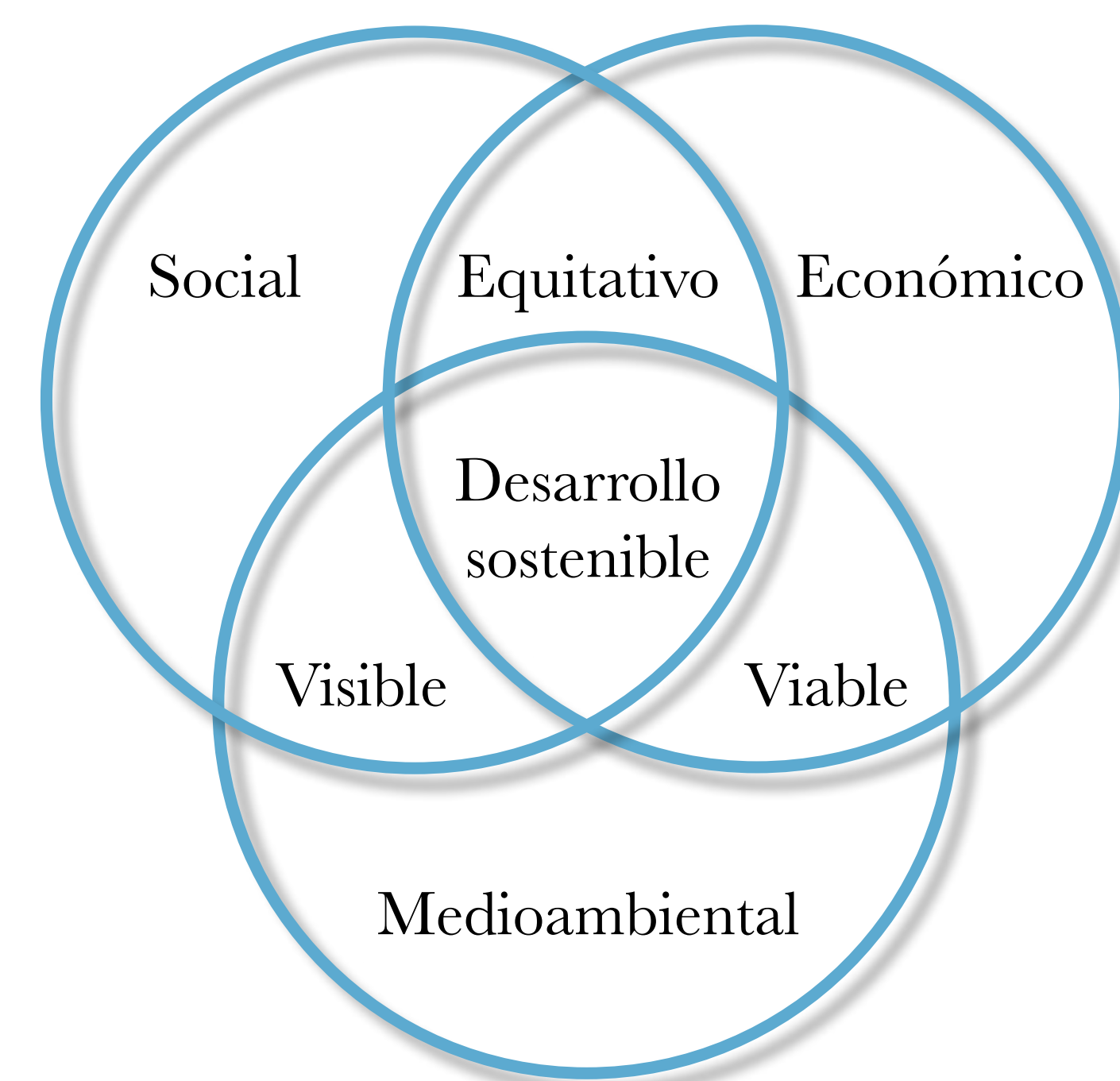
PNUD. 1990

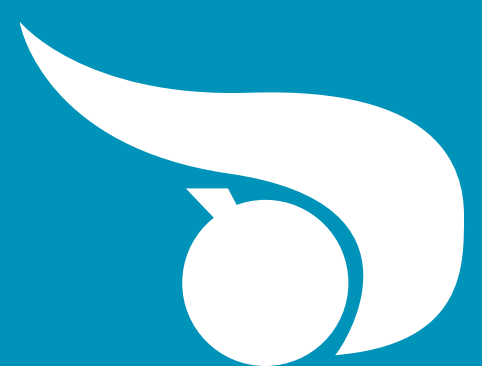


Desarrollo sostenible

“ Aquel que logra satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de la generaciones futuras ”.

Informe Brundtland.1987





Desarrollo humano y sostenible

Un compromiso mundial

Se enfoca en el **bienestar** de las generaciones actuales y futuras

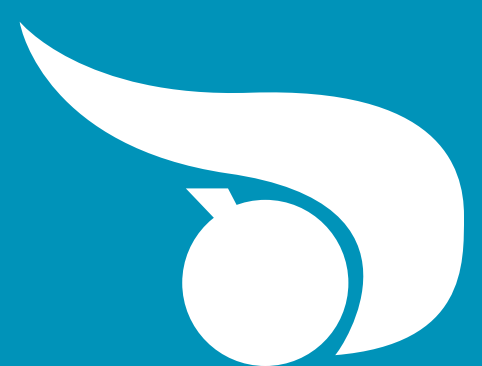
Incluye un concepto amplio de la **salud**

Implica mantener y potenciar la capacidad del **ambiente**

Reconoce el rol de la **educación** como herramienta que contribuye a la construcción de capacidades

De los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000 - 2015

A los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015 - 2030



La salud y el desarrollo humano y sostenible (DHS)

“ La **salud** es el mejor recurso para el desarrollo económico y social de cualquier país ”

Carta de Ottawa, 1986



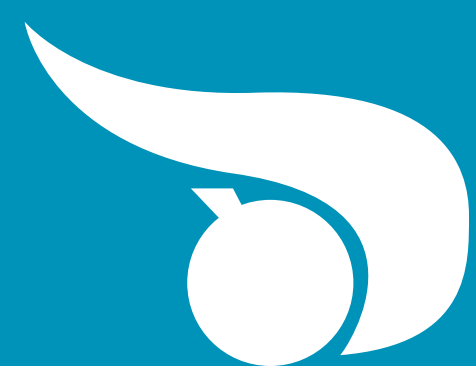
“ La Promoción de la Salud en América Latina consiste en la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental para el desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo ”

Declaración de Santafé de Bogotá, 1992

- Se **crea** en la vida cotidiana.
- La **Salud** es un resultado individual pero sobre todo **está determinada** por las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales en las cuales crecen y viven las personas.



Fuente: Instituto PROINAPSA.



Alianza salud- educación base del desarrollo humano y sostenible

Existe mucha evidencia de que una buena salud:

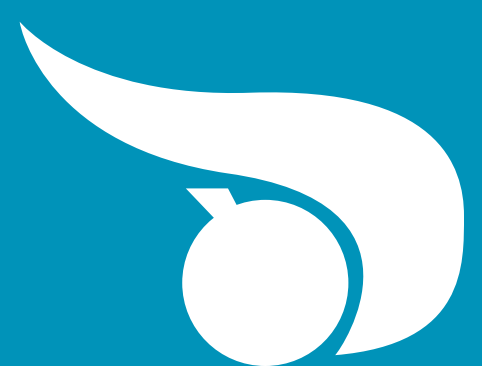
- Facilita y mejora el aprendizaje,
- Disminuye el ausentismo y la deserción escolar
- Aumenta el rendimiento académico de niñas, niños y jóvenes
- En la medida en que el estado nutricional y la salud mejoran, también aumenta la capacidad para asistir al colegio y desempeñarse con éxito.

OPS, 1998

La educación tiene impacto en las condiciones de salud de las personas y las comunidades:

- A medida que aumenta el nivel educativo, disminuye la mortalidad infantil, la mortalidad materna y el embarazo en adolescentes.
- **«... en los hogares constituidos por personas con mayor grado de educación, el estado de salud y la calidad de vida tanto de los adultos como de los niños son mejores».**
- La educación fortalece la habilidad de las mujeres para crear hogares saludables, beneficiarse de la información en salud, utilizar bien los servicios disponibles y acceder a mejores ingresos y vida más saludable.

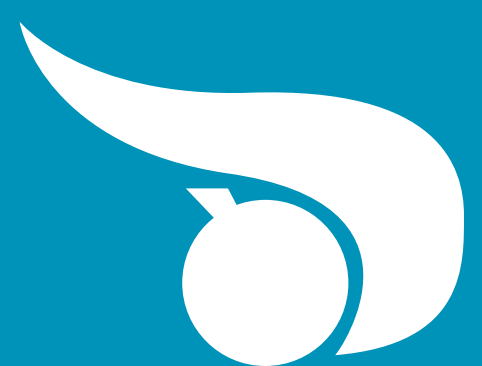
UIPES, 2000



Objetivos de desarrollo del milenio

Tuvimos objetivos y metas sectoriales, pero el centro del desarrollo fueron las personas.





Objetivos de desarrollo sostenible

“ El alcance de una vida sana está en el centro del desarrollo sostenible ”
PNUD, 2016

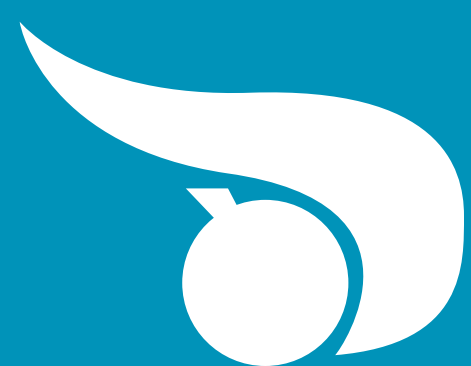


La **salud es un resultado** del desarrollo y un medio para su consecución y la **promoción de la salud la estrategia** para crear condiciones que garanticen el bienestar general.

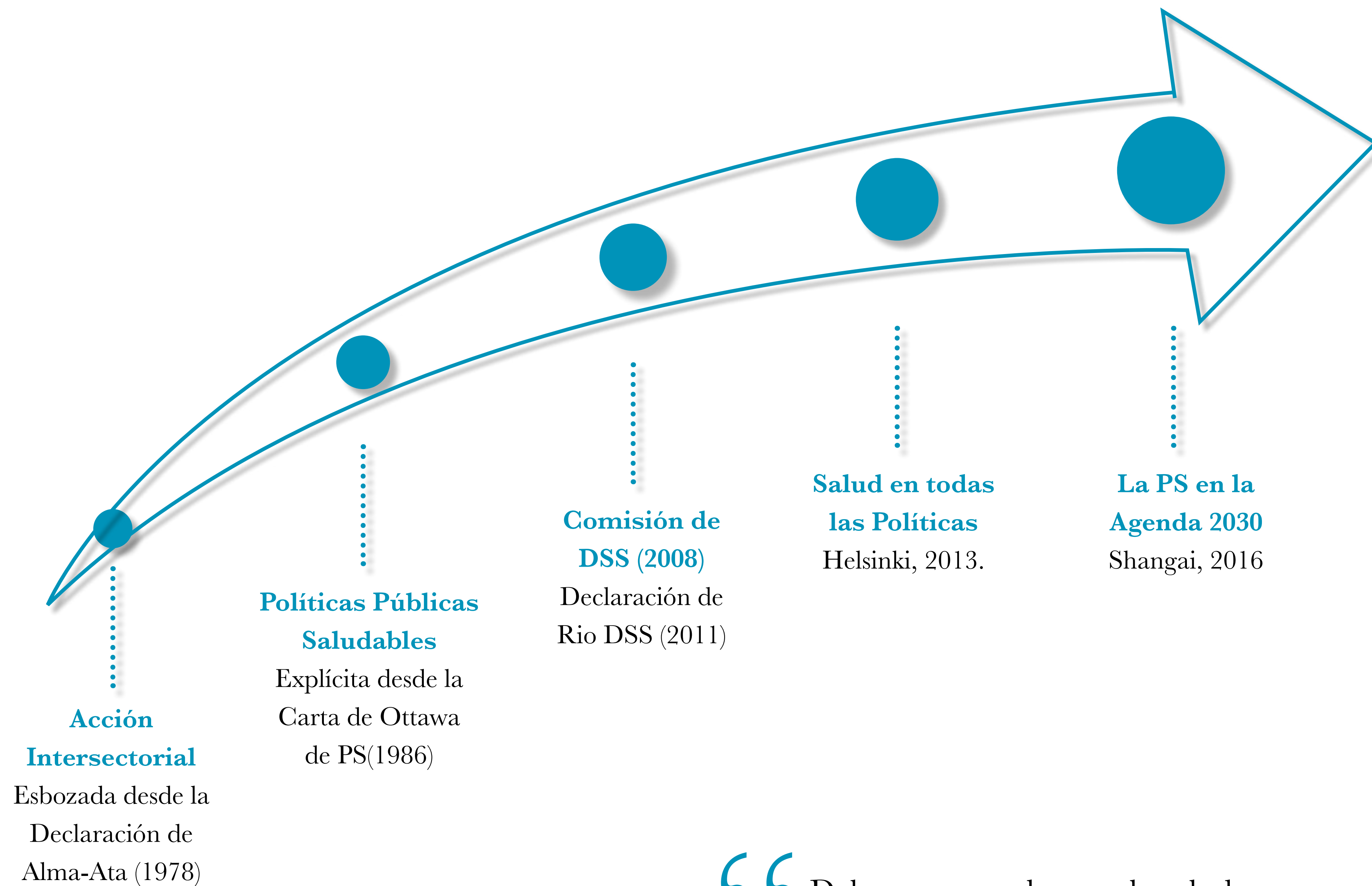


- «**Las poblaciones saludables** son activos fundamentales para el desarrollo sostenible... una población saludable es el **motor básico para alcanzar el desarrollo** y que la salud, contribuye a todos y cada uno de los 17 objetivos de desarrollo sostenible».
<http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-ODSColombiaVSWS-2016.pdf>
- Reconocemos que la salud es una **opción política, y contrarrestaremos los intereses perjudiciales para la salud y eliminaremos los obstáculos al empoderamiento**, especialmente de las mujeres y las niñas. Instamos a los líderes políticos de diferentes sectores y niveles de gobernanza, del sector privado y de la sociedad civil, **a unirse a nosotros** en nuestra determinación de promover la salud y el bienestar en todos los ODS.

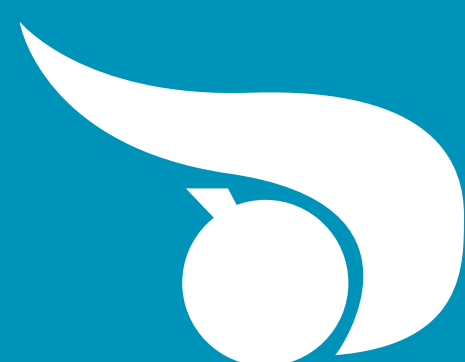
Declaración de Shanghái, 24 de noviembre de 2016



Los determinantes sociales de la salud y las políticas públicas saludables



“ Debemos recordar que la salud es un resultado de todas las políticas... ”
Ban Ki Moon

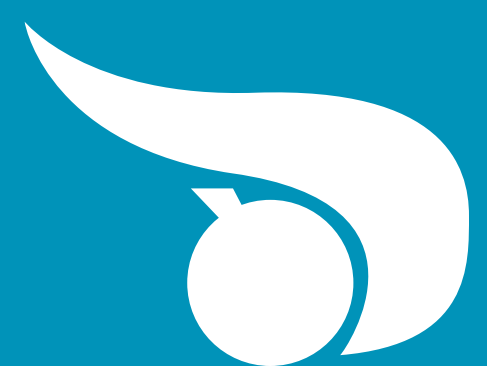


Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

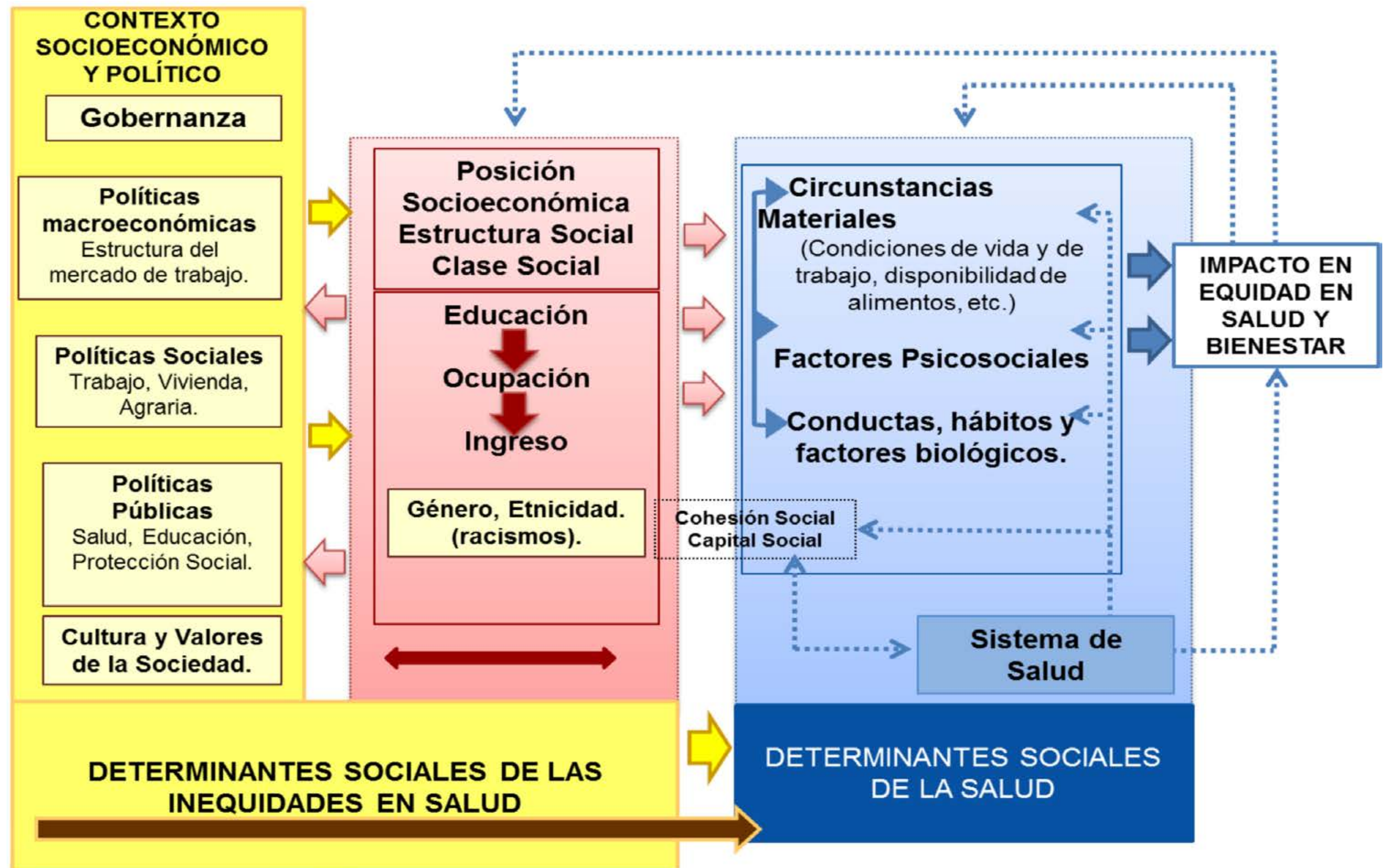
- Dentro de cada país y entre los países hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Esas diferencias no deberían existir.
- Estas son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece.

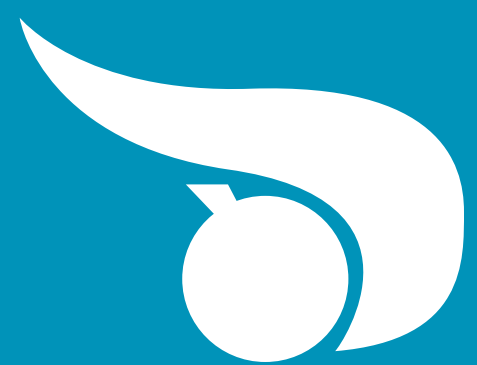
http://www.who.int/social_determinants/es/

(CDSS, 2008)



Marco conceptual de CDSS





Trabajar con el enfoque de Determinantes sociales de la salud implica:

- **EQUIDAD:** identificación desigualdades y explicación de inequidades en salud
- **INTERSECTORIALIDAD**
- **PARTICIPACIÓN SOCIAL**
- **ACTUAR EN LO LOCAL:** Contexto

(REDET, Castillo, A. 2010)

Desigualdades sociales:

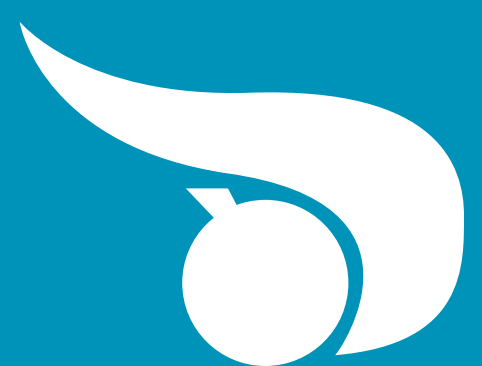
Son situaciones sociales diferentes que se explican por la variación en los niveles de privilegio en la jerarquía social (poder, prestigio, riqueza o clase social).



(REDET Mód. 5 y 6)

Se consideran **inequidades en salud** cuando son:

- Evitables
- Injustas
- No elegidas e innecesarias



Concepto de equidad

La equidad es un concepto ético asociado con principios de **justicia social** y **derechos humanos**.

(Whitehead M. The concept and principles of equity and health. International Journal of Health services 22:429-44, 1992.)

Equidad = Igualdad?

Igualdad no es lo mismo que equidad



Igualdad



Equidad



Intersectorialidad

Es uno de los criterios más importantes para el abordaje de las inequidades en salud y la región de las Américas tiene amplia experiencia en trabajo intersectorial pero no tanto para el abordaje de las inequidades en salud.

(OPS, 2015)

“Aquellas **actividades realizadas por los sectores externos al sector salud**, posiblemente aunque no necesariamente en colaboración con el sector salud, para lograr resultados de salud o de equidad en salud o bien sobre los determinantes sociales de la salud o la equidad en salud”.

(Agencia de Salud Pública de Canadá, OMS, 2008)

“Intervención coordinada de **instituciones representativas de más de un sector social**, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida”.

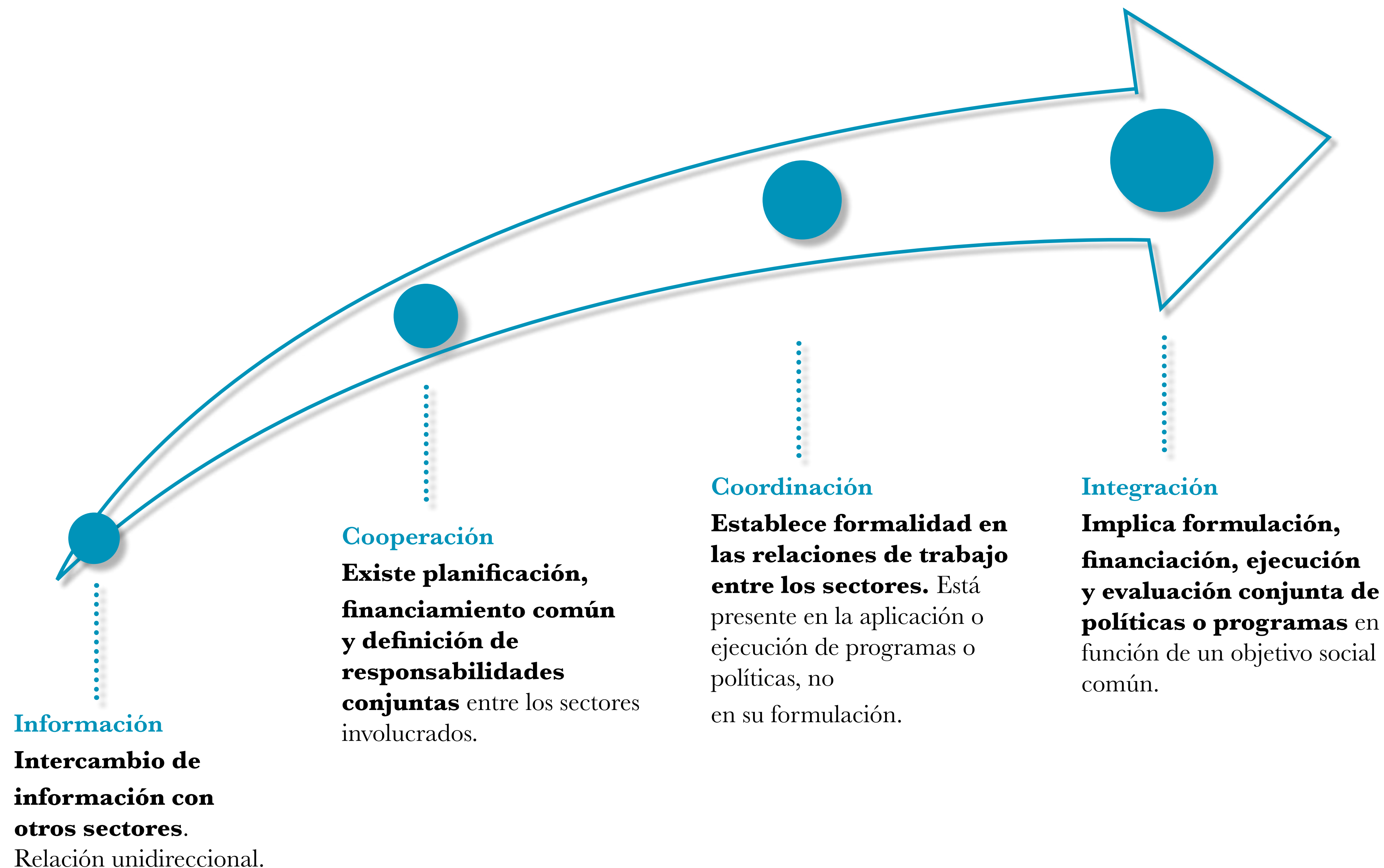
(Castell, 2004)

La **acción intersectorial** es posible y es mejor, dependiendo de la gestión que se haga para que los sectores trabajen de manera conjunta. (.....)“**para desarrollar y sostener procesos que trasciendan de una acción puntual, y más bien se constituyan en acciones permanentes orientadas a la construcción de capacidad para responder a condiciones y problemáticas en salud**... En otras palabras, creación de capacidad local para analizar, interpretar e intervenir intersectorialmente(...)”.

De Salazar, L. (2011) Gestión intersectorial para reducir y controlar las inequidades en salud: Evidencias para establecer causalidad vs información para la gestión en salud. **Fundesalud, Cali, p 2-4.**

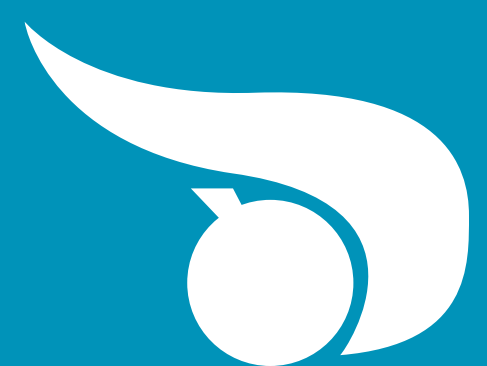


Niveles Gestión Intersectorial

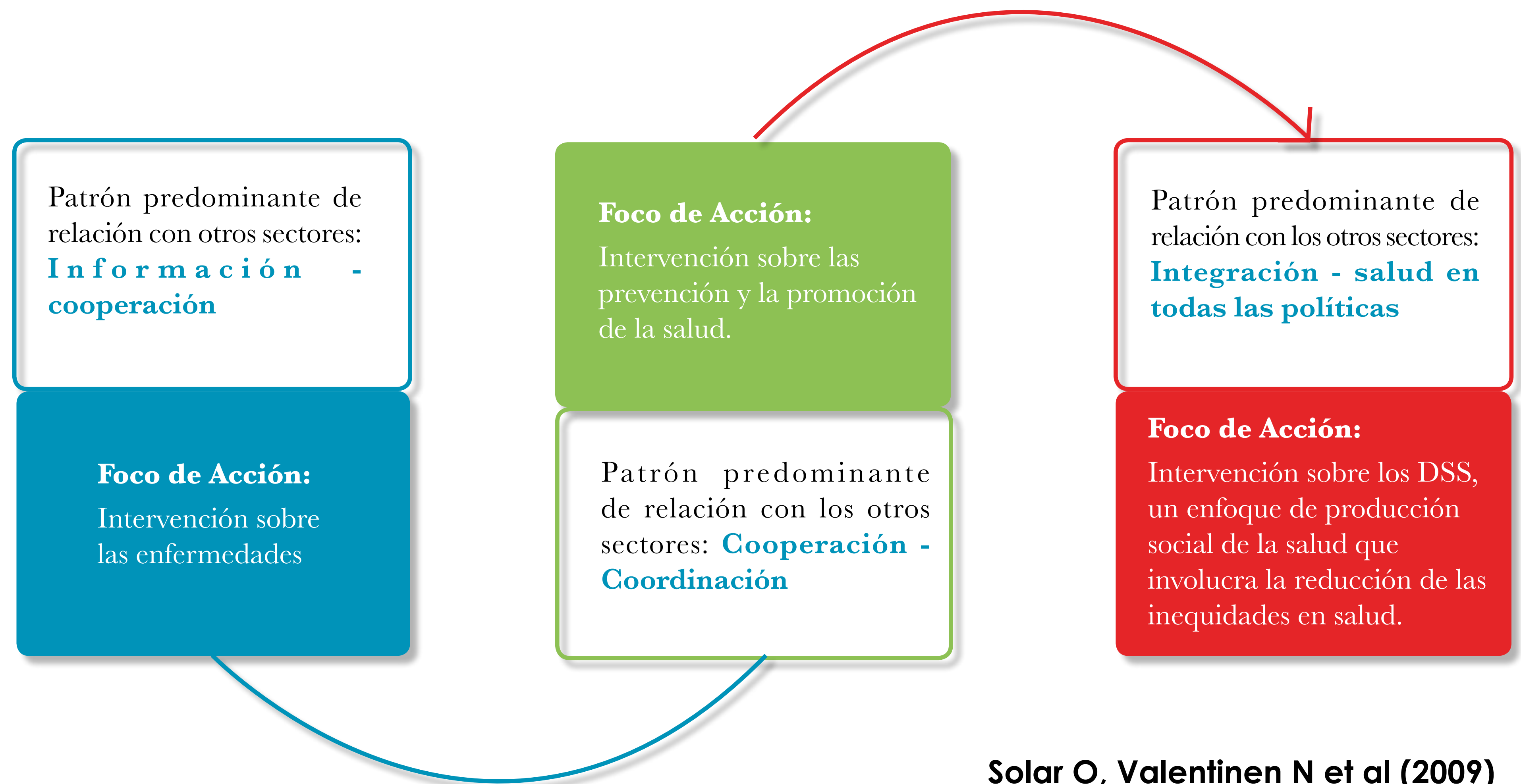


Solar O, Valentine N, Rice M, Albrecht D. Moving Forward to Equity In Health. What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Partnership and Intersectoral Action.

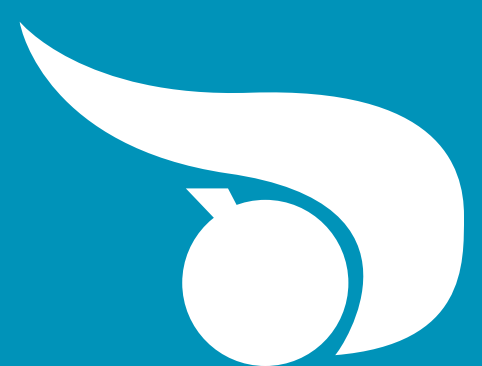
Conference Working Document. En: 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, Nairobi, Kenya, 2009



Existe cierta correspondencia entre los tipos de relaciones intersectoriales que se construyen en los países y los focos de atención predominantes en el sector salud.



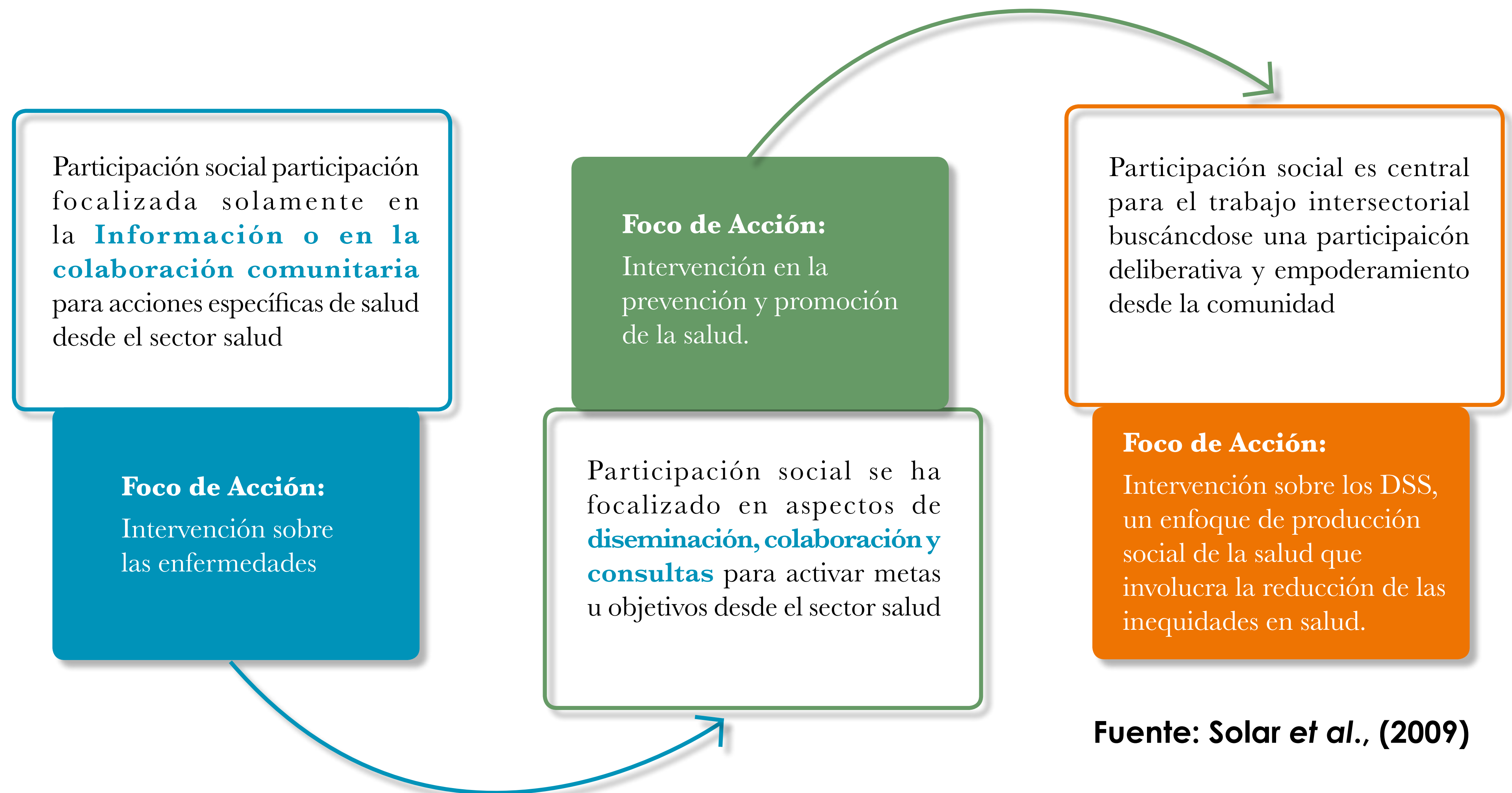
- El foco de atención se relaciona con la visión hegemónica de salud pública en el sector sanitario y en los otros sectores.



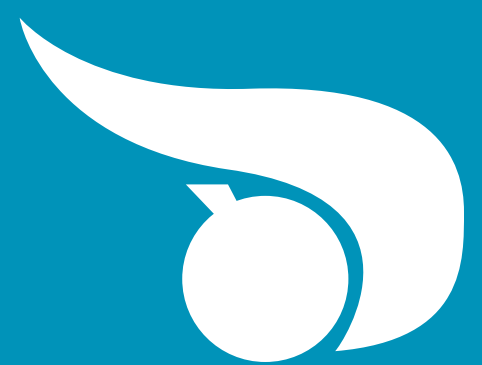
Participación social

La **participación social** real es uno de los mecanismos de redistribución del poder que contribuyen a cambiar y eliminar las inequidades en salud. Para ello se requiere el **empoderamiento** de los grupos sociales o de la población que se relaciona con el Programa o la Política de salud.

Figura 2. Visión de salud y sociedad y su relación con la modalidad de participación social



Fuente: Solar et al., (2009)



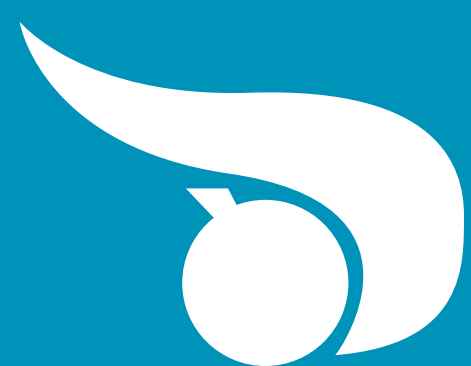


“ La adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus ODS en 2015 tiene el potencial de transformar el desarrollo humano. En ella se reconoce que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sostenible, ya que constituyen las condiciones previas, los resultados y los indicadores de una sociedad sostenible (...) Esta Conferencia de Shanghái ha puesto de manifiesto la potente contribución que la promoción de la salud puede realizar para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, tal y como se pide en el ODS3. ”

**Declaración de Shanghái,
24 de noviembre de 2016**



Ilustración 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud



“ El conocimiento generado y adquirido, que reside en las memorias individuales y colectivas, aunque valioso por sí mismo, adquiere todo su valor y logra sus propósitos evolutivos cuando se aplica a fines concretos y se integra a tareas específicas que contribuyan al desarrollo individual y social. ”

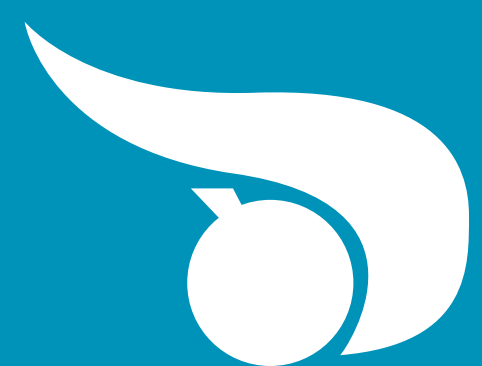
**Informe de la Misión de Sabios,
Colombia, 1996.**



La Agenda 2030 en el contexto de los países mediterráneos

Dra. Rita Maria Ferrelli

Istituto Superiore di Sanità
Italia



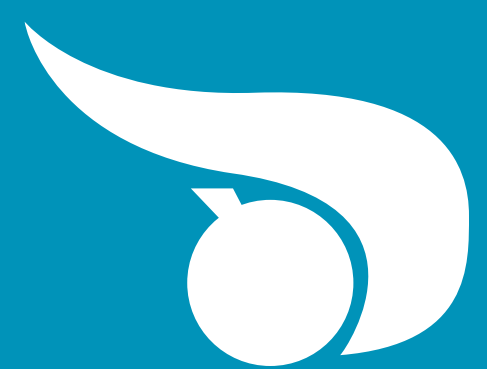
Objetivos de desarrollo sostenible



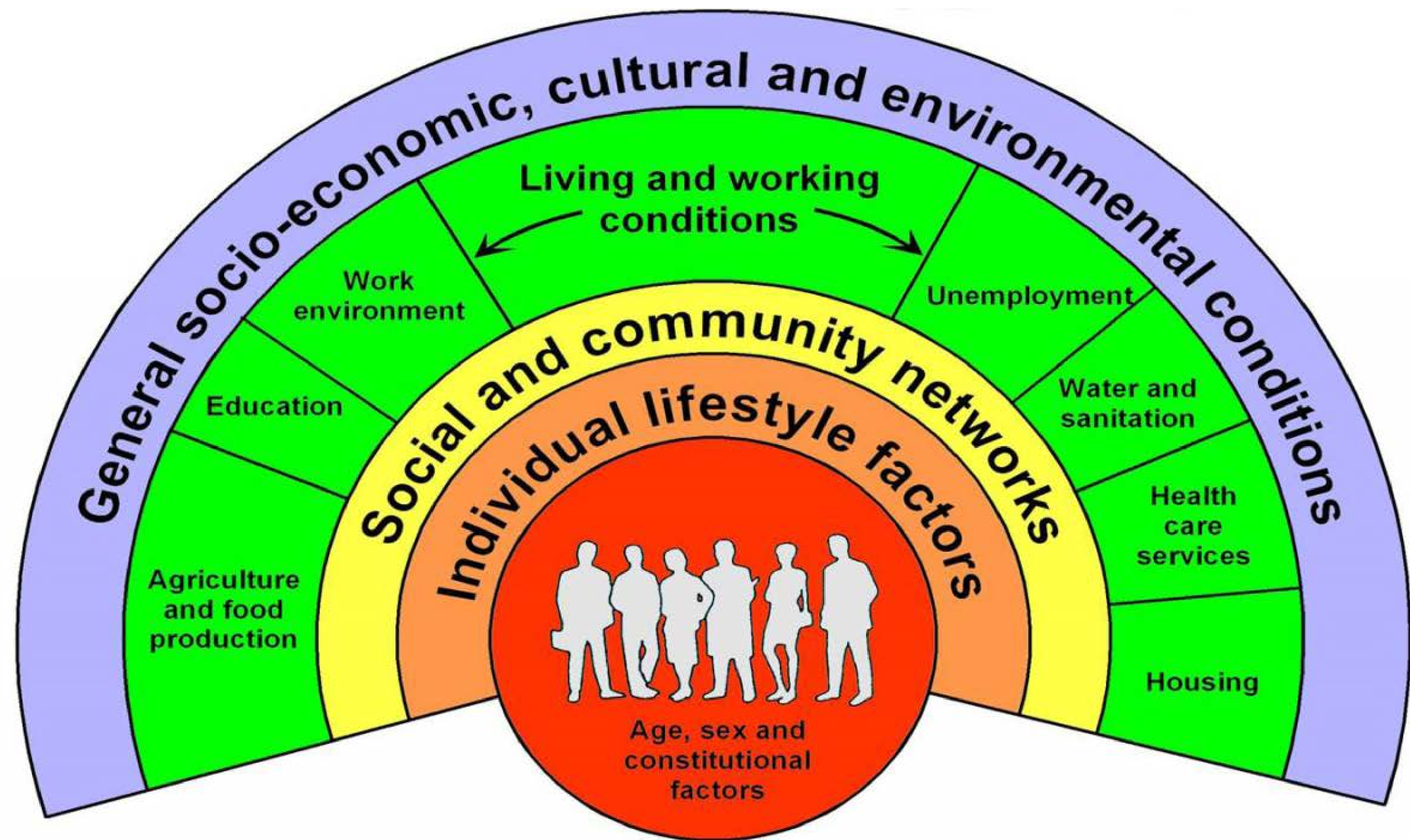
Salud

«La salud, estado de completo **bienestar físico**, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, es un **derecho humano** fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la **intervención** de muchos **otros sectores sociales y económicos**, además del de la salud.» (Declaración de Alma Ata OMS, 1978)

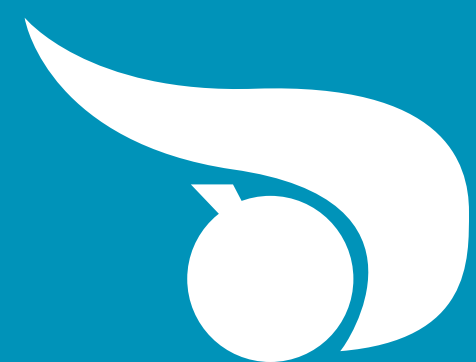




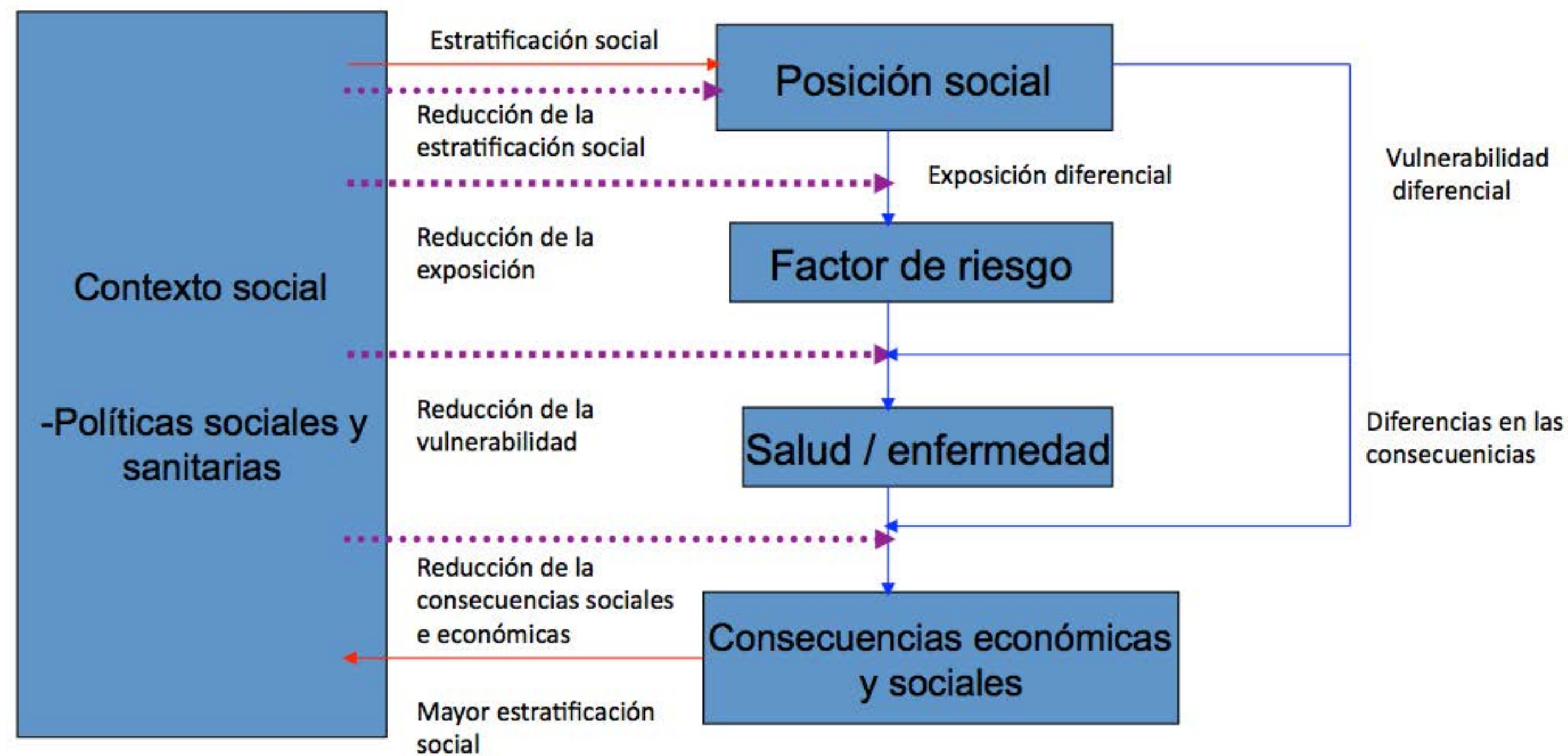
Determinantes sociales de la salud



Fuente: Dahlgren & Whitehead, 1991

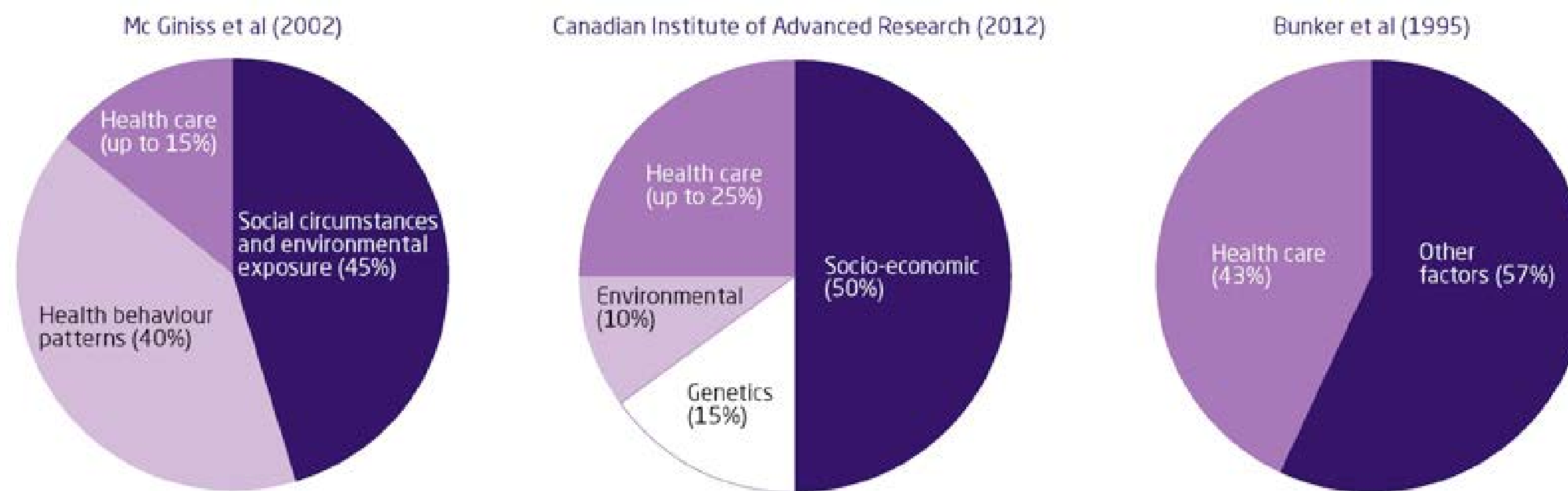


Determinación social de la salud

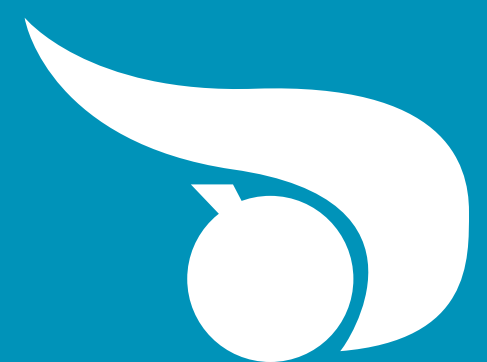


Fuente: Diderichsen et al. 2001

Contribución de distintos determinantes de salud

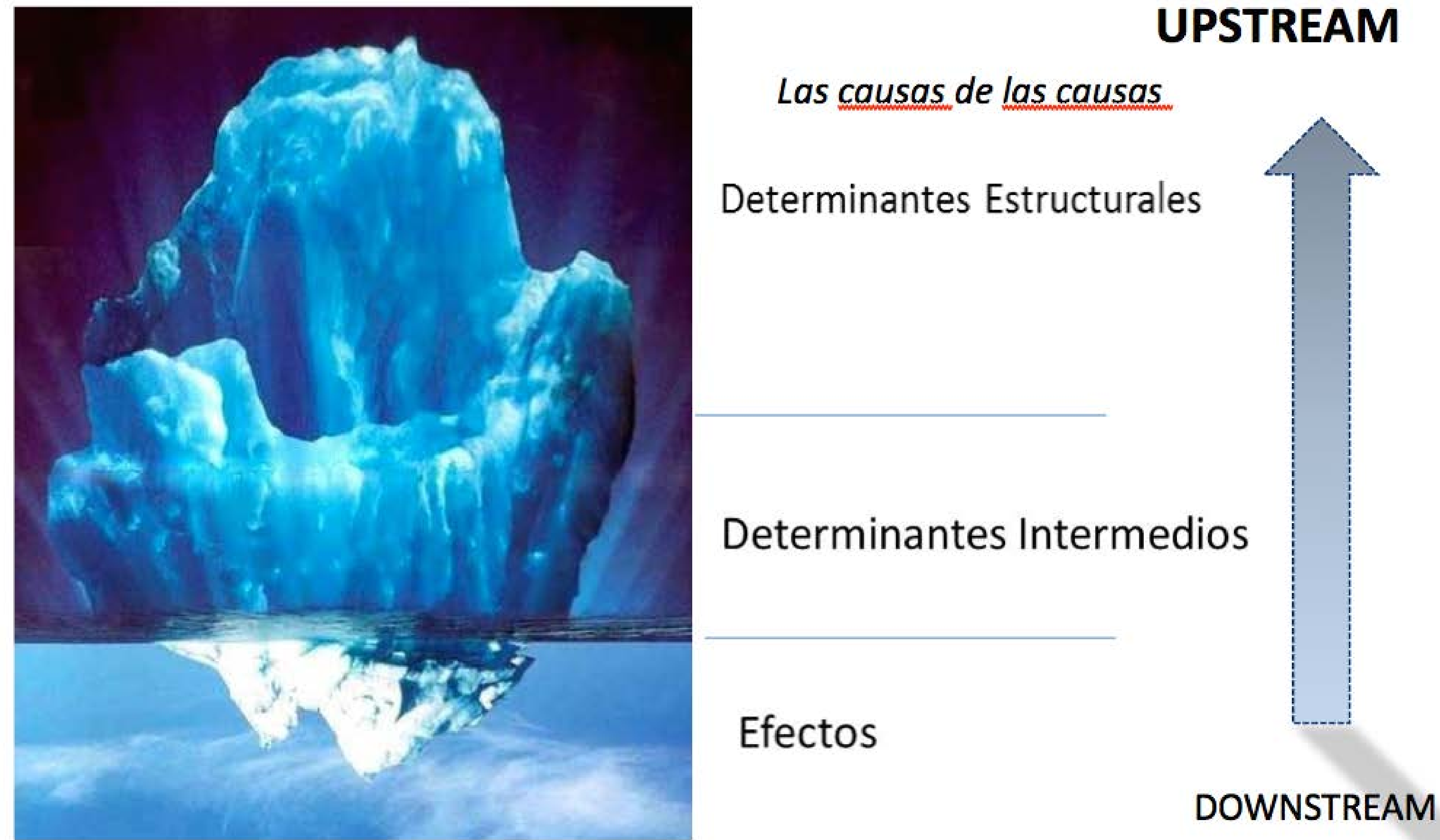


Fuente: www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/trends/broader-determinants-health (Acceso: 3 junio 2017)



Acción en los determinantes de la salud

Desde un acercamiento sistémico e integral hasta intervenciones sectoriales (Solar 0, 2015).



Upstream: reformas sociales políticas fiscales, económicas, educación, welfare

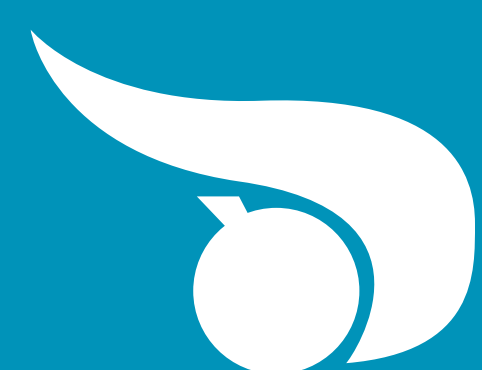
- Acción en los DSS estructurales

Midstream: reducción del riesgo en términos de **exposición** y **vulnerabilidad**

- Acción en los determinantes intermedios: entorno de vida y trabajo, estilos de vida

Downstream: reducción de los **efectos** sobre la salud

- Acción en los determinantes proximales: servicios sociales y de salud (acceso, cobertura)



Marco conceptual OMS para actuar en los DSS

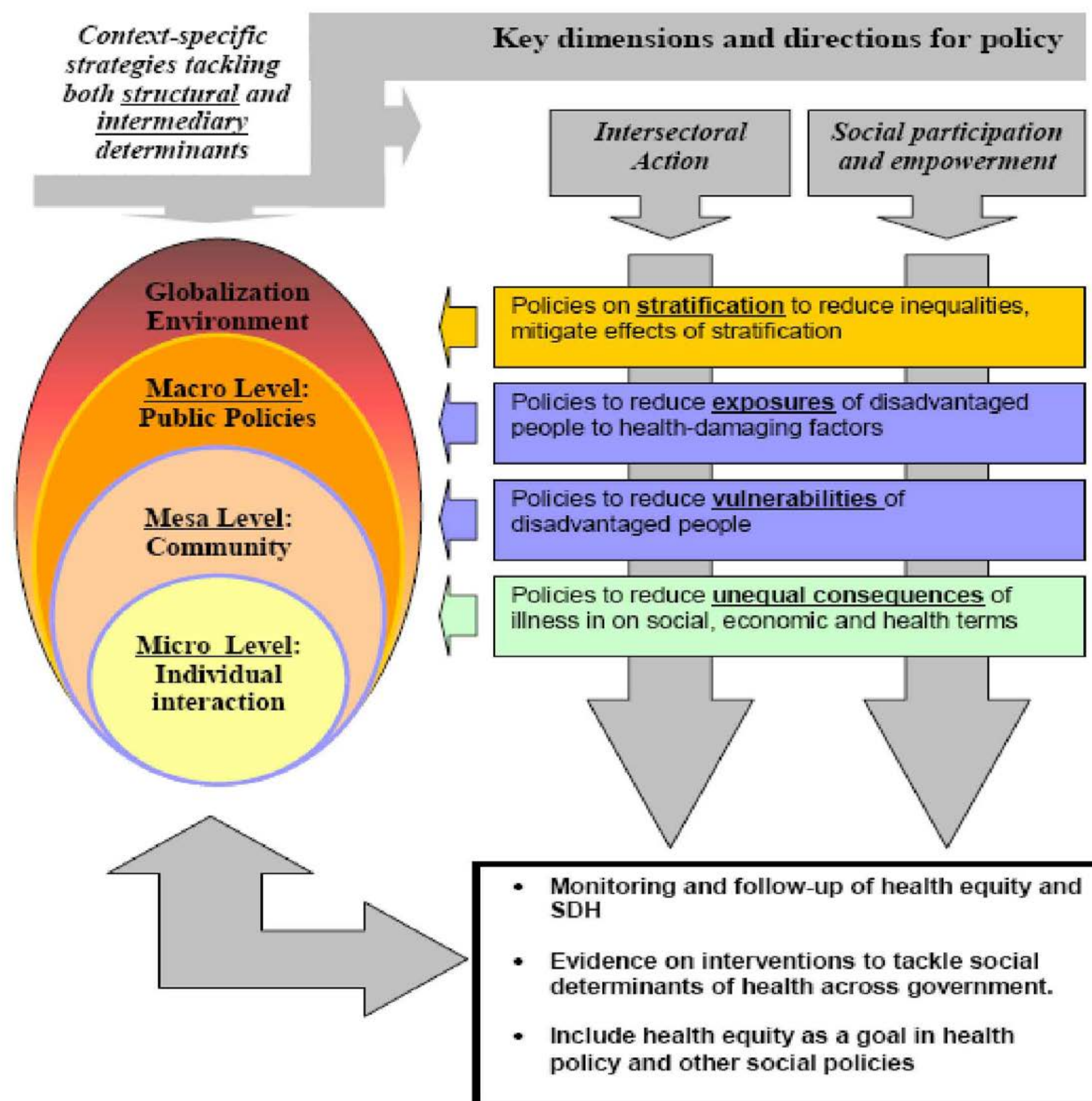
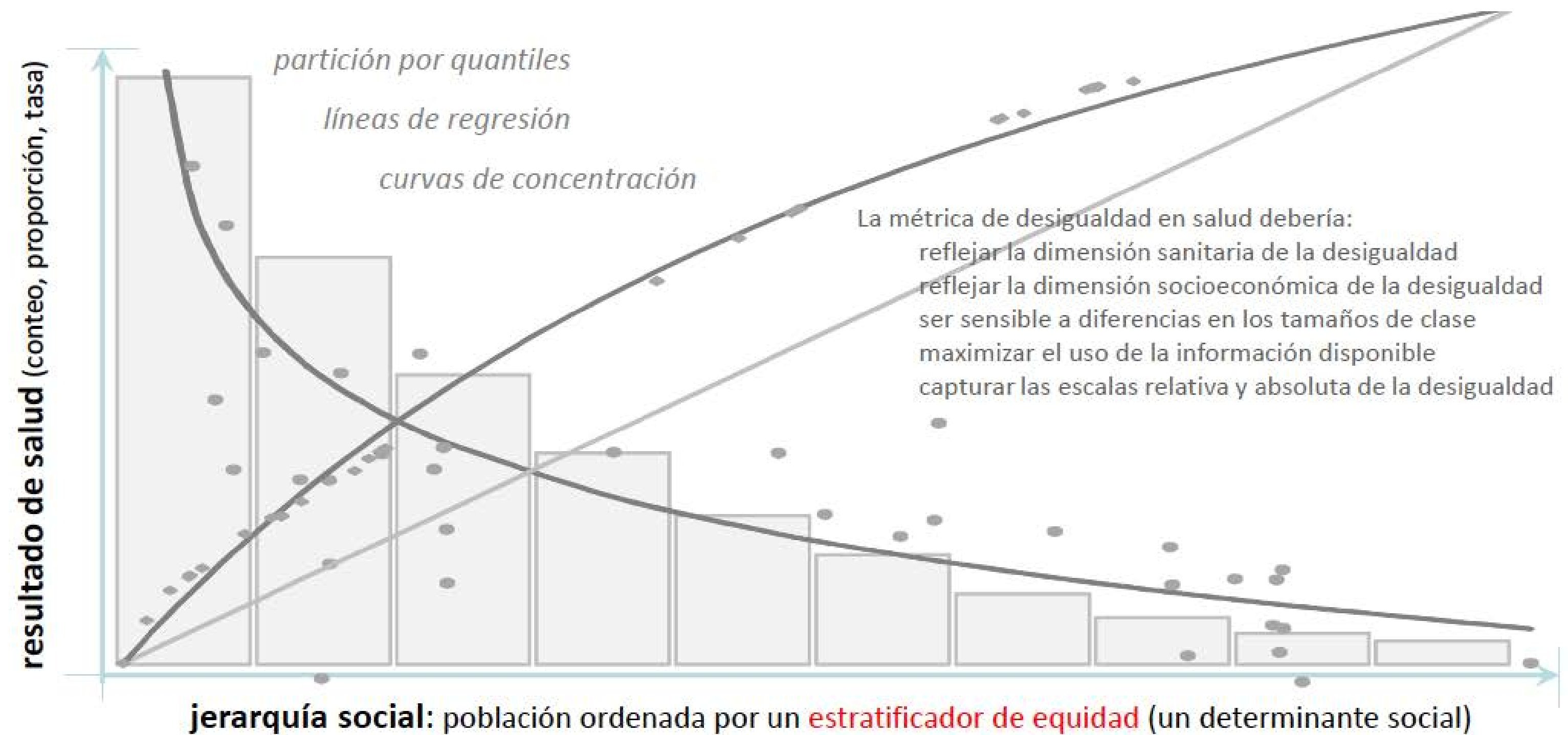
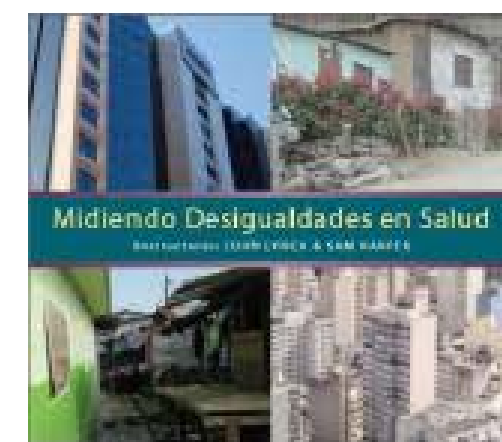
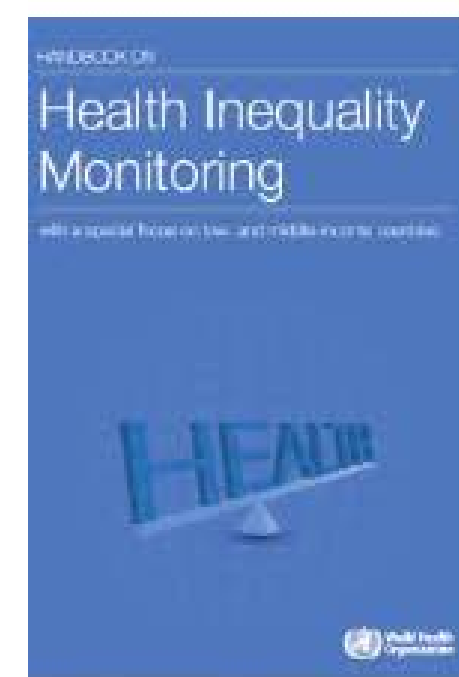


Figure: Framework for action on tackling social determinants of health inequities

Primer paso: medir las desigualdades



desde el más socialmente desaventajado

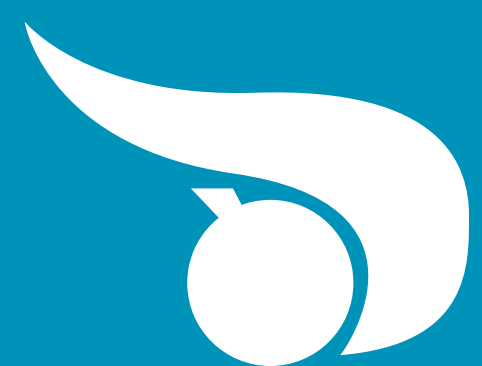
Estratificadores de Equidad: **PROGRESS**

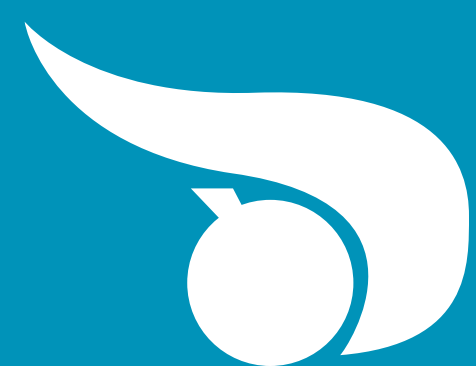
- Place of residence
- Race/ethnicity
- Occupation
- Gender
- Religion
- Education
- Socioeconomic status (poverty)
- Social capital or resources

hasta el menos socialmente desaventajado

ojm/SDE/PAHO/WHO; 2013

Mujica O. Monitoreo de la equidad en salud: perspectivas sobre el porqué y el cómo y el para qué. Programa Especial de Equidad en Salud y Desarrollo Sostenible, OPS/OMS Reunión de Trabajo sobre Monitoreo de la Equidad en Salud – Proyecto EUROsocial. Lima, Perú; julio 24-25, 2014





EUROsociAl II: equidad para la cohesión social

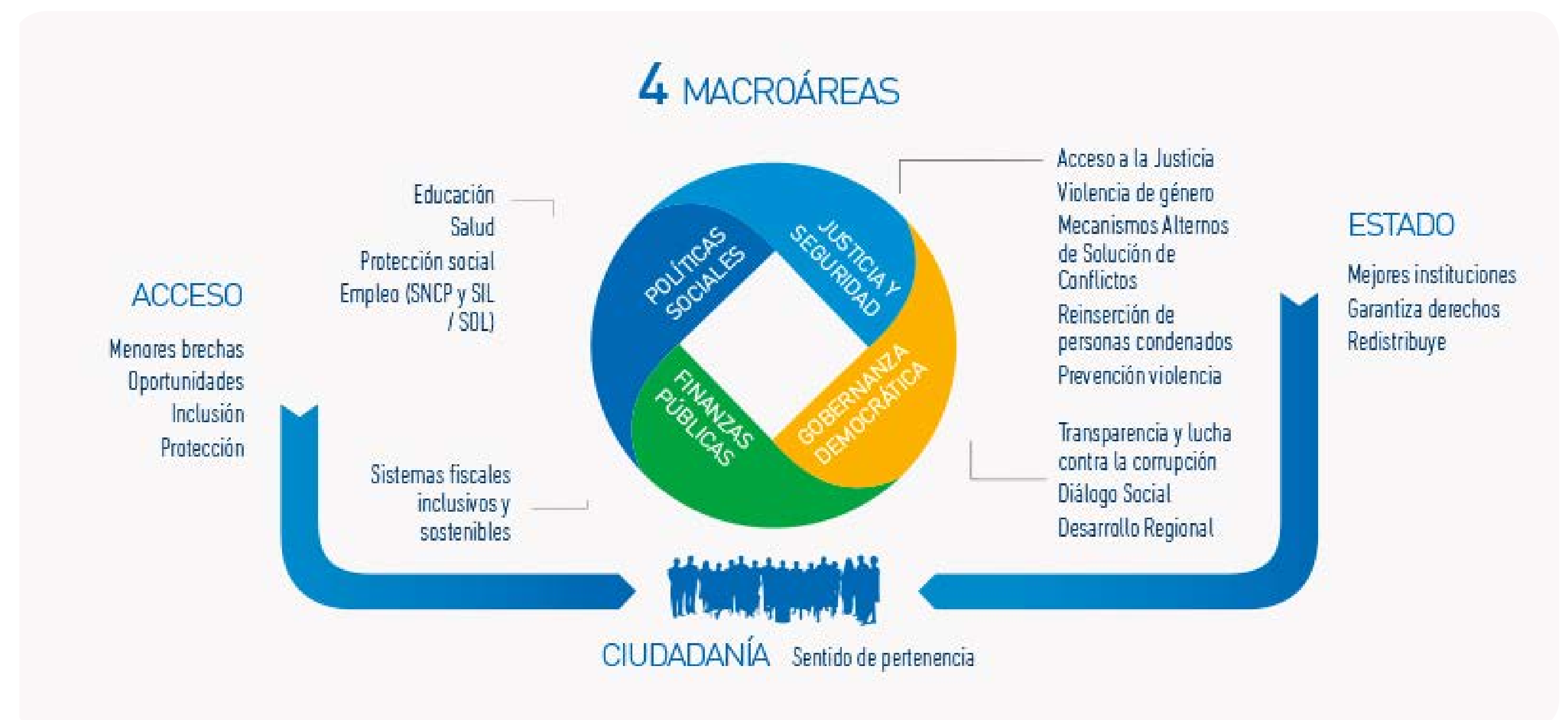
Programa de la Unión Europea para la cohesión social en Latinoamérica (2012 - 2015).

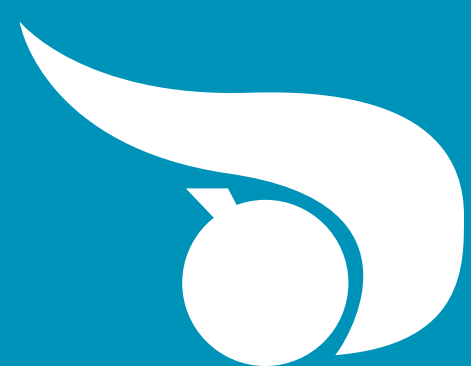
Cohesión social: entendida como (CEPAL 2007)

- Relación entre las fuerzas que unen la sociedad
- Estado inclusivo e instituciones con políticas públicas sostenibles
- Ciudadanía activa que genera sentido de identidad e inclusión

Cuatro macroáreas

- Políticas sociales: **salud**, educación, protección social
- Justicia y seguridad
- Finanzas públicas
- Gobernanza democrática

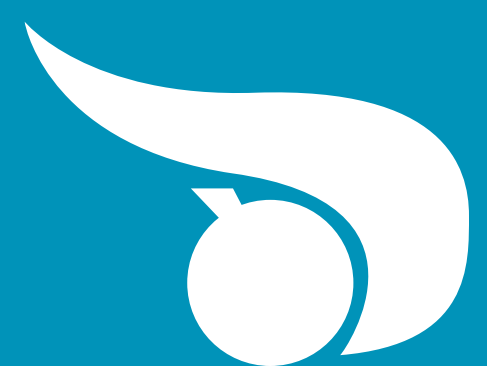




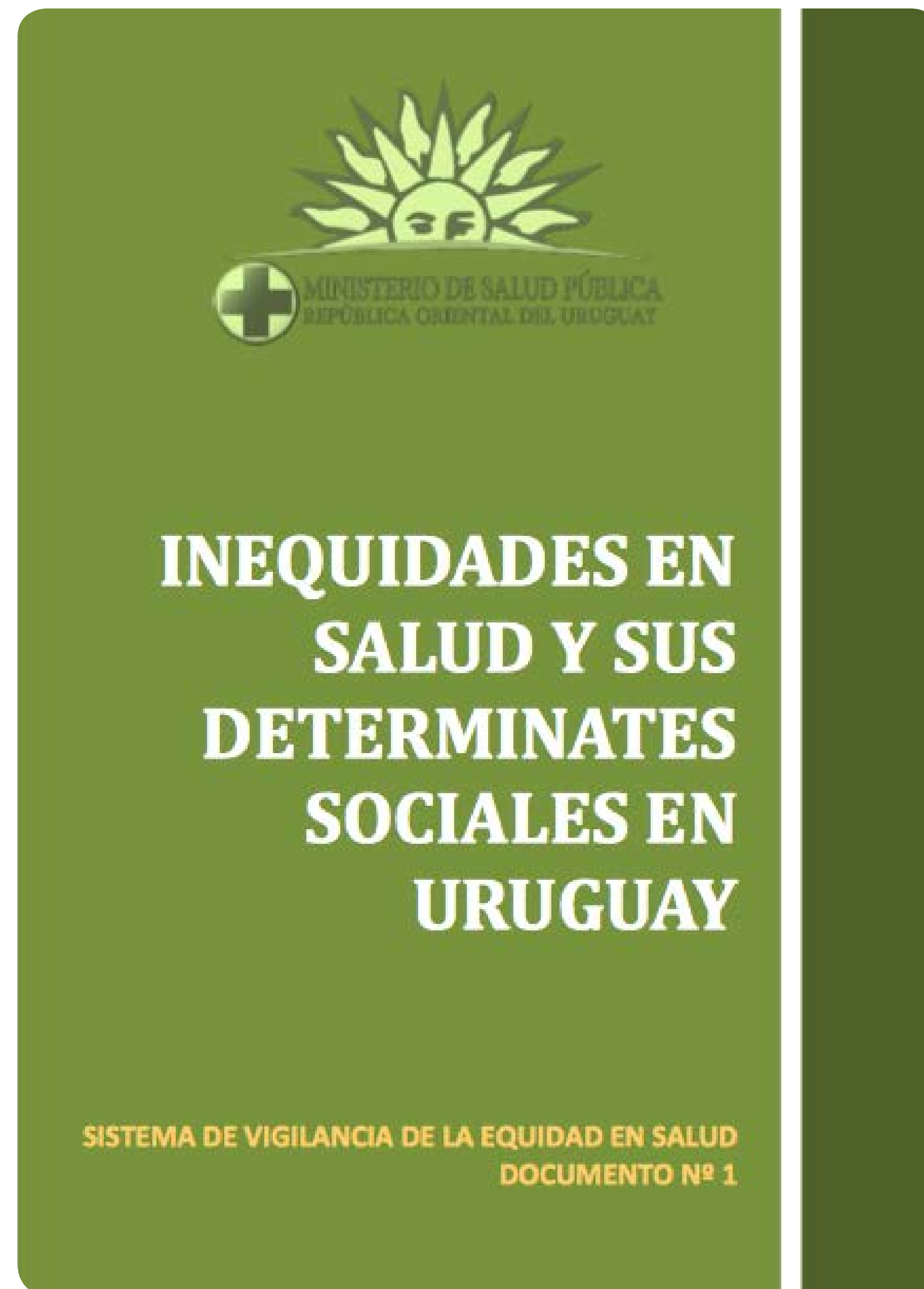
EUROsocial II: países interesados y actividades

- **Interés del País:** requisito fundamental para actuar
- Fortalecimiento de los sistemas de **monitoreo** de las **desigualdades** de salud (Uruguay, Colombia, Perú)
- Apoyo a **acción intersectorial** para la equidad en salud
- **Intercambio** entre países, visitas de estudio, reuniones

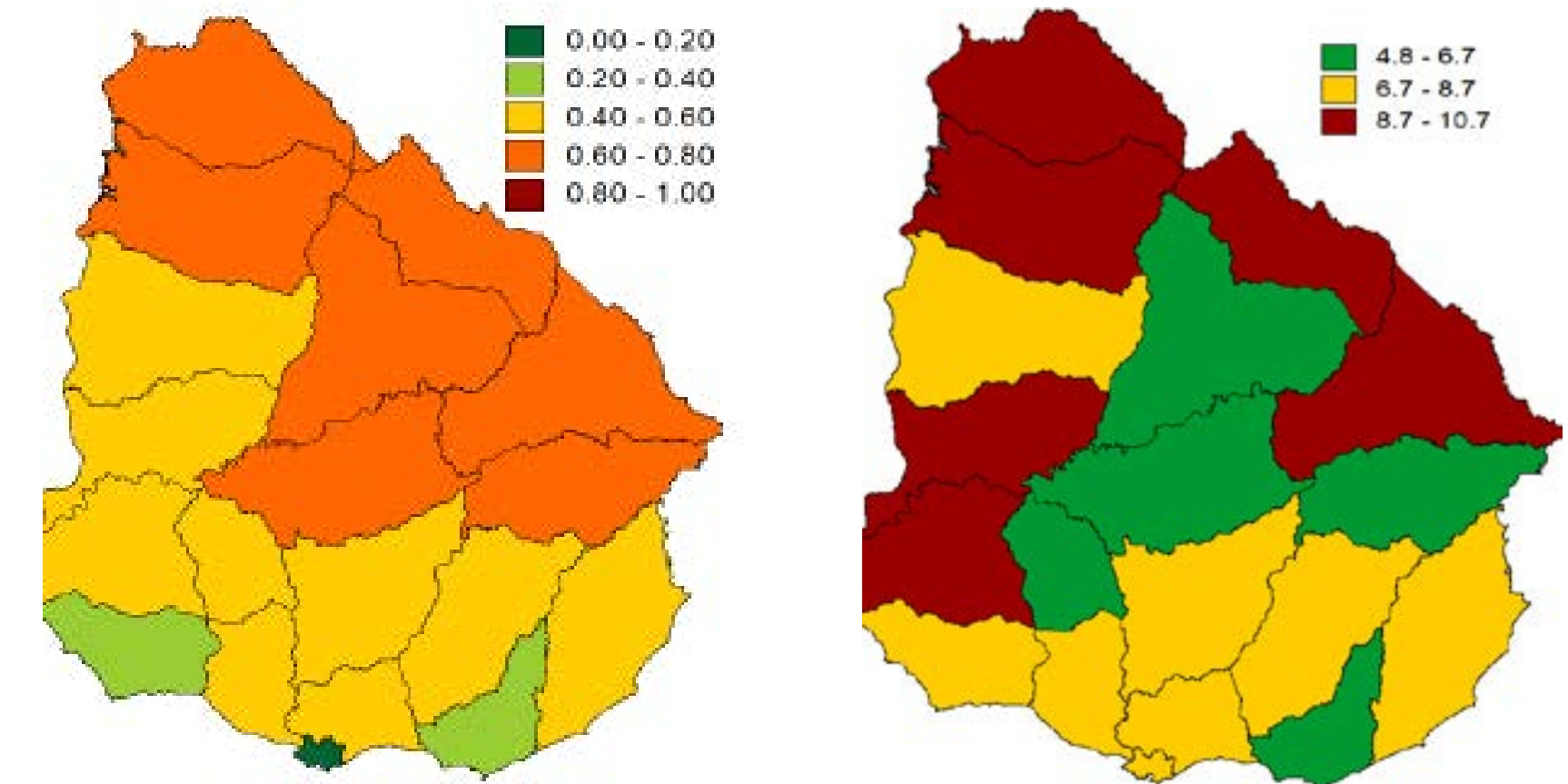




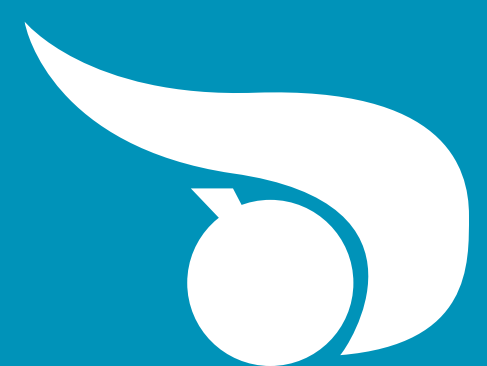
EUROsociAl II en Uruguay



- **Índice de estratificación territorial:** construido a partir del Índice de Desarrollo Humano (UNDP) y del Índice de Vulnerabilidad Social y Condiciones de Vida, del Ministerio de Salud de Chile



<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/INFORME%20%20SVES%20Documento%201.pdf>



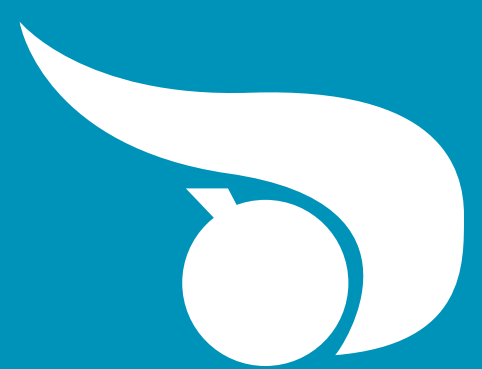
EUROsociAI II en Colombia

- **Observatorio de Desigualdades y Equidad en Salud (ODES)**
- **Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP)** para la acción intersectorial sobre los DSS: coordina las funciones de los sectores y propone mecanismos institucionales, políticos, administrativos y culturales para la sostenibilidad y las acciones sobre los DSS

OBSERVATORIO DE DESIGUALDADES
Y EQUIDAD EN SALUD
ODES COLOMBIA



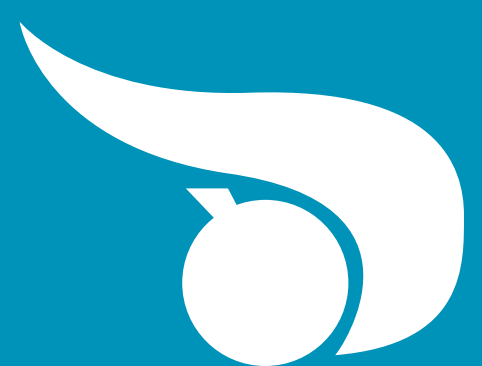
Comisión Intersectorial de Salud Pública



La perspectiva del bienestar (infantil)

Dra. Mònica González-Carrasco

Institut de Recerca i Qualitat de Vida
Universitat de Girona



Consideraciones previas

The World Health Organization's (1948) definition of health is as follows: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."* In 1986, WHO (1986) added to this

definition to more realistically reflect what is achievable, now describing health as *"the extent to which an individual or group is able on the one hand to realize aspirations and satisfy needs; and, on the other hand, to change or cope with the environment."* Health is therefore seen as a resource for everyday life, not the objective of living; it is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities.

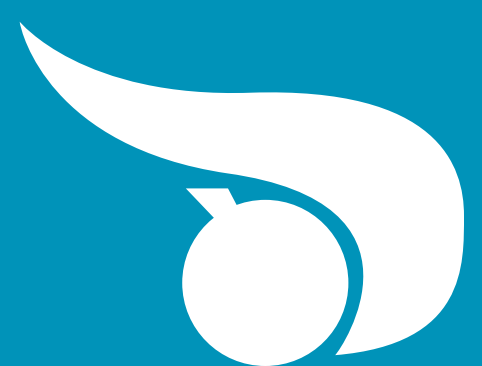


Moore & Oberklaid (2014)

Bienestar incluye indicadores objetivos y subjetivos


Well-being is a state of successful performance throughout the life course integrating physical, cognitive and social-emotional functions that results in productive activities deemed significant by one's cultural community, fulfilling social relationships, and the ability to transcend moderate psychosocial and environmental problems. Well-being also has a subjective dimension in the sense of satisfaction associated with fulfilling one's potential. (p. 529)

Davidson et al. (2003)



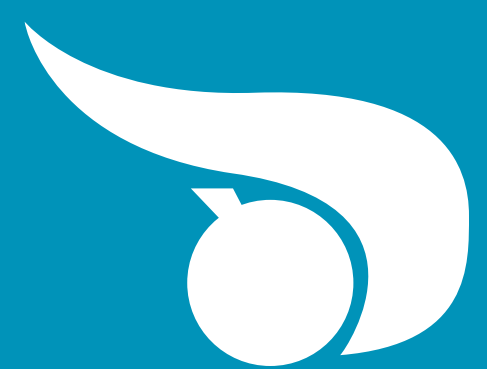
Consideraciones previas

Several researchers working in the area of health-related quality of life regard health as an aspect or domain of the broader field of overall quality of life. For example, members of the Quality of Life Research Unit at the Centre for Health Promotion (CHP) of the University of Toronto regard the quality of peoples' lives as multi-dimensional, touching on their "being, belonging and becoming" (Renwick and Brown 1996) in ways that are reminiscent of Allardt's (1975) "having, loving and being". Fletcher et al. (1987, p. 557) were clear that "The concept of quality of life encompasses many components: cultural and political values as well as more tangible measures such as living and educational standards and freedom from disease." But they limit their explorations to "those dimensions of quality of life which are affected by a disease and its treatment, and which have the potential to be changed by the therapeutic situation".

 *Social Indicators Research* 65: 27–72, 2004.
© 2004 Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands.

Alex C. Michalos

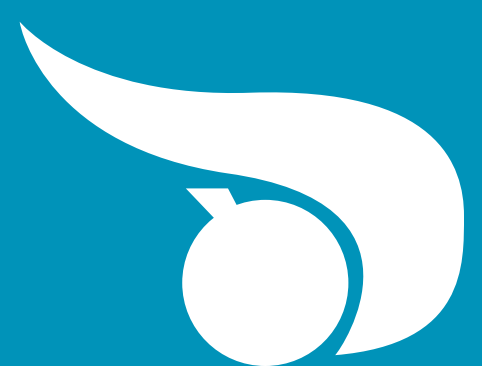
**Social Indicators Research
and Health-related Quality
of Life Research**



Consideraciones previas

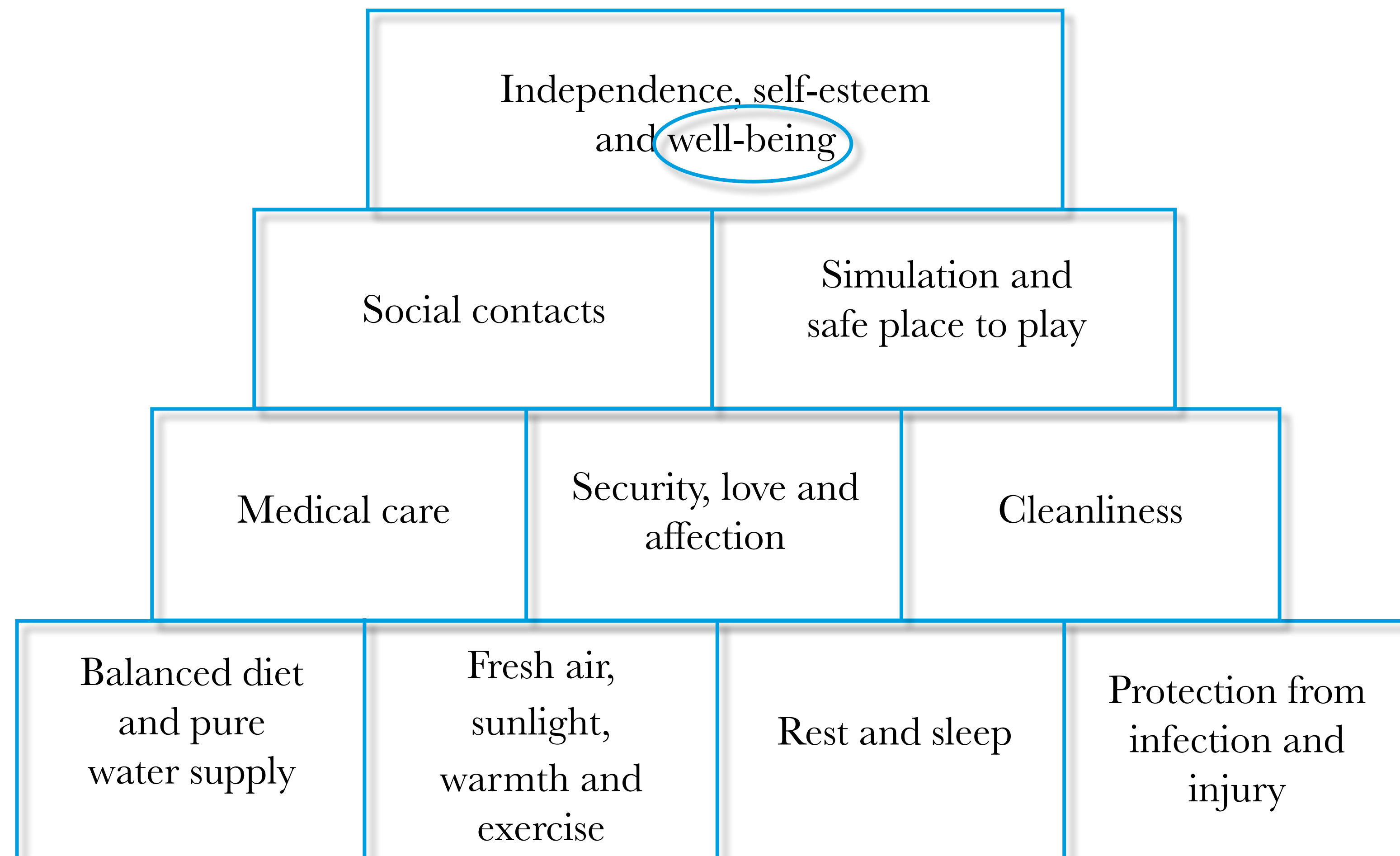
- *Classical pediatric morbidity (1900s–1950s)* – focus on infectious diseases, high infant mortality rates, poor nutrition, few cures for chronic disease, epidemics (e.g., influenza, polio), and diseases of overcrowding
- *The new morbidity (1960s–1980s)* – focus on family dysfunction, learning disabilities, emotional disorder, functional distress, and educational needs
- *Beyond the new morbidity (1980s–2000s)* – community efforts to efforts to prevent disease and promote health, focusing on social disarray, political ennui, and new epidemics (e.g., violence, acquired immunodeficiency syndrome, homelessness)
- *Millennial morbidity (2000–present)* – disorders of the bioenvironmental interface, products of the interaction between our biology and our complex environments, including the socioeconomic influences on health (such as poverty), health disparities, technological influences on health, overweight and obesity, and increasing mental health concerns

Períodos en la configuración de la salud infantil (Palfrey et al., 2005)

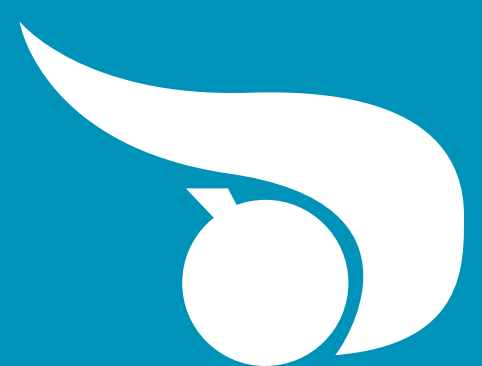


Consideraciones previas

El desarrollo de modelos biopsicosociales ha llevado a la importancia de considerar los primeros años de vida como un período clave en el establecimiento de una salud y un bienestar positivo.



Factores determinantes en la promoción de una salud y un bienestar positivo en la infancia (Underwood, 2006)

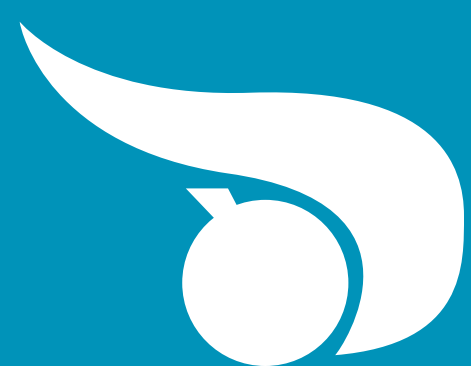


Consideraciones previas

- ≈ La salud es uno de los pilares del bienestar –sin un nivel básico de salud física, el desarrollo de los niños está comprometido y su habilidad para desarrollar competencias funcionales de participación se reduce.

(Moore & Oberklaid, 2014).

- ≈ Disponemos de mucho menos conocimiento de los **indicadores subjetivos** del bienestar que de los objetivos.
- ≈ Existe escasa evidencia científica en cuanto a la relación entre salud y bienestar en niños, si bien en lo que respecta a los adultos ambos aspectos se refuerzan mutuamente. Numerosos estudios apuntan a que las personas más felices gozan de mejor salud, e incluso muestran una mayor longevidad.



¿Cuál es la importancia que los propios niños y adolescentes atribuyen a la salud para su bienestar?

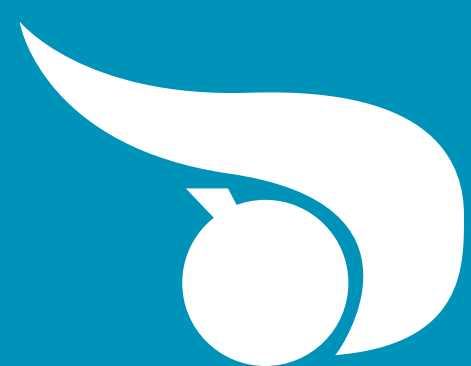


PRINCIPALES CONCLUSIONES...

- Los niños son buenos informantes si sabemos escucharlos.
- En España, los niños de 1º de ESO están mayoritariamente muy satisfechos con su vida, pero al mismo tiempo hay una parte de la población infantil que se queda "al margen" de estos elevados niveles de bienestar.
- Los niveles de bienestar varían significativamente en función del ámbito de la vida que se analiza y de las características personales y del entorno socioeconómico del niño.

...Y RECOMENDACIONES

- Es preciso incorporar la voz de la infancia en todo el proceso de elaboración de políticas públicas así como evaluar los impactos de las medidas que se vayan a adoptar sobre el bienestar infantil subjetivo.
- Es necesario adoptar medidas que contribuyan a maximizar los niveles de bienestar infantil para la totalidad de los niños y las niñas en nuestro país, prestando especial atención a los ámbitos y grupos que manifiestan los menores niveles de bienestar.



Los más «felices»

Condiciones del contexto y uso del tiempo

- ☺ Tienen progenitores con un nivel de estudios elevado.
- ☺ Consideran tener su propio espacio en casa.
- ☺ Consideran que en la zona donde viven hay suficientes espacios para jugar y divertirse.
- ☺ Disponen de más bienes materiales y culturales en su hogar².
- ☺ Informan que dos adultos con los que viven en casa trabajan cobrando.
- ☺ El último año han estado de vacaciones como mínimo una semana fuera de casa.
- ☺ Tienen una paga regular, sea semanal o mensual, que les dan sus progenitores.
- ☺ Hacen ejercicio físico o deporte cada día.
- ☺ Realizan actividades conjuntamente con su familia diariamente.
- ☺ Asisten a centros educativos públicos³.

Características de la población

- ☺ Viven en un solo hogar familiar, con ambos progenitores presentes.
- ☺ Han experimentado menos cambios importantes en su vida, sea de progenitor o adulto con el que viven, sea de casa, sea de ciudad en la que residen⁴.
- ☺ Su centro educativo está ubicado en poblaciones semiurbanas, entre 2.000 y 20.000 habitantes.

Percepciones y preocupaciones

- ☺ Se sienten más seguros, tanto en casa, como en su ciudad, como en el centro educativo al que asisten.
- ☺ Se sienten más escuchados y tomados en cuenta, tanto en casa, como por el ayuntamiento, como por sus profesores.
- ☺ Consideran que las otras personas les tratan bien, incluidos los padres, los amigos, los compañeros de colegio y los profesores.
- ☺ Les han hablado de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y manifiestan conocer la Convención sobre los Derechos del Niño.
- ☺ Destacan por aspirar más a valores relacionales como la amabilidad o la personalidad, que a valores materiales.
- ☺ Manifiestan no preocuparse nunca por el dinero de su familia.
- ☺ Sienten que su tiempo está organizado.
- ☺ Perciben ser bien tratados cuando van al médico.

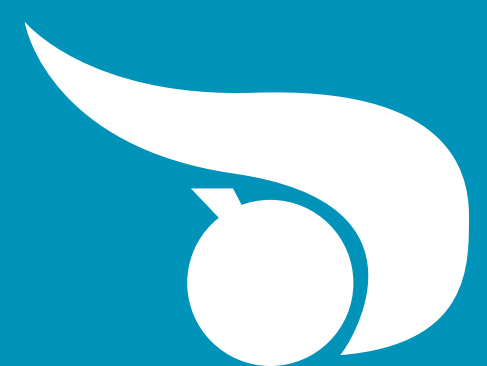


GRÁFICO 4. Bienestar Subjetivo Infantil. Índice General y por Ámbitos

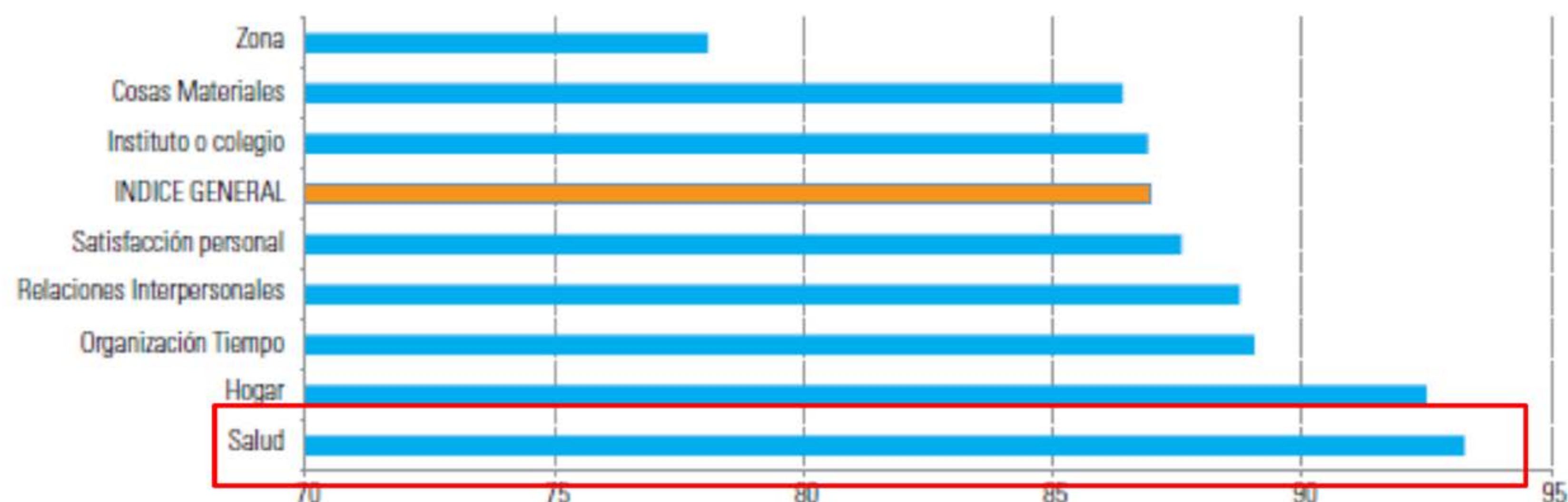
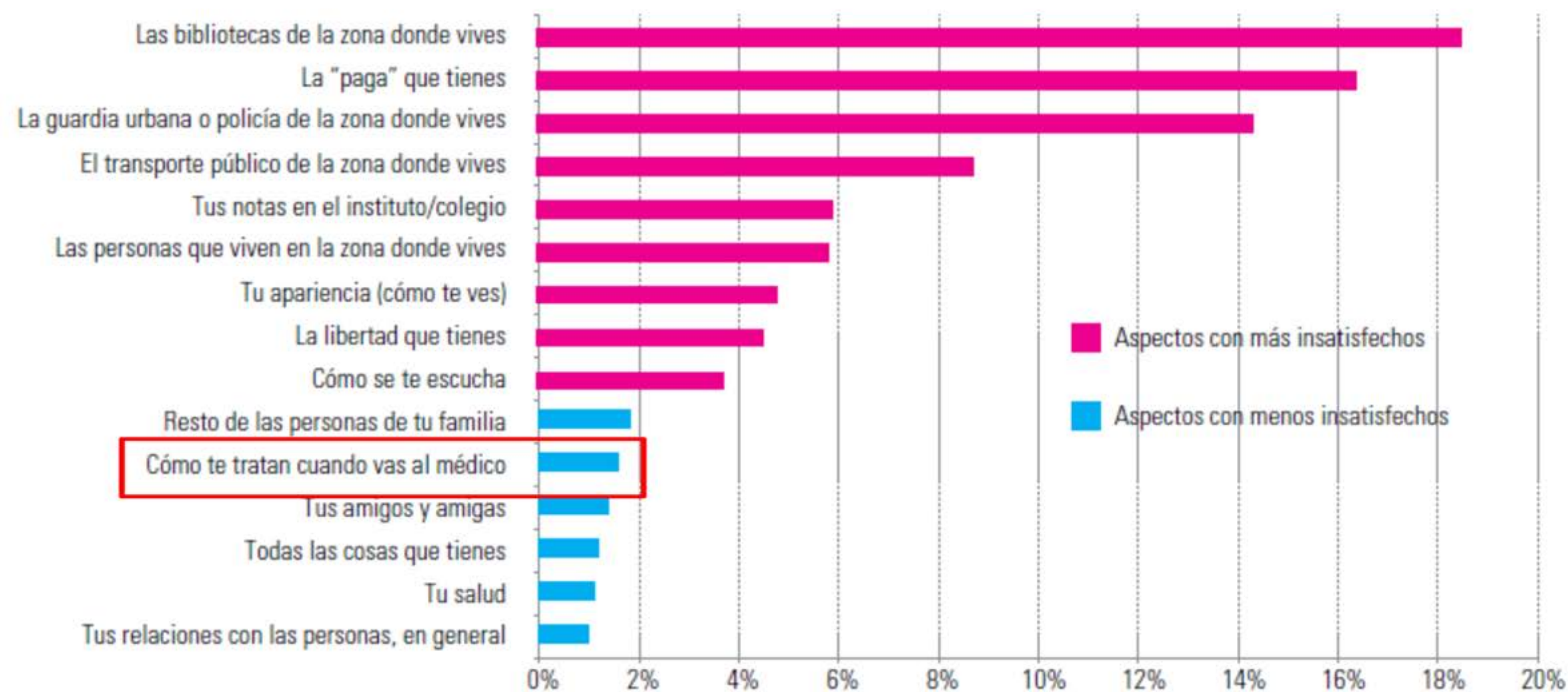
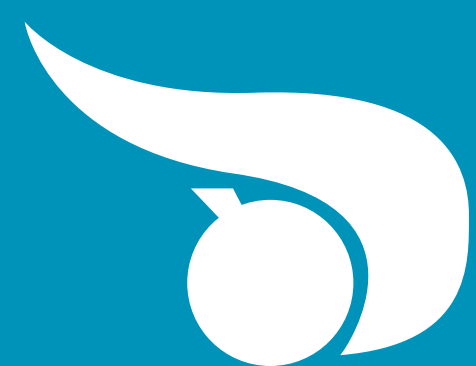


GRÁFICO 5. "Insatisfacción" con algunos aspectos de la vida de los niños. (% de insatisfechos)



Nota: De los 26 ítems incluidos en el estudio, en el Gráfico se presentan los 9 ítems con mayor porcentaje de niños insatisfechos y los 8 ítems con menor porcentaje. Se consideran insatisfechos los que han asignado a estos aspectos entre 0 y 4 puntos sobre 10.



Subjective well-being: what do adolescents say?

Dolors Navarro, Carme Montserrat, Sara Malo, Mònica González, Ferran Casas and Gemma Crous

Department of Psychology, Research Institute on Quality of Life, Faculty of Education and Psychology, University of Girona, Girona, Spain

Correspondence:

Carme Montserrat,
Department of Psychology (Office
333),
Research Institute on Quality of Life,
Faculty of Education and Psychology,
University of Girona,
Plaza Sant Domènec, 9,
Girona 17071,
Spain
E-mail: carme.montserrat@udg.edu

Keywords: Adolescents' perspective,
content analysis, early adolescence,
focus group, qualitative research,
subjective well-being

Accepted for publication: December
2014

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyse how 10- to 15-year-old adolescents define their own perceptions of well-being and the factors influencing it at their age. Ten focus groups were organized, two from each age group. One group for each age included the students with the lowest scores in subjective well-being (SWB) and the other included those with the highest, according to their responses to previously administered psychometric scales. The views of the participating adolescents were explored by means of a content analysis. In general, the children mentioned both positive and negative elements of participating in defining what constitutes well-being. According to these children, well-being is related to both affects and attitudes, relations with family and friends being key factors in it. Differences in the information provided reveal some variations according to age and SWB score. Children scoring lower in SWB tend to refer more to relationships with friends and basic needs covered, whereas those scoring higher tend to refer more to family relationships and not having problems. The results of this research can contribute to both social policy design and appraisal as they provide an in-depth understanding of how SWB works at these ages.



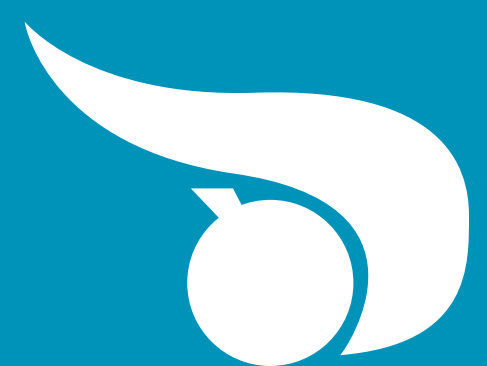


Table 1 Topics and categories

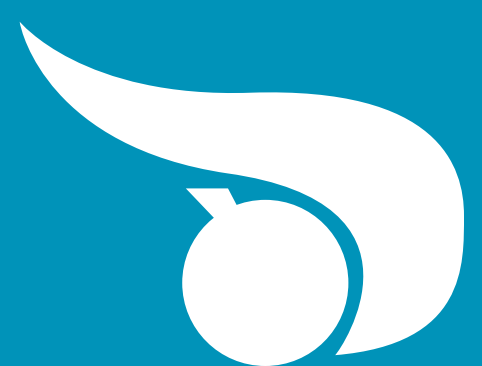
Topics	Issue 1: Factors that define and contribute to adolescent well-being	Issue 2: Factors that decrease adolescent well-being
Family relationships	Good relationships with the family	Poor relationships with the family
Friends' relationships	Good relationships with friends	Poor relationships with friends
Health	Being healthy	Having health problems
Feelings towards yourself	Positive feelings towards yourself	-
Life aspirations	Having life aspirations	Not achieving certain life aspirations
School-related aspects	<ul style="list-style-type: none"> • Being successful academically • Getting good marks 	<ul style="list-style-type: none"> • Getting bad marks • Studying hard and not passing • Their parents pressuring them to study • Having a lot of examinations and homework
Technology	Playing and having fun with technology	Having no access to audio-visual technologies
Having no problems	Not having concerns or problems with family or school life	-
Interpersonal relationships, in general	<ul style="list-style-type: none"> • The fact that others respect them and listen to them • Good relationships in general • Relationships with girlfriends or boyfriends 	<ul style="list-style-type: none"> • Others not respecting them • Others not listening to them and not paying attention to them • Having a bad time with their boyfriend or girlfriend
Needs met	Having your needs met	-

Table 2 Factors that define and contribute to adolescent well-being, according to their own explanations, by age and score on psychometric scales of subjective well-being (+, -)*

Categories	5th year in primary 9-10 years old		6th year in primary 10-11 years old		1st year in secondary 11-12 years old		2nd year in secondary 12-13 years old		3rd year in secondary 13-14 years old	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Family relationships	X	X	X		X	X	X		X	X
Friends' relationships	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Being healthy	X		X	X	X			X		X
Positive feelings towards yourself	X	X	X	X				X		X
Having life aspirations					X			X		
School-related aspects				X	X	X				
Playing and having fun with technology	X	X			X					
Having no problems	X		X				X			
Interpersonal relationships, in general		X		X						
Having your needs met				X						

*An X means that the category has been identified.

La importancia de estar sano varia con la edad y con el hecho de tener un nivel más o menos elevado de bienestar previo.



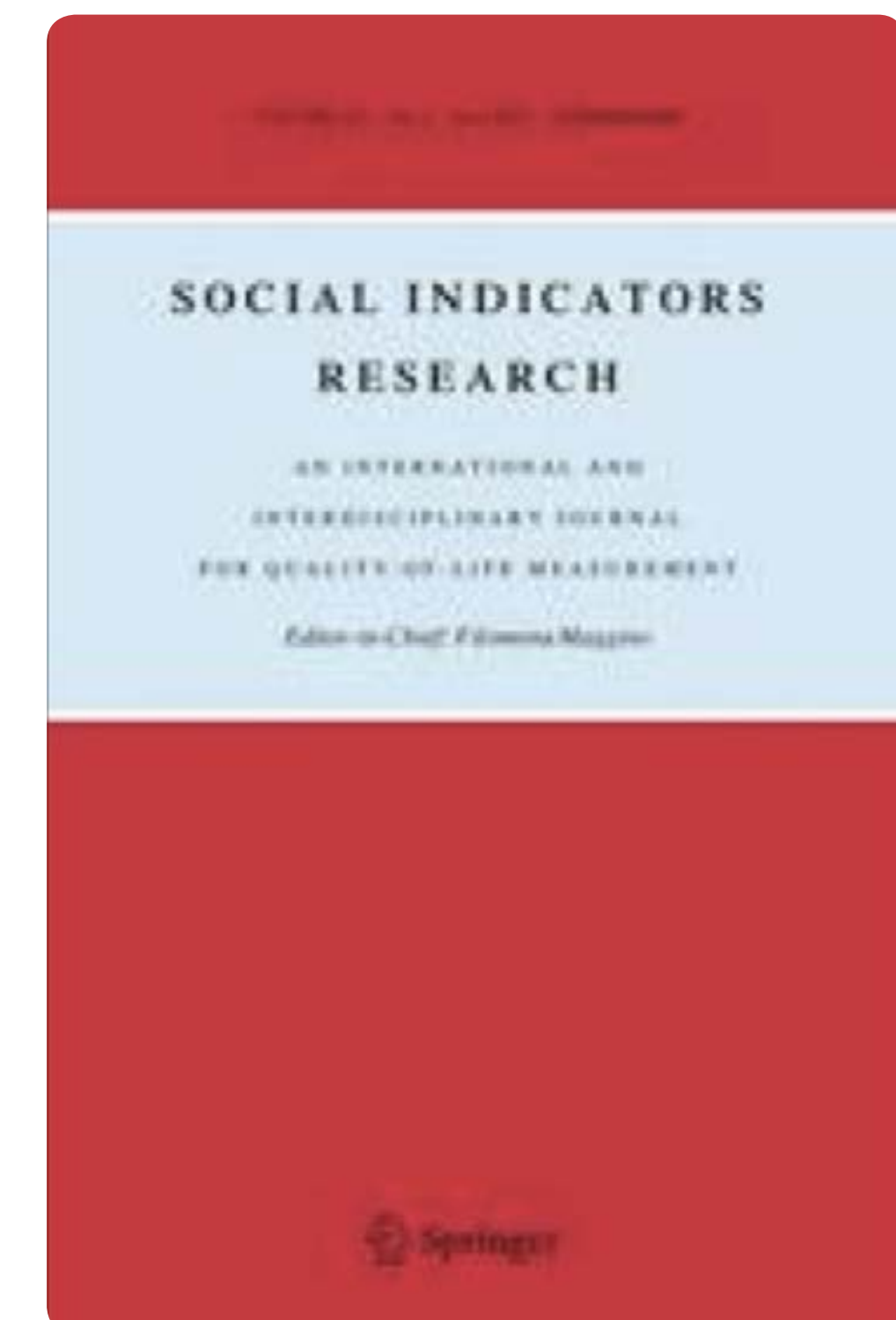
Soc Indic Res (2012) 105:461–482
DOI 10.1007/s11205-011-9781-1

Testing the Personal Wellbeing Index on 12–16 Year-Old Adolescents in 3 Different Countries with 2 New Items

Ferran Casas · Jorge Castellá Sarriera · Jaime Alfaro ·
Mònica González · Sara Malo · Irma Bertran · Cristina Figuer ·
Daniel Abs da Cruz · Lívia Bedin · Angela Paradiso · Karin Weinreich ·
Boris Valdenegro

Accepted: 2 January 2011 / Published online: 20 February 2011
© Springer Science+Business Media B.V. 2011

Abstract The 7-item adult version of the Personal Wellbeing scale (Cummins et al. *Social Indic Res* 64:159–190, 2003) was administered to two samples of adolescents aged 12–16 in Brazil (N = 1,588) and Spain (N = 2,900), and to a sample of adolescents aged 14–16 in Chile (N = 843). The results obtained were analyzed to determine its psychometric characteristics when used with adolescents in the three different countries and to check whether two additional items would improve its qualities. Results reveal that the new PWI-9 version worked well with the adolescents in the three countries, improving some of the qualities of the PWI-7. One of the added items, satisfaction with oneself, appears to be a major contributor to unique explained variance when regressed on the single-item of overall life satisfaction (OLS). The model we present using structural equations shows good fit statistics for the factor structure, with both 7 and 9 items. Separate in-country analyses demonstrate that cultural context has a strong influence on correlations and saturations between the studied variables and also on the explained variance. Probably related to this fact, the Model fit structure is good in Brazil (with a low PWI variance accounted for by its predictors) and Spain (medium), but rather modest in Chile, where data show a high proportion of the PWI variance accounted for by its predictors. However, a multi-group factor analysis among the three countries restricting saturations to 1 in each country in order to make data comparable across countries still show a good fit of the proposed model for both PWI-7 and PWI-9.



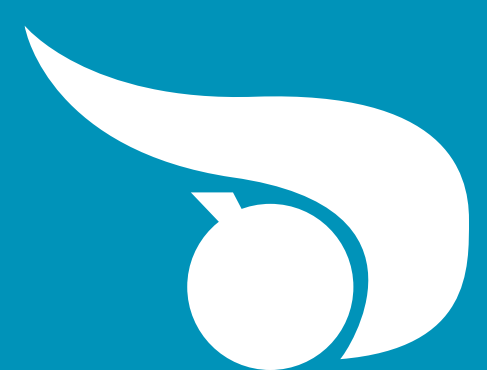


Table 6 Descriptive results and missings

	N	Mean	SD	Missing	
				Count	Percent
Satisfaction with health	1,587	8.46	1.596	1	.1
Satisfaction with standard of living	1,573	8.29	1.582	15	.9
Satisfaction with achievements in life	1,551	8.05	1.770	37	2.3
Satisfaction with personal safety	1,561	7.57	2.049	27	1.7
Satisfaction with groups you belong to	1,569	8.64	1.761	19	1.2
Satisfaction with security for the future	1,561	7.78	2.007	27	1.7
Satisfaction with relationships with other people	1,566	8.30	1.754	22	1.4
Satisfaction with my time use	1,580	7.63	2.104	8	.5
Satisfaction with myself	1,578	8.40	1.986	10	.6
OLS	1,583	8.08	1.853	5	.3
PWI-7	1,466	81.68	11.80	122	7.7
PWI-9	1,455	81.37	11.71	133	8.4

Sample from Brazil

Table 7 Descriptive results and missings

	N	Mean	SD	Missing	
				Count	Percent
Satisfaction with health	838	7.97	2.244	5	.6
Satisfaction with standard of living	833	8.17	2.068	10	1.2
Satisfaction with achievements in life	830	7.85	2.123	13	1.5
Satisfaction with personal safety	828	7.45	2.384	15	1.8
Satisfaction with groups you belong to	833	8.53	1.971	10	1.2
Satisfaction with security for the future	841	7.48	2.358	2	.2
Satisfaction with relationships with other people	830	8.10	2.097	13	1.5
Satisfaction with my time use	832	6.96	2.370	11	1.3
Satisfaction with myself	831	8.02	2.492	12	1.4
OLS	837	7.90	2.148	6	.7
PWI-7	802	79.39	14.41	41	4.9
PWI-9	791	78.46	14.59	52	6.2

Sample from Chile

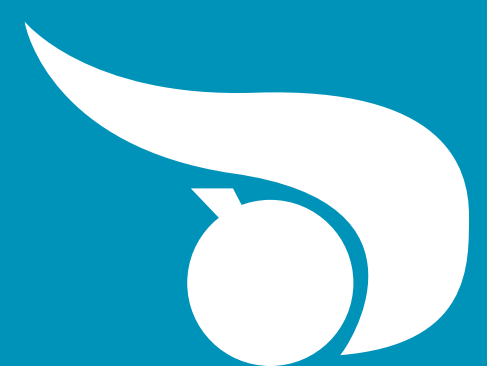
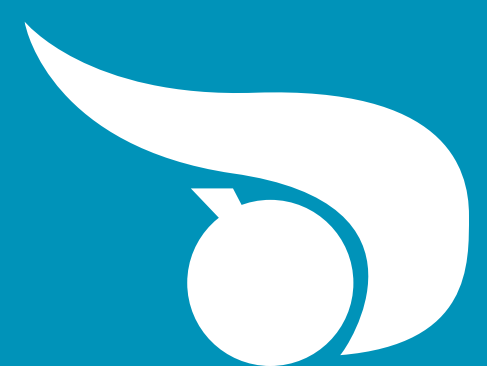


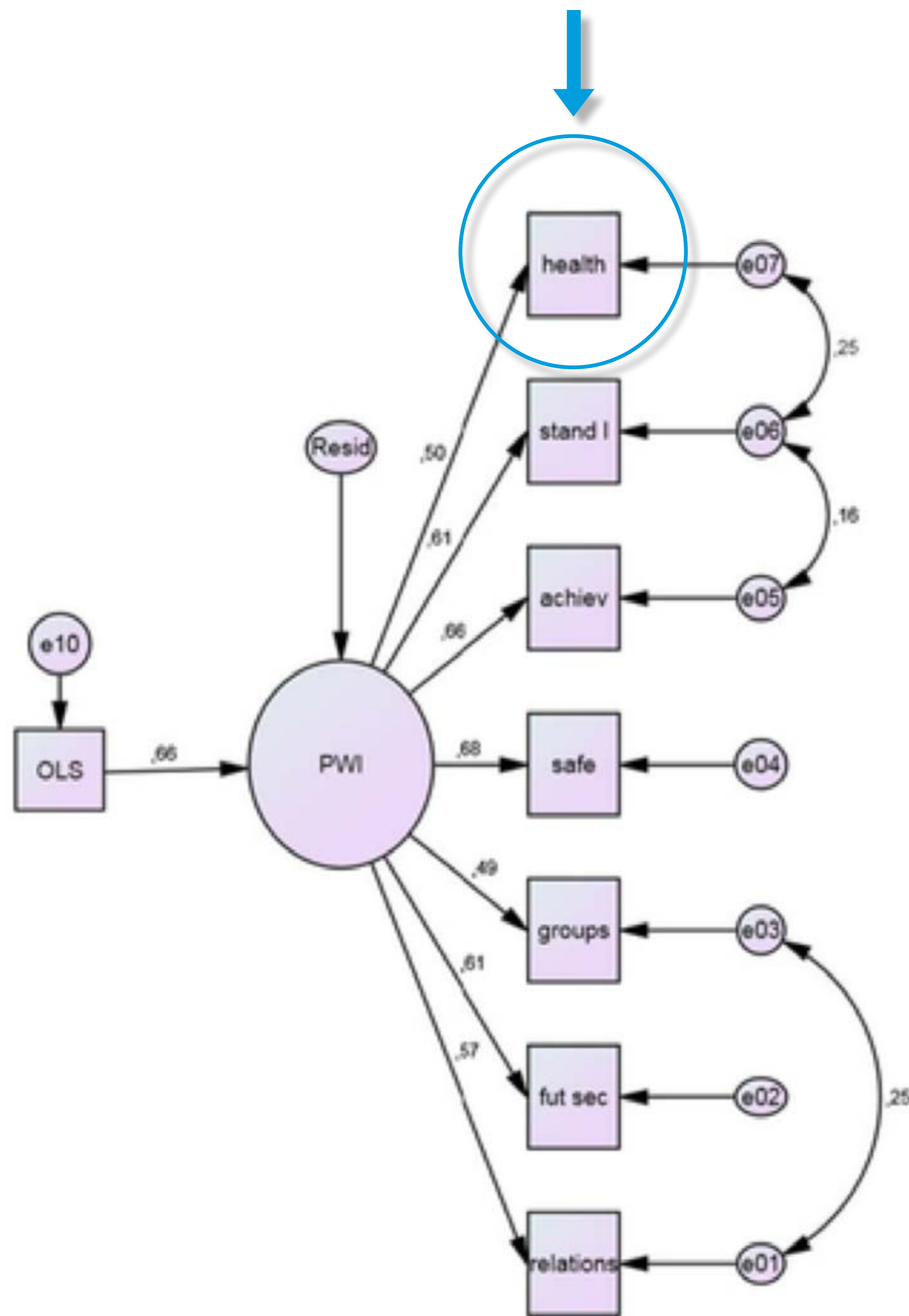
Table 8 Descriptive results and missings

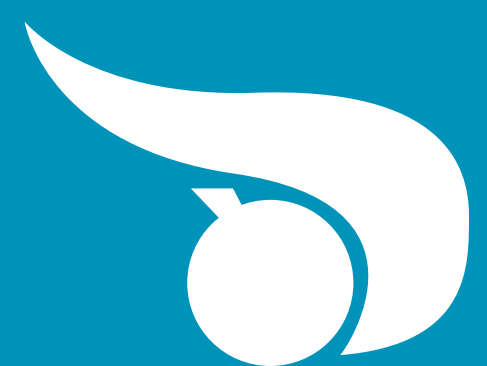
	N	Mean	SD	Missing	
				Count	Percent
Satisfaction with health	2,889	8.44	1.918	11	.4
Satisfaction with standard of living	2,880	8.41	1.729	20	.7
Satisfaction with achievements in life	2,831	7.87	1.900	69	2.4
Satisfaction with personal safety	2,848	7.61	2.147	52	1.8
Satisfaction with groups you belong to	2,855	8.48	1.991	45	1.6
Satisfaction with security for the future	2,838	7.44	2.146	62	2.1
Satisfaction with relationships with other people	2,840	8.18	1.938	60	2.1
Satisfaction with my time use	2,863	7.55	2.110	37	1.3
Satisfaction with myself	2,865	8.07	2.248	35	1.2
OLS	2,877	8.15	1.980	23	.8
PWI-7	2,648	80.86	13.43	252	8.7
PWI-9	2,607	80.36	13.30	293	10.1
Sample from Spain					

El ámbito de satisfacción que tiene más importancia varía de un país al otro pero la satisfacción con la salud se encuentra entre los que tienen medias más elevadas



La satisfacción con la salud tiene un peso importante en la satisfacción con la vida considerada globalmente





Child Ind Res (2015) 8:961–973
DOI 10.1007/s12187-015-9301-y

Does Satisfaction with Food Matter? Testing the Personal Well-Being Index-School Children (PWI-SC) with an Additional Item on Satisfaction with Food on a Sample of 10 to 12-Year-Olds

Cristina Vaqué-Crusellas · Mònica González · Ferran Casas

Accepted: 8 January 2015 / Published online: 25 January 2015
© Springer Science+Business Media Dordrecht 2015

Abstract The Personal Well-being Index-School Children version (PWI-SC) by Cummins and Lau (2005) is among the few instruments devoted to assessing the subjective well-being of children. However, only a handful of studies have used this instrument and in a limited number of countries. This article presents an extended version of the 7-item version of the PWI-SC. The instrument was administered to a sample of children aged 10–12 in Spain ($N=371$) together with a single-item scale on overall life satisfaction (OLS) and an additional item on satisfaction with food. The responses obtained were analysed in order to determine its psychometric properties and check whether one additional item would improve its qualities. The models we present here resulting from Confirmatory Factor Analysis (CFA) show good fit statistics with both 7 and 8 items. Our analysis confirms that the inclusion of a domain on satisfaction with food – a proposed new indicator to study subjective well-being in this age group - contributes to the PWI-SC with unique variance (6.7 %), displaying an increase of 3.6 % in shared variance.



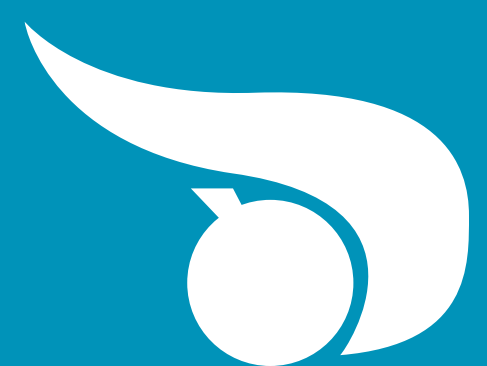


Table 3 Regressions of PWI-SC items (7 and 8-item versions) on OLS

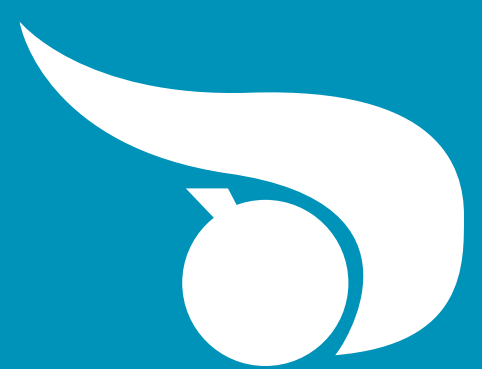
PWI-SC (7 items)	B ^a	Sr ^{2b}	PWI-SC (8 items)	B ^a	Sr ^{2b}
The things I have	0.069	0.004	The things I have	0.040	0.001
My health	0.118	0.011	My health	0.030	0.000
The things that I want to be good at	0.026	0.000	The things that I want to be good at	0.002	0.000
Having a good relationship with the people I know	0.326	0.085	Having a good relationship with the people I know	0.305	0.075
How safe I feel	0.074	0.003	How safe I feel	0.064	0.003
Doing things away from home	0.070	0.004	Doing things away from home	0.024	0.000
What might happen to me later in life	0.146	0.018	What might happen to me later in life	0.111	0.010
			Satisfaction with food	0.304	0.067
Totale		0.125	Total		0.156
Corrected R ²	0.275		Corrected R ²	0.342	
Total Variance	0.275		Total Variance	0.342	
Unique Variance	0.125		Unique Variance	0.156	
Shared Variance	0.15		Shared Variance	0.186	
			ΔR ²	0.067	

^a standardized regression coefficients

^b semi-partial correlations



La satisfacción con la comida es un elemento que también contribuye al bienestar



Lecciones aprendidas

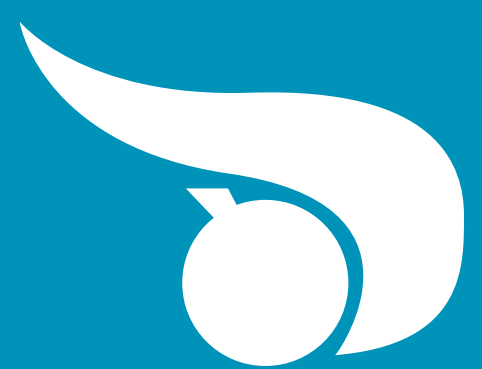
- La **propia salud** es más importante para el bienestar de los niños y adolescentes (también de los que están sanos) de lo que podríamos pensar desde una perspectiva adulta aunque otros ámbitos son aún más relevantes para ellos.
- La **salud de las personas cercanas** también es un elemento muy importante del bienestar en estas edades (necesidad de modelos de atención que consideren el núcleo familiar en conjunto).
- Es necesario tener en cuenta **indicadores subjetivos** (percepciones y evaluaciones sobre la salud y sobre el bienestar) además de indicadores objetivos si queremos avanzar en modelos de salud integral y preventiva, así como encontrar **convergencias entre la tradición de las ciencias de la salud y la de las ciencias sociales**.
- Es necesario considerar a niños y adolescentes como agentes activos en sus vidas y, por tanto, tenerlos en cuenta en decisiones que tengan a ver con su salud (**perspectiva centrada en los niños** y no en el servicio).



Política, bienestar y salud

Dr. Carles Muntaner

Tronto University, Canada



Tres Ideas

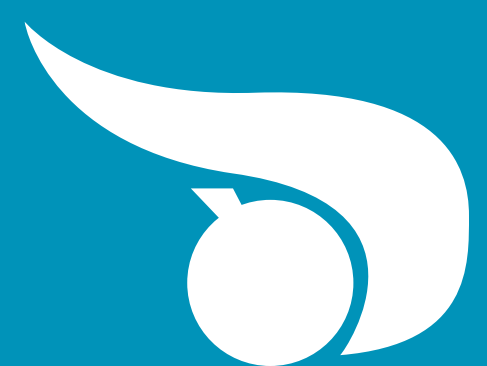
- La **política** determina el bienestar y las desigualdades en salud, sus brechas y gradientes
- Hay **métodos** que nos permiten explicar cómo actúa la política en la implementación de *Health in All Policies* (HiAP)
- La **ideología de las elites gubernamentales** tiene un papel importante en intervenciones que a menudo se presentan como meramente «técnicas» (p. ej. HiAP)

Power

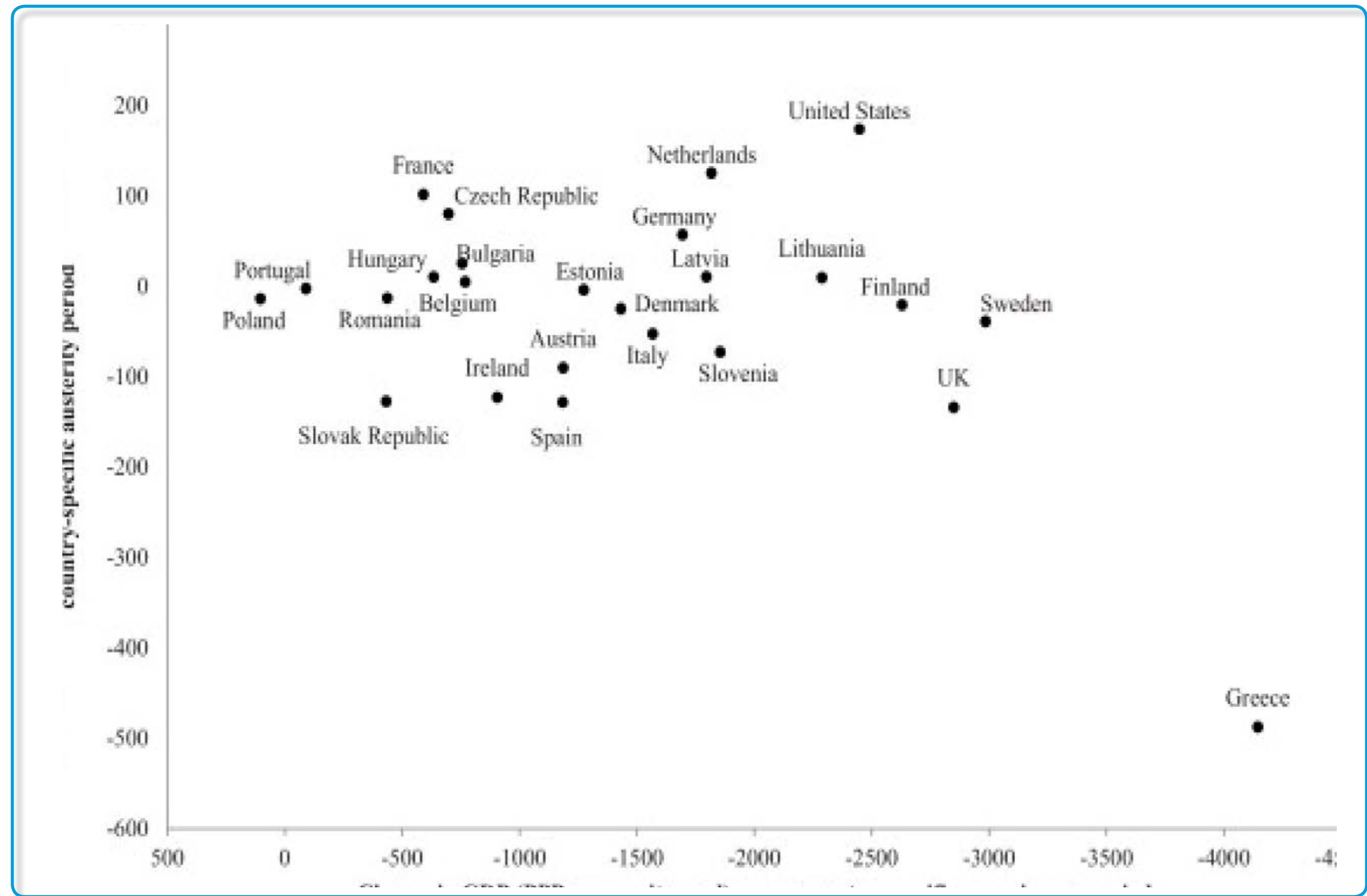
Chance that an actor's will can be imposed on other participants in a social relationship even against their will (Scott, 2007)

Politics

Activities that relate to influencing the actions and policies of a government or getting and keeping power in a government (Webster)

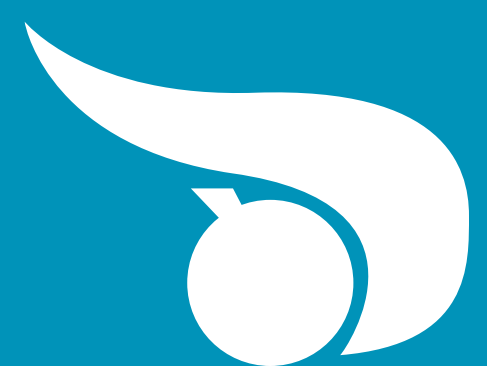


No hay correlación entre recesión y cambio en el gasto sanitario

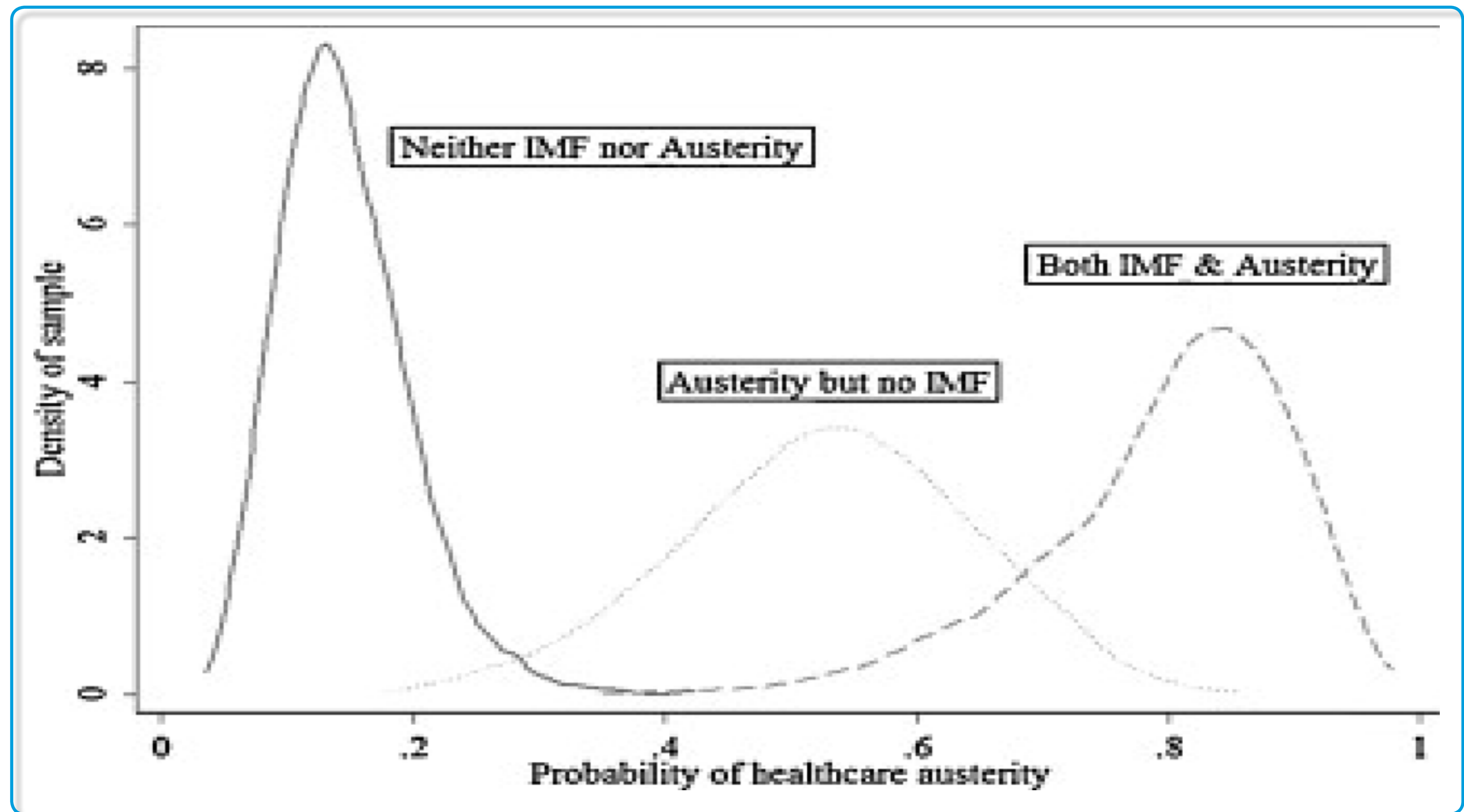


Variación del PIB y el cambio en el gasto del Gobierno en salud a través de la recesión específica del país y períodos de austeridad . Variaciones nacionales en el gasto sanitario, por la recesión específica del país y períodos de austeridad en 24 países de la UE y los Estados Unidos.

Reeves, A., McKee, M., Basu, S. & Stuckler, D. (2014).
Health Policy, Volume 115, Issue 1, 1 - 8

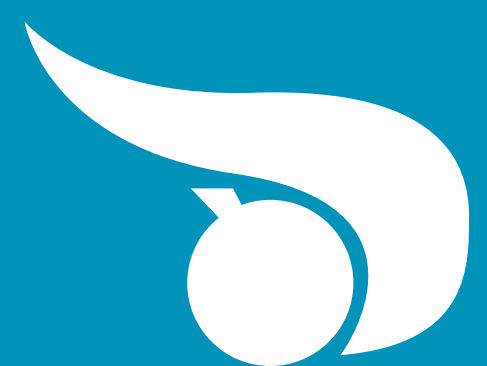


Los recortes en el presupuesto sanitario se dan con mayor probabilidad cuando los gobiernos implementan políticas de austeridad (nacional) y reciben prestamos de la *Troika* (factor externo, supranacional)



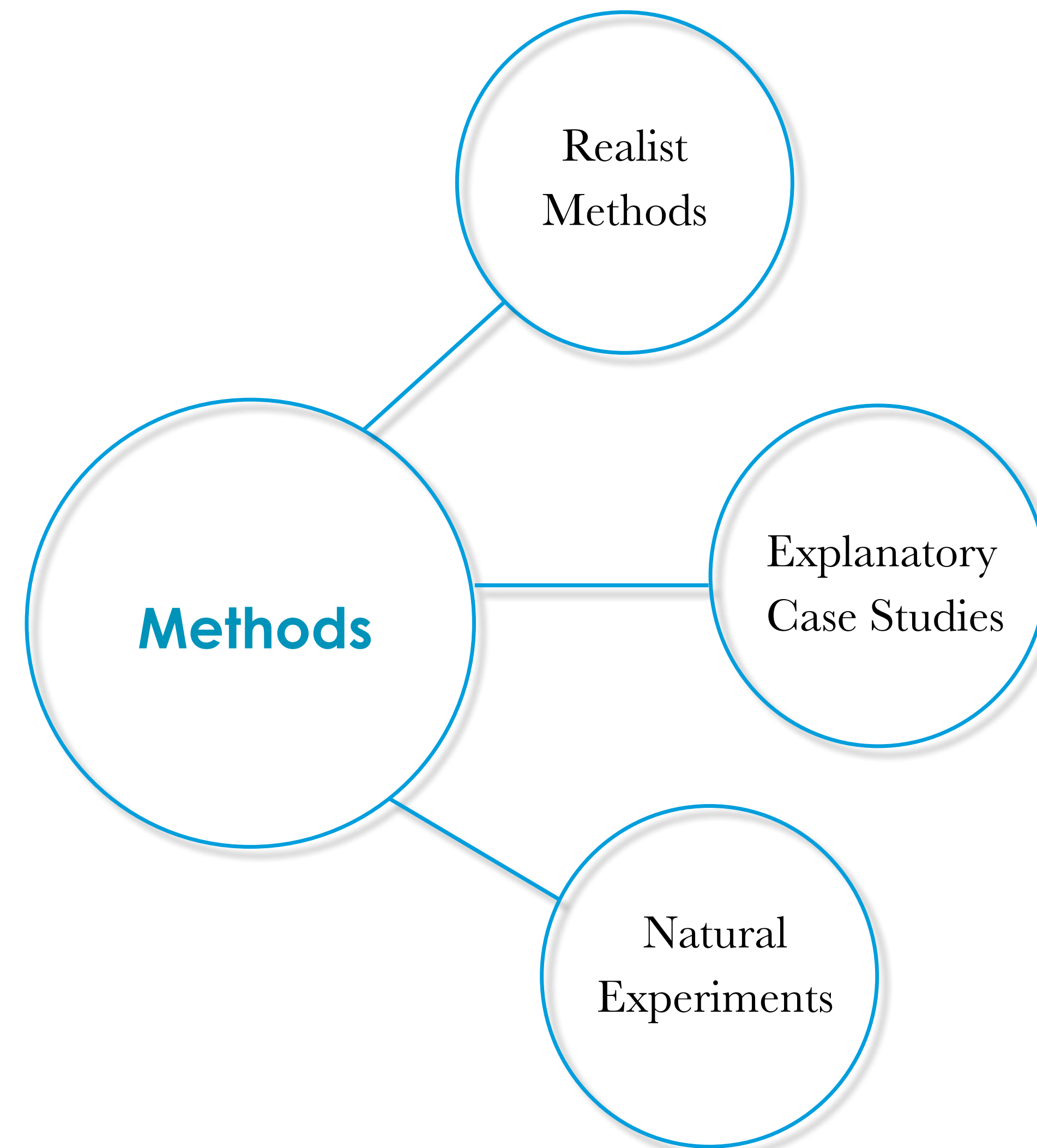
Probabilidad de austeridad controlando por factores políticos y económicos.

En: Reeves A, et al The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*, Volume 115, Issue 1, 2014, 1 - 8



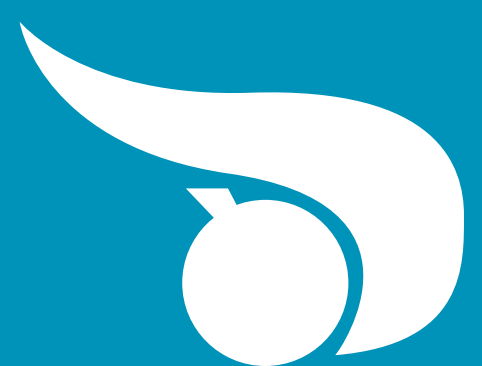
The good news

Methods are being developed



The influence of political elites in the implementation of Health in All Policies (HiAP)

Coauthors: Oneka, G., Freiler, A., Mah, C., Kokkinen, L., Vahid Shahidi, F., Finn, D., Haji-Jama, S., Bayoumi, A., O'Campo, P, Shankardass, K. (CUHS, St. Mike's Hosp., TO)



The HiAP implementation challenge

HiAP is a governance innovation where governments move away from policy silos toward **integrated governance** for health equity.

(McQueen et al., 2012)

Most critically, this requires getting **buy-in from policy sectors** and **creating feasible processes** for implementation.

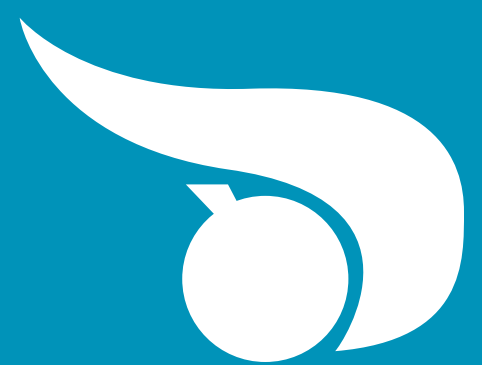
(Freiler et al., 2013)

A role for political elites

Due to their administrative position, political elites (i.e., **elected officials in the executive**) influence policy implementation

(Weber, 1922; Merton, 1936; Parry, 2005)

Their **values and actions** might be powerful in the process of HiAP implementation.



Hypothesized role for political elites

We hypothesized that political elites would:

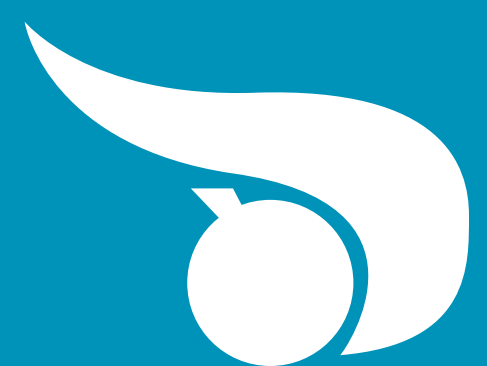
- a. Use their **formal authority** to facilitate changes in governance that compel or dissuade participation, e.g., in relation to funding, legislation and other formal strategies
- b. Use their **leadership style** to promote or dissuade participation.

HARMONICS: *HiAP Analysis using Realist Methods On International Case Studies*

Scientific realism helps us pay attention to:

- **explanatory mechanisms** for how and why implementation works in unique contexts

Cross-case analysis helps us to test the salience of hypotheses about implementation in different **contexts** (e.g., **neoliberalism, socialism**)



Steps in multiple case study process

- Create initial **theory** and hypotheses
- Case selection and **classification**
- **Collect data** and evaluate hypotheses by case
- Test hypotheses across cases
- Modify initial theory

Multiple explanatory international case studies

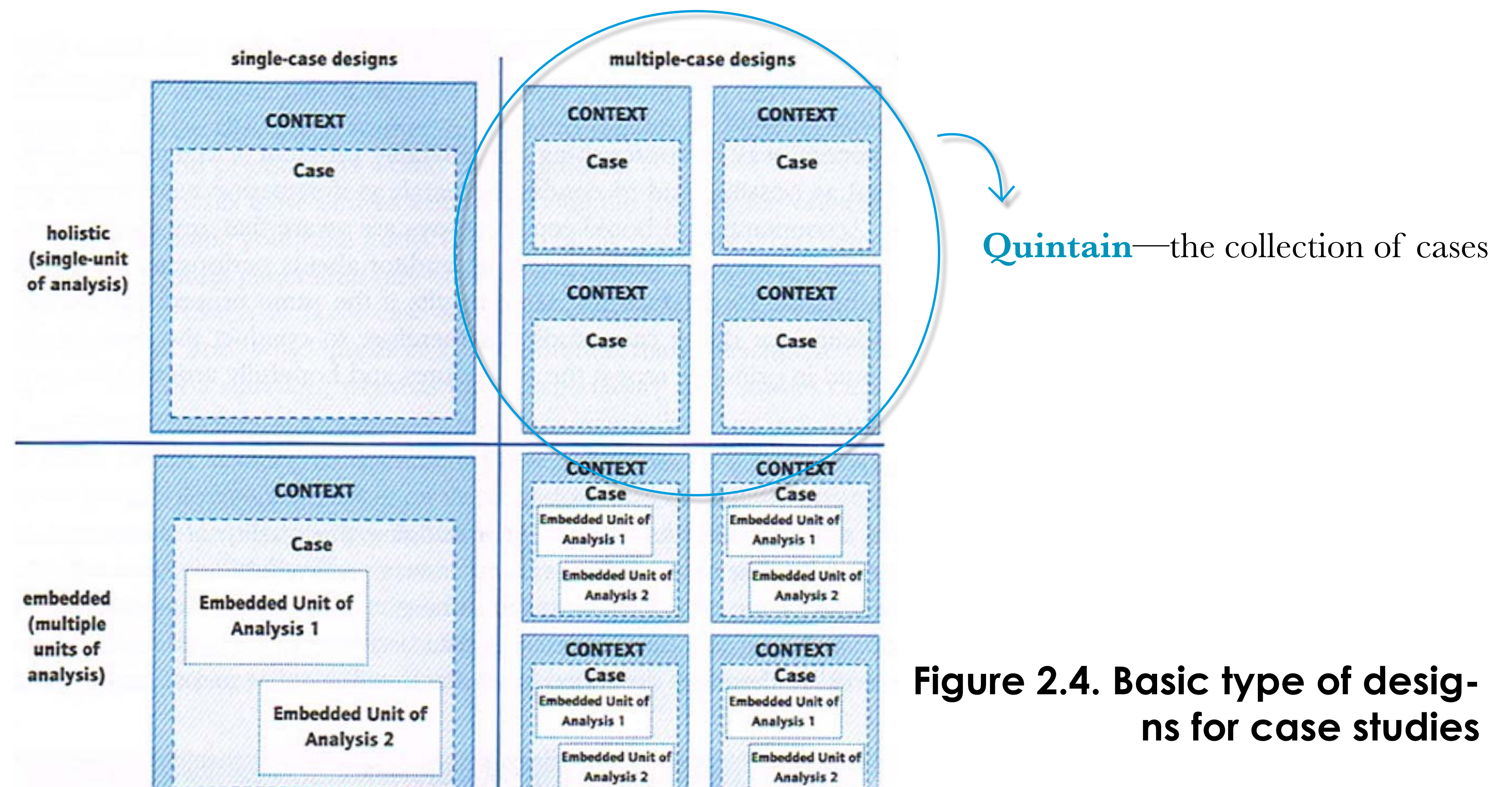
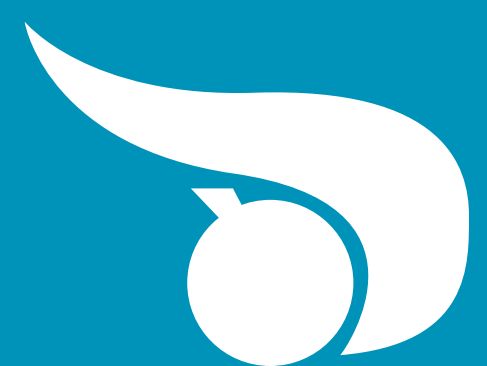
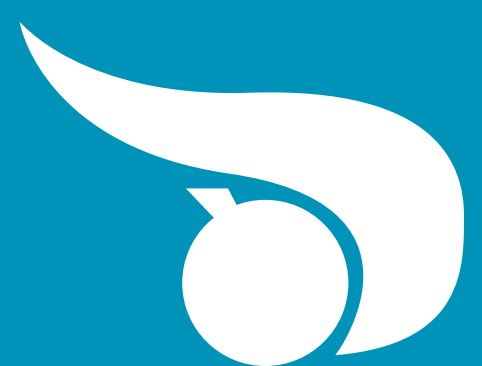


Figure 2.4. Basic type of designs for case studies



Four cases included in this analysis

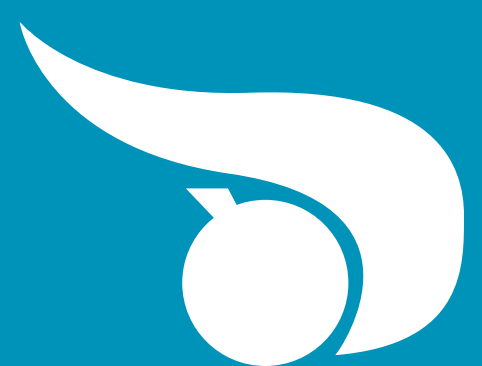
Case setting	HiAP mandate(s)	Political leadership during initiation	Changes in political leadership	Governance	HiAP Mandate
Scotland	Equally Well (2008)	Centre-left	No	Parliamentary	Local test sites
Norway	Norwegian Strategy to Reduce Social Inequalities in Health (2007) Public Health Act (2012)	Centre-right	Yes	Parliamentary	Whole country
Finland	Health 2015 (2001)	Centre-left	Yes	Presidential	Whole country
Ecuador	National Development Plan (2009, 2013)	Left	No	Presidential	Whole country



Cross-case results

Results of hypothesis testing

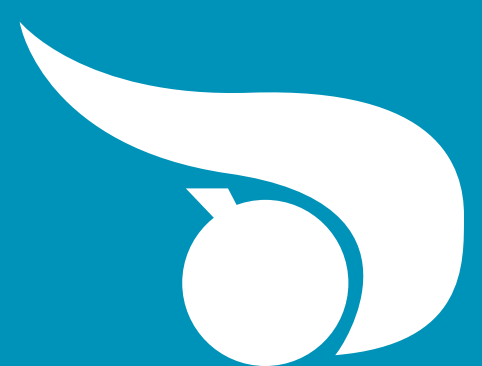
Case setting	Formal authority?	
	Supporting evidence	Impact on HiAP implementation
Finland	Strong	Hindered
Norway	Weak	Promoted
Scotland	Weak	Promoted
Ecuador	Strong	Promoted



Cross-case results

Were political elites influential in HiAP implementation by exerting:

Case setting	Formal authority?		Leadership style?	
	Supporting evidence	Impact on HiAP implementation	Supporting evidence	Impact on HiAP implementation
Finland	Strong	Hindered	Strong	Promoted
Norway	Weak	Promoted	Strong	Promoted
Scotland	Weak	Promoted	Strong	Promoted
Ecuador	Strong	Promoted	Strong	Promoted



Finland example:

Political Elites use Formal Authority in Finland to **oppose raising alcohol taxes**.

- Ideological focus on economic growth (**neoliberalism**), HiAP implementation was hindered among economic sectors because they resisted equity concerns into their sector objectives. «especially nowadays when **economic growth is everything**», «**here neoliberalism might be the right term**».
- Close relationships between policy elites and an **industry lobby** strengthened this resistance and even led to some policies that weakened health equity; contrary to what a health impact assessment recommended, **taxes on alcohol sales were kept low in order to dissuade alcohol imports and strengthen the local alcohol industry**.

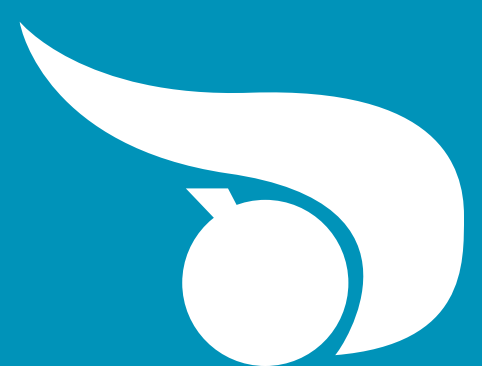
Ecuador: used a mix of formal authority and leadership

The **president** advocated for HiAP **as social justice** and inspiring a new vision of health involving social change including a **change in governance**:

- «**strong conviction that in order to have a developed country it is necessary to invest in policy and social programs**», «**if we want to have a territory of peace, we have to be a territory where there is social justice**».

Civil service inspired to:

- «**...believe in a different country, with different basis, with different opportunities, and whose development is based on a solid social basis**», «**Elites other than the president created a clear vision that was linked concretely to multiple policies**» leading to HiAP implementation across sectors at all levels of government.



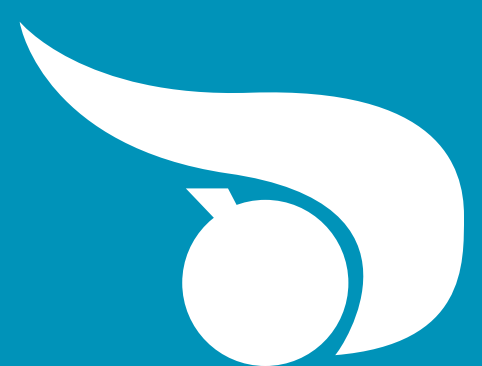
Conclusions

- HiAP is **not only a technical «policy tool»** in health equity but a political process where **ideology** plays an important role.
- Political elite's **authority to change governance** was stronger under Ecuador's than in Europe's (Finland, Norway, Scotland) context.
- **Neoliberalism** appears to hinder political elites' use of formal authority to promote HiAP implementation.

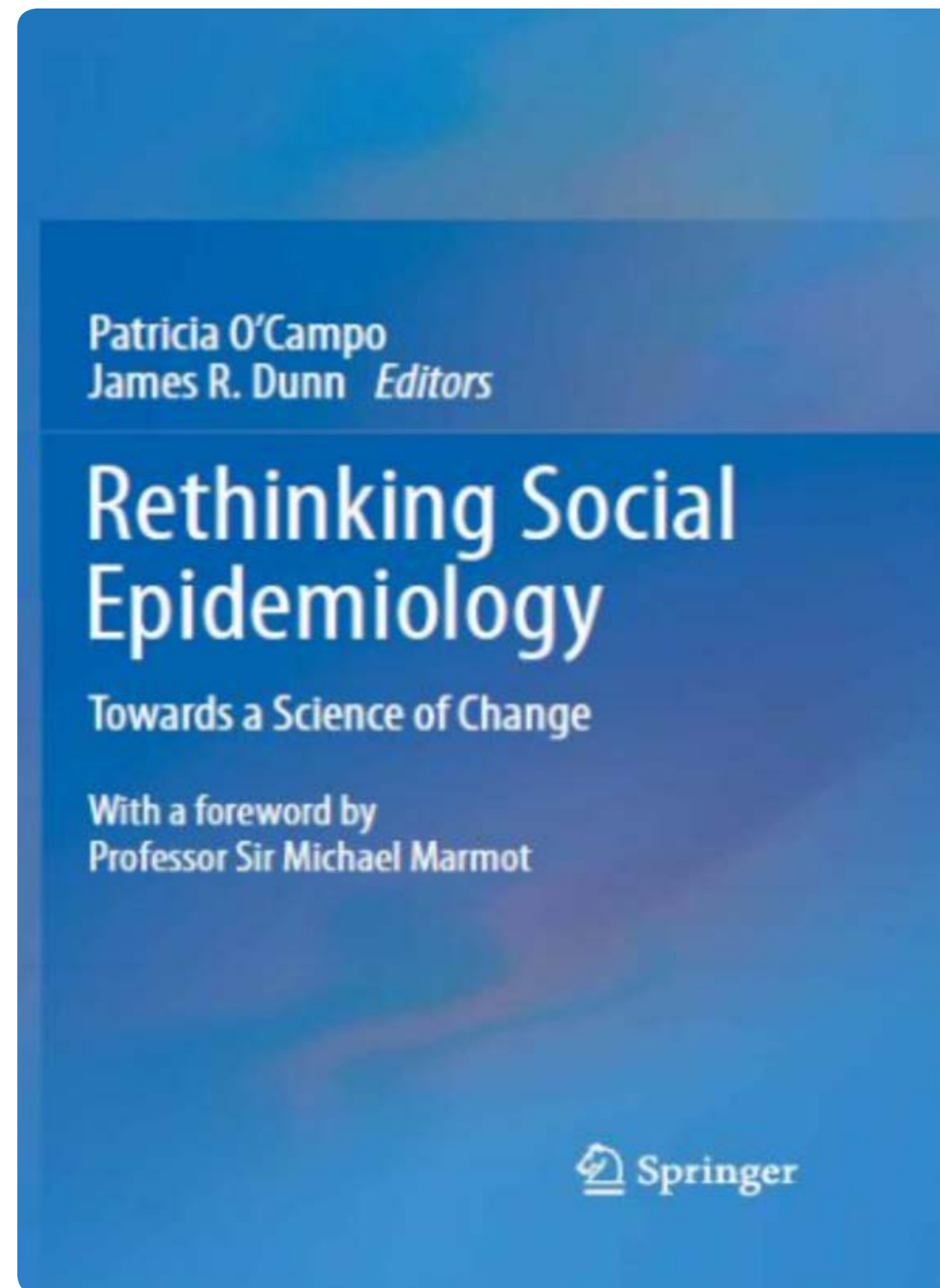


References

- Freiler, A., **Muntaner, C.**, Shankardass, K., Mah, C. L., Molnar, A., Renahy, E., & O'Campo, P. (2013). Glossary for the Implementation of Health in All Policies (HiAP). *J Epidemiol Commun Health*, 67:1068-1072
- **Muntaner, C.** (2002). Power, politics, and social class. *Journal of epidemiology and community health*, 56(8), 562-562.
- Shankardass, K., Renahy, E., **Muntaner, C.**, O'Campo, P. (2015). Strengthening the implementation of Health in All Policies: a methodology for realist explanatory case studies. *Health Policy Plan*. doi: 10.1093/heapol/czu021
- Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L., O'Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *Int J Public Health*, 57(1):25-33
- Kokkinen, L., Shankardass, K., O'Campo, P. & **Muntaner, C.** (2017). Taking health into account in all policies: raising and keeping health equity high on the political agenda. *JECH* - 2016.
- 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.
- Freiler, A. et al. Glossary for politics in HiAP. *JECH* (in press)
- **Muntaner, C.** et al. Influence of political elites in the implementation of Health in All Policies (in press)



For more ideas...



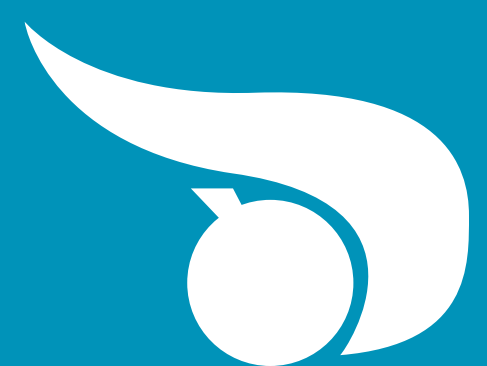
We can use new methods to understand the effect of politics and power on policy and proximal determinants of health



Políticas públicas, salud y bienestar

Dra. Carmen Cabezas

Subdirectora General de Promoción de la Salud
Agencia de Salud Pública de Cataluña



TED Ideas worth spreading

WATCH DISCOVER ATTEND PARTICIPATE

Robert Waldinger:

¿Qué resulta ser una buena vida? Lecciones del estudio más largo sobre la felicidad

TEDxBeaconStreet · 12:46 · Filmed Nov 2015

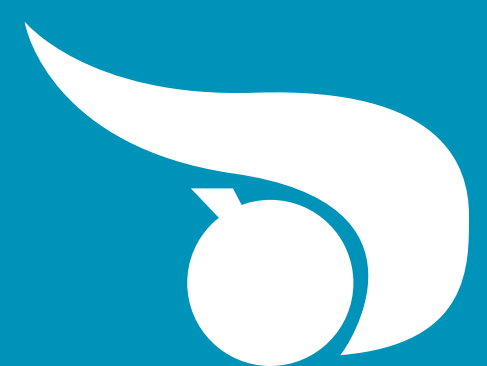
42 subtitle languages

View interactive transcript

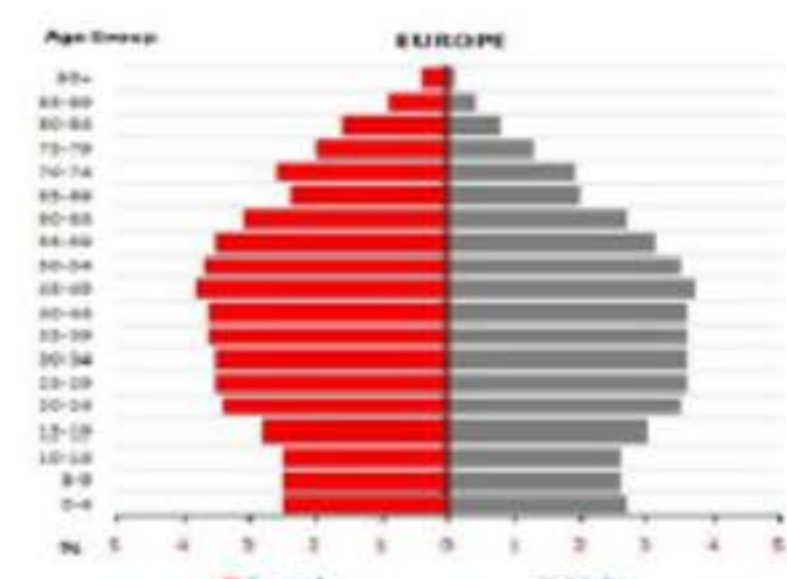
Play

Good relationships keep us happier and healthier. Period.

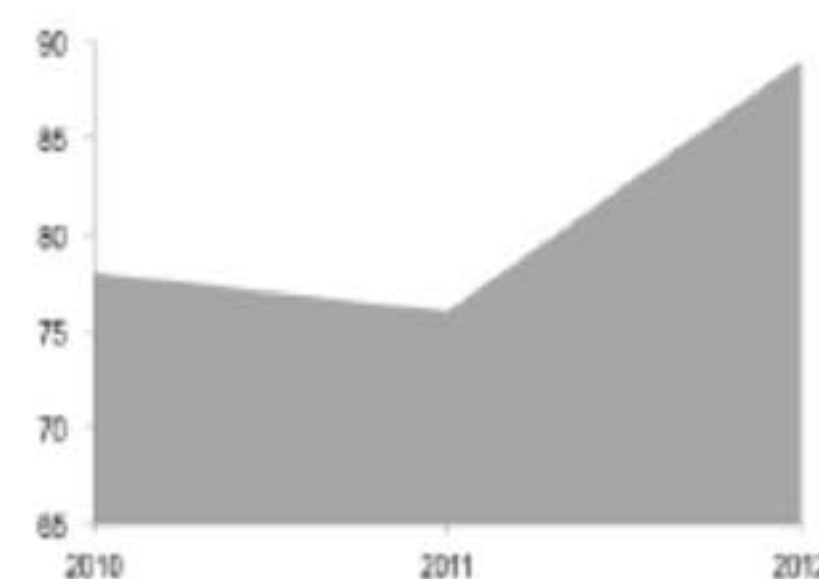
Font: https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness?language=es



The changing global context: challenges and opportunities



Ageing



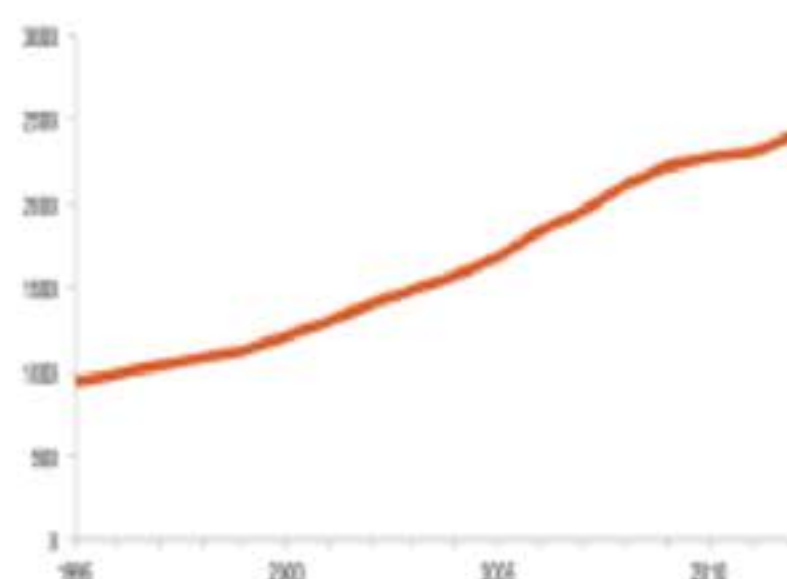
Innovation



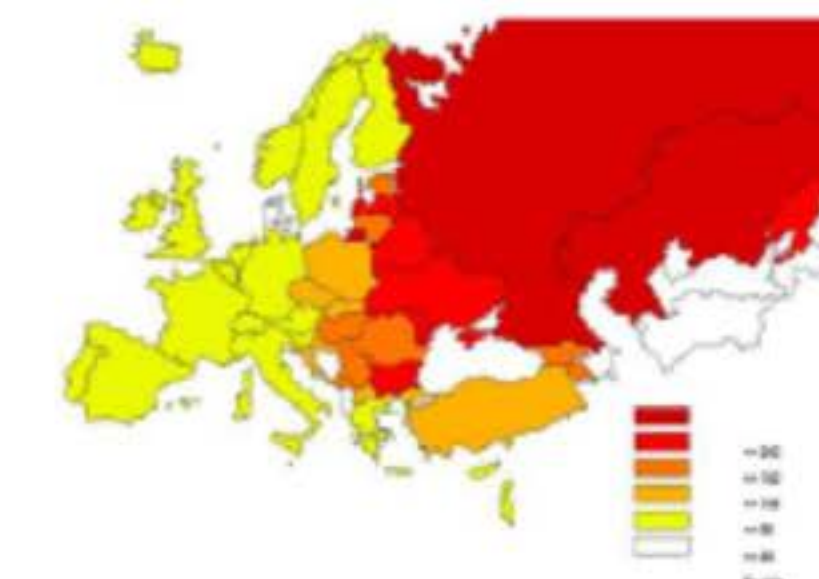
Climate change



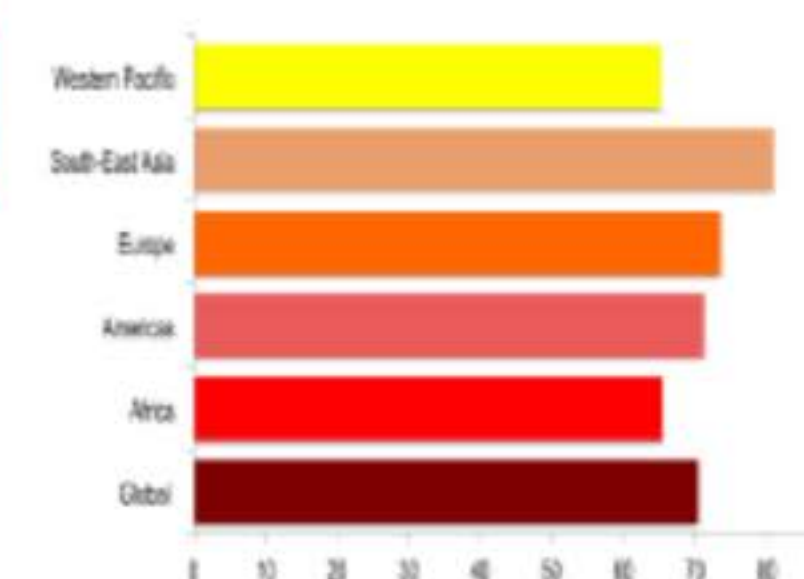
Globalization



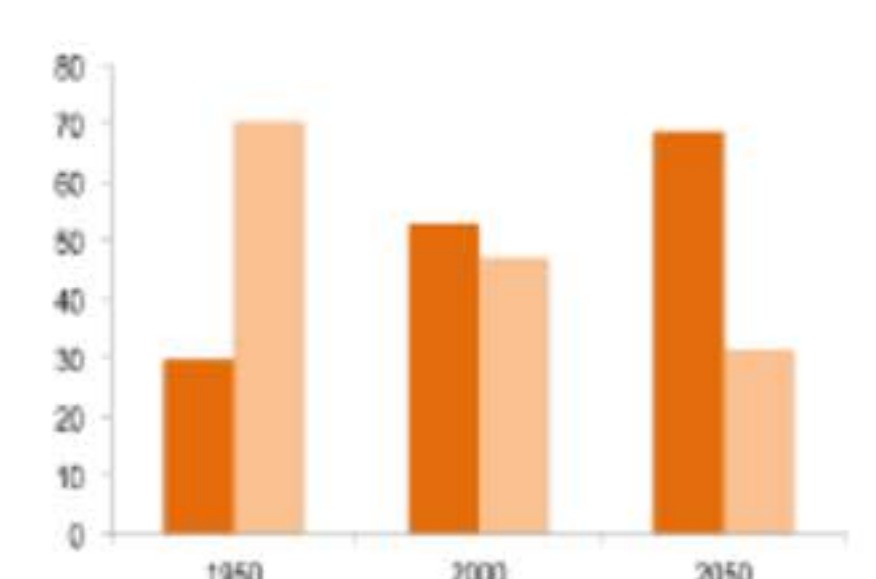
Rising costs



NCDs

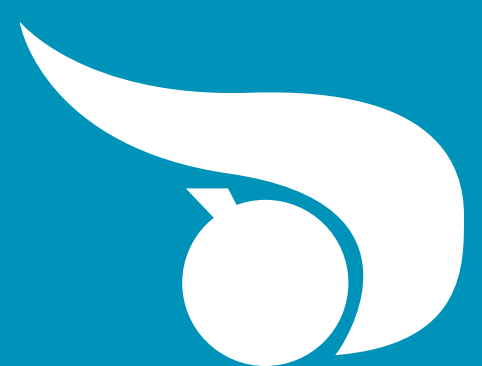


Citizen voice

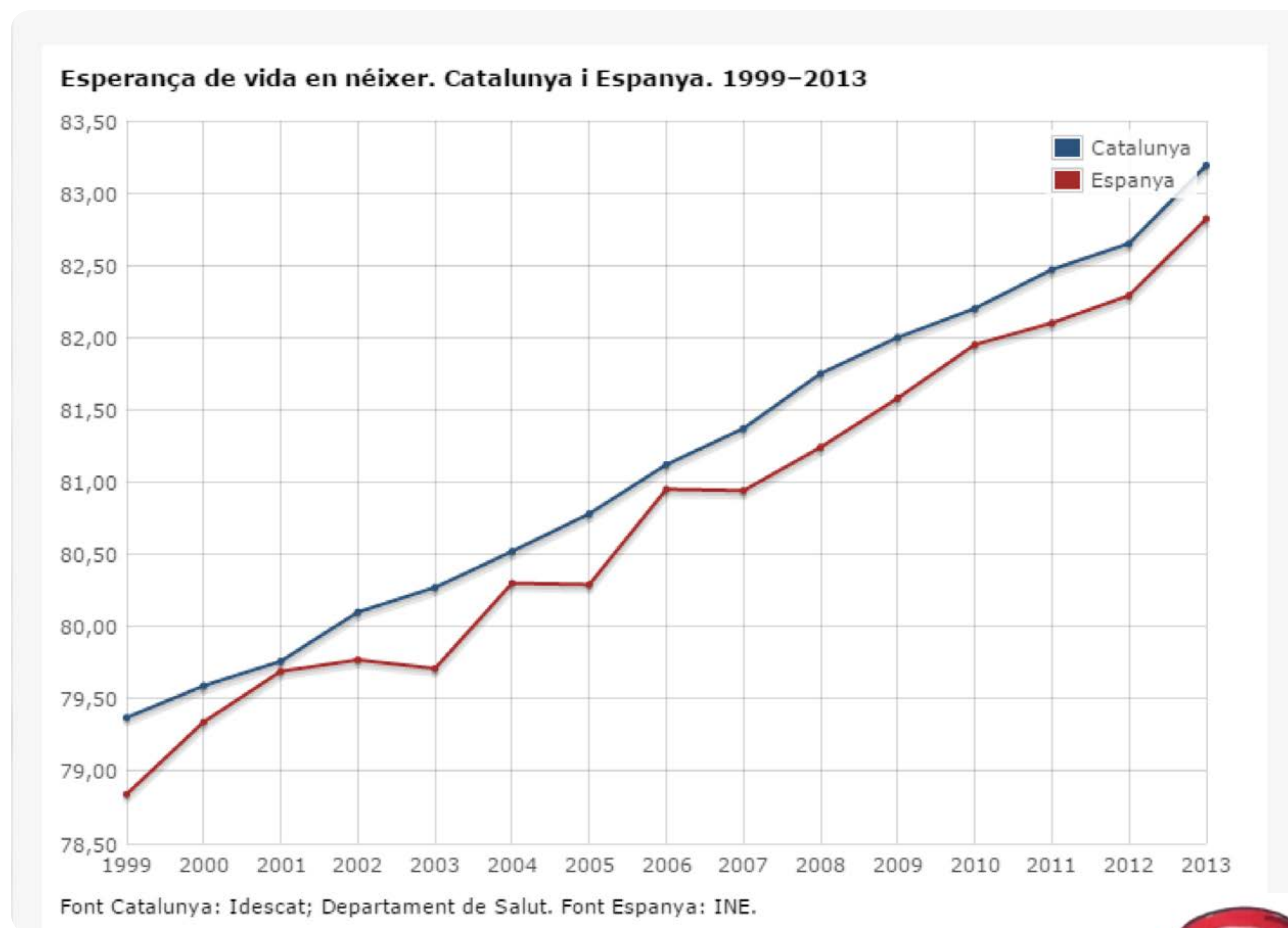


Urbanization

Source: WHO Global Health Observatory Data Repository, 2015

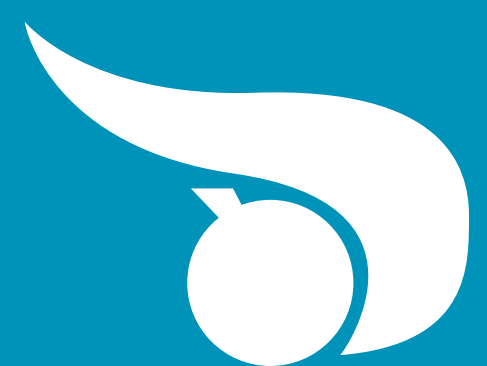


Tant l'esperança de vida (83,4) com l'esperança de vida amb bona salut (68,4) a Catalunya son molt altes (2014)



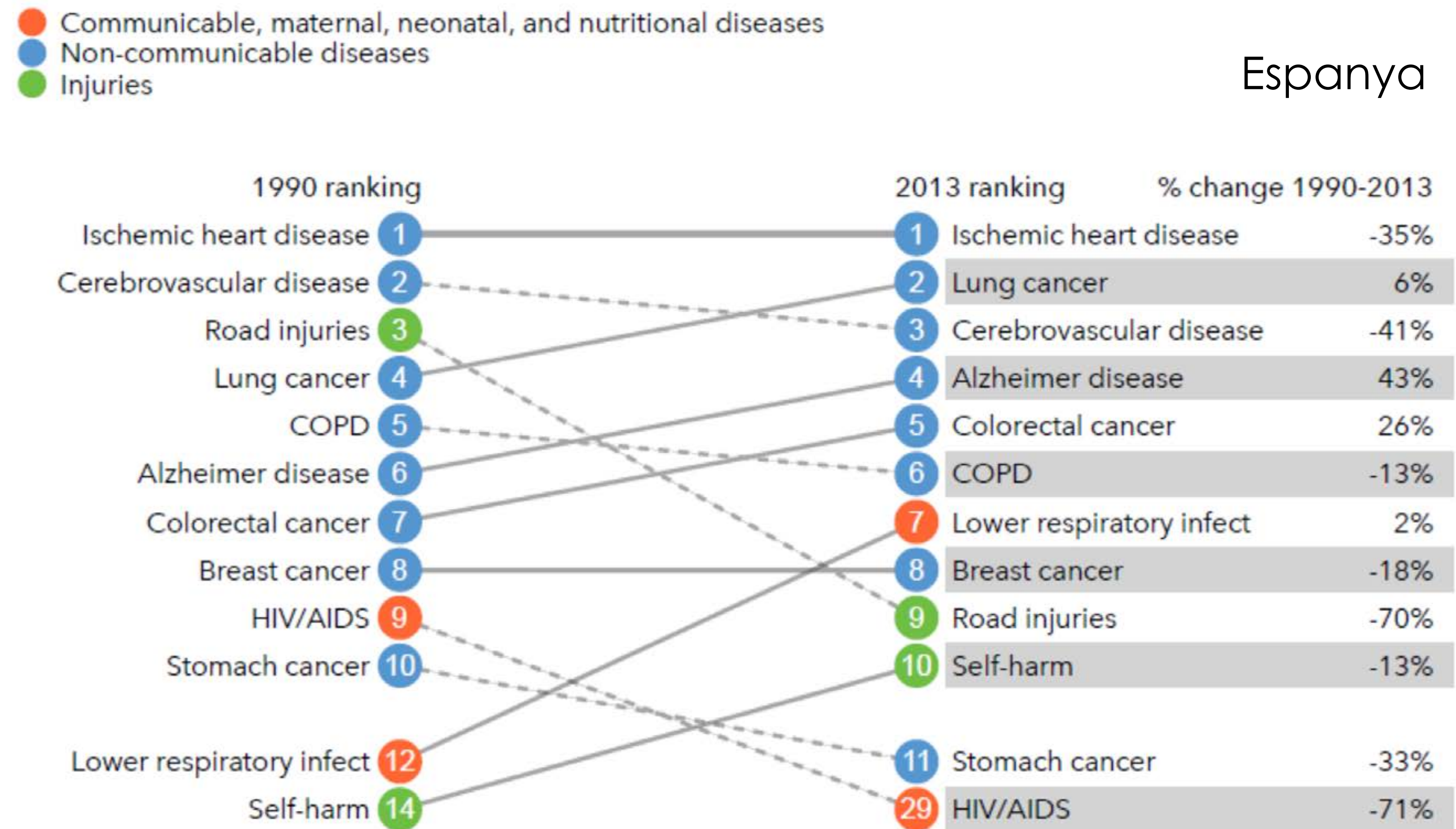
Malgrat tot, aproximadament l'esperança de vida amb bona salut és aprox. 15 anys més curta que l'esperança de vida.
Repte: **sumar salut als anys**





Segons les dades més actuals de l'estudi de la Càrrega Global de Malaltia, a Espanya les causes de mort prematura tenen que veure amb problemes de salut crònics (color blau) inclús més al 2013 que al 1990

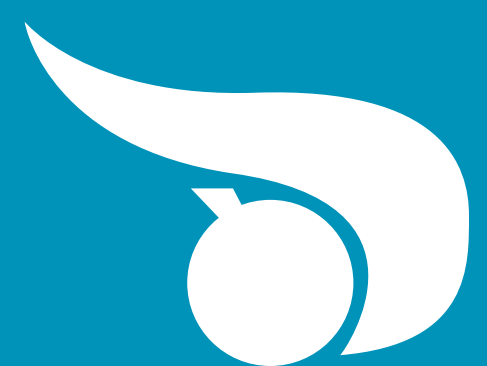
Leading causes of YLLs to premature death, 1990 and 2013, and percent change 1990-2013



YLLs are years of life lost due to premature mortality.

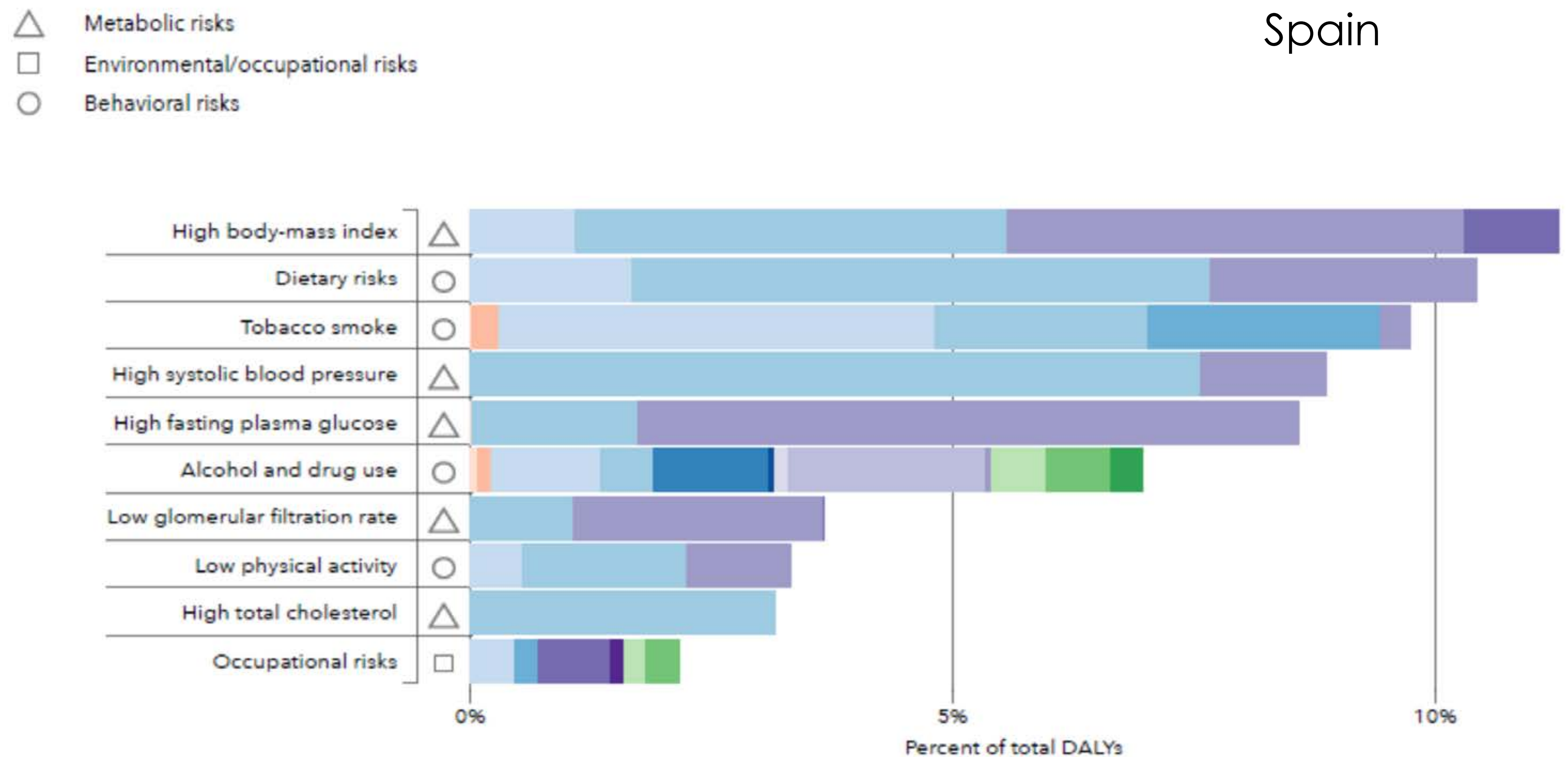
<http://www.healthdata.org/>

Rankings are based on YLLs per 100,000, all ages, not age-standardized.

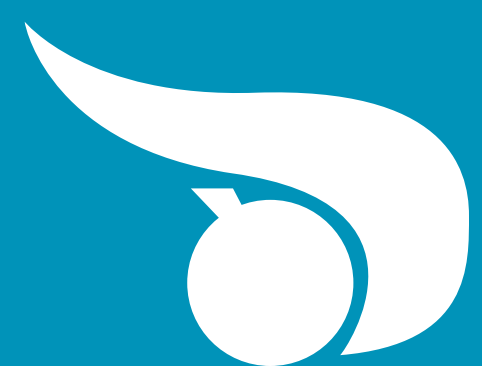


L'obesitat, l'alimentació i el consum de tabac són els tres principals factors de risc dels anys ajustat per discapacitat

Burden of disease attributable to leading risk factors, 2013

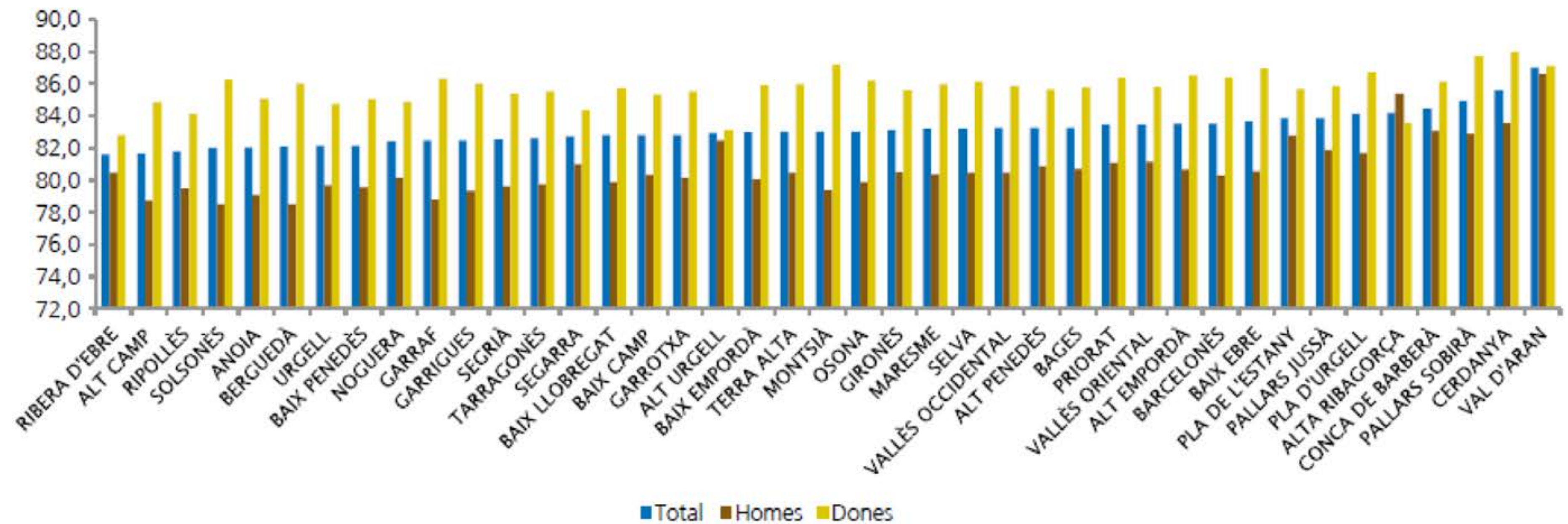


<http://www.healthdata.org/>

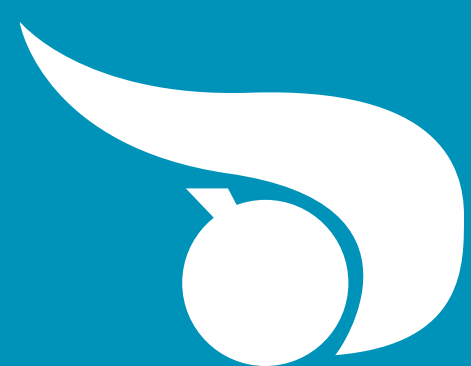


L'esperança de vida en néixer varia entre els 87,0 anys a la Vall d'Aran i els 81,6 a Ribera d'Ebre i entre 86,0 per a les dones i 80,3% per als homes

Esperança de vida en néixer per comarca. Catalunya, 2013

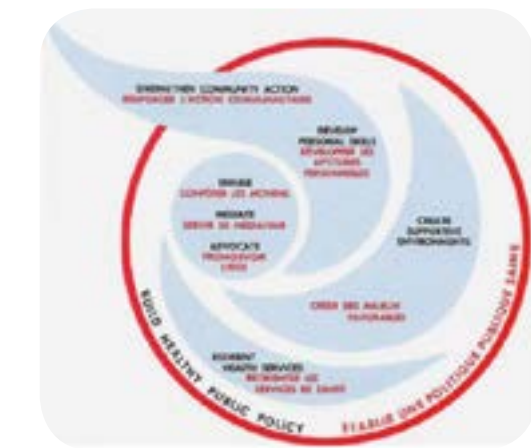


Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut



La dinàmica de la salut

OMS, *Ottawa Charter 1986*

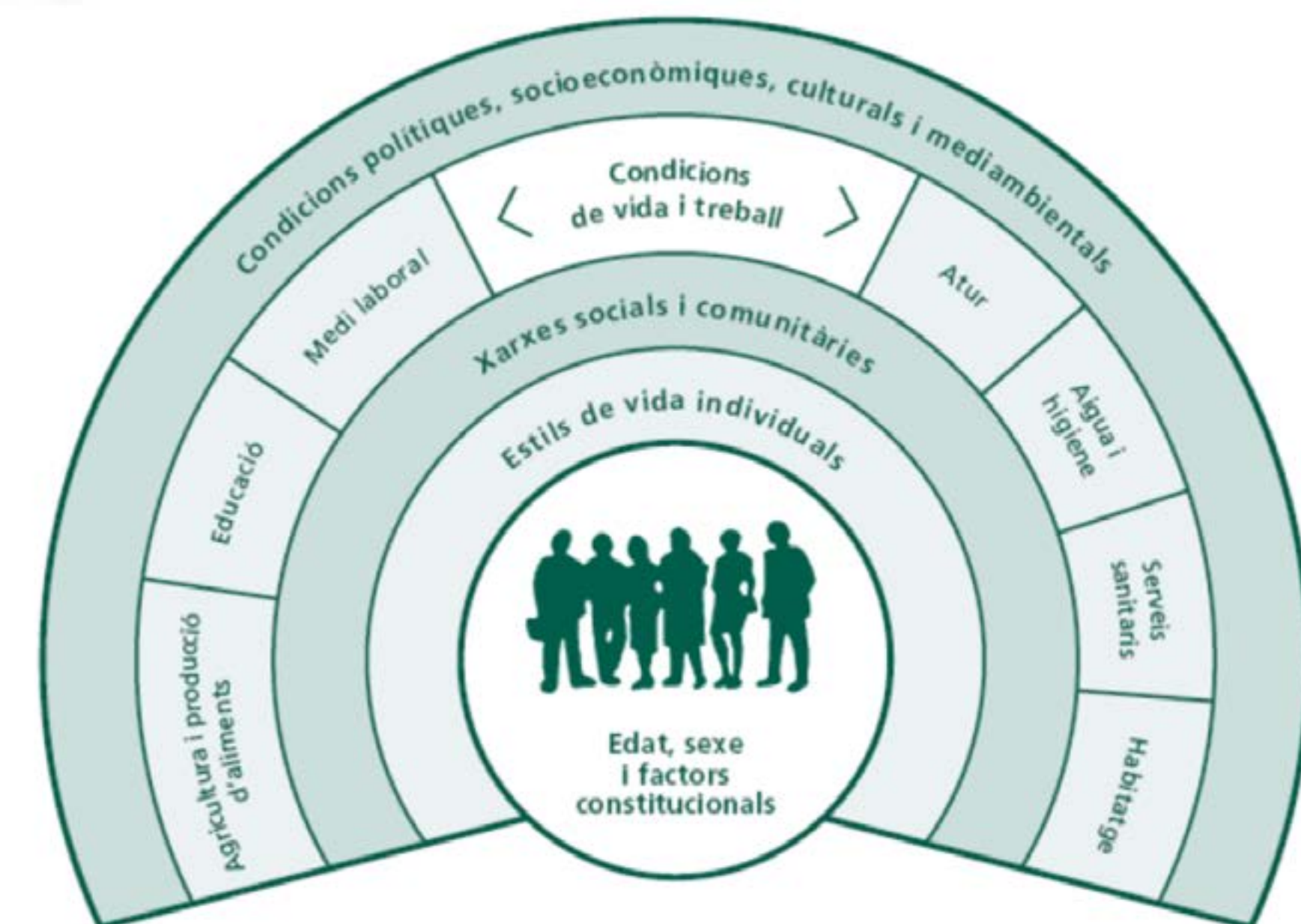


«Promoció de la salut és el procés de capacitar a les persones per controlar i millorar la seva salut»

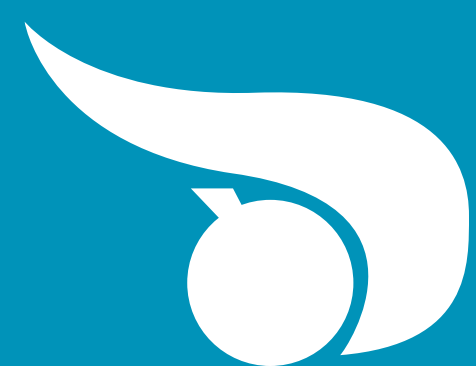
Cal començar treballant en els determinants socials de la salut

- ≈ La salut és un determinant
- ≈ La salut és una inversió
- ≈ La salut és un recurs
- ≈ La salut és un dret humà

La salut és una força impulsora a les societats modernes

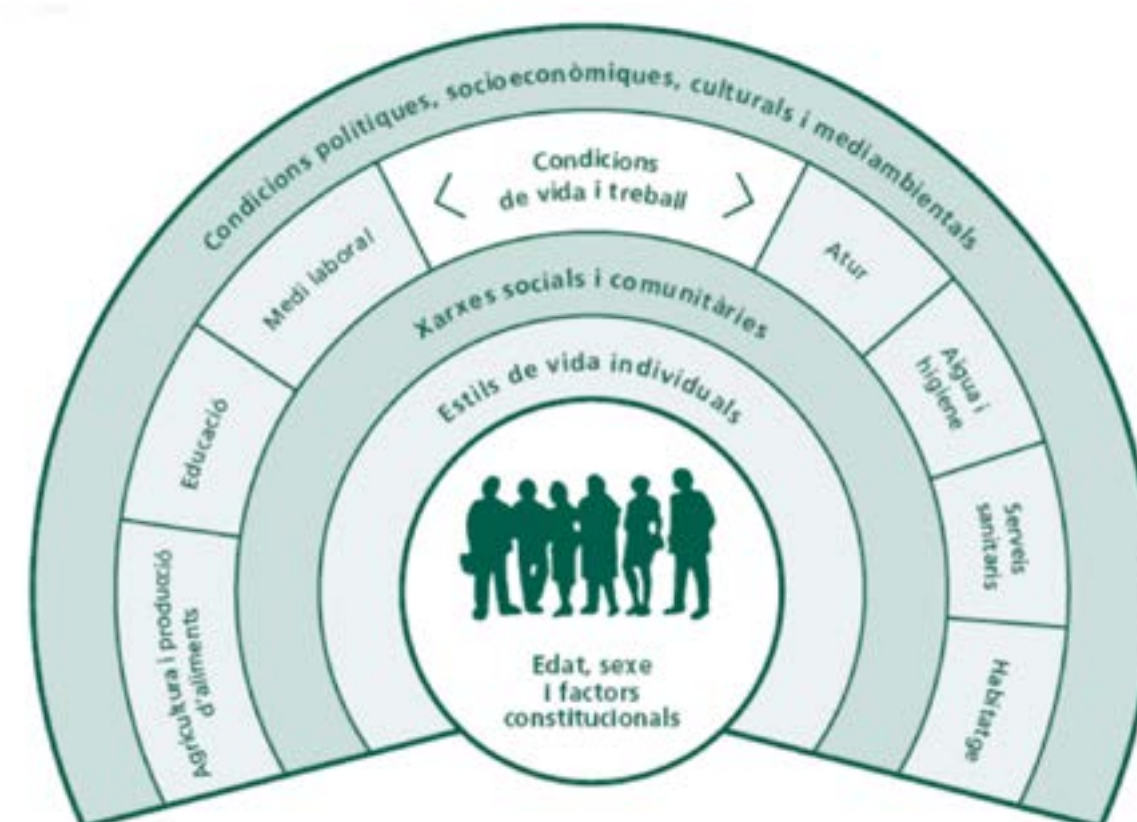
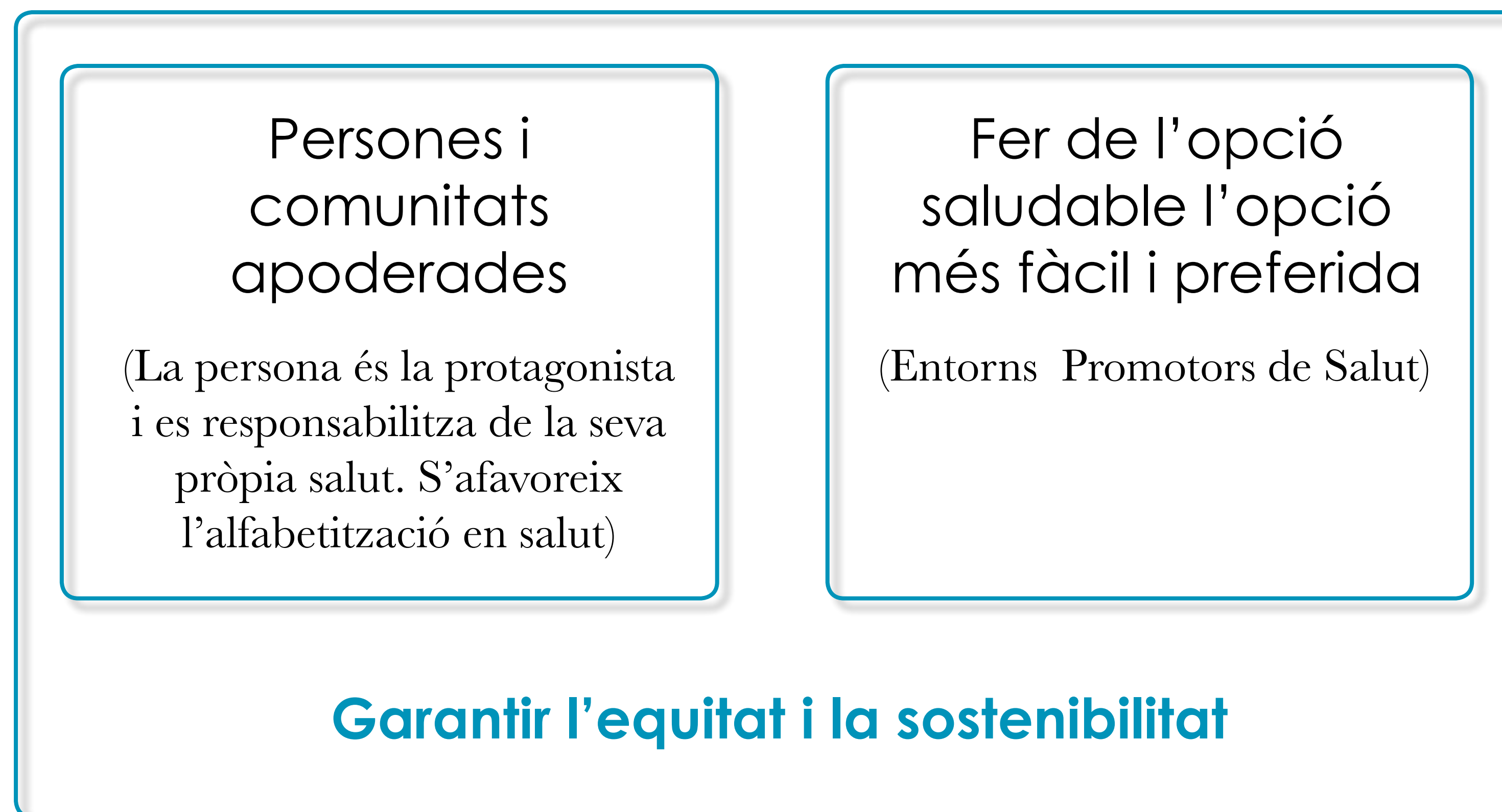


**Dalhgren, Whitehead, 1991, mod. per ASPB
A partir de Kickbusch, 2006**



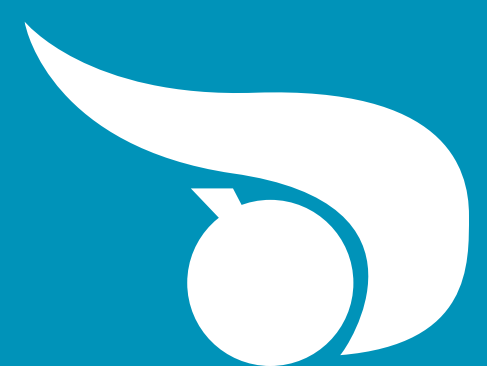
La salut es crea en el context de la vida diària, quotidiana, on la gent viu, treballa, estima, juga....

La millora de la salut de la població depèn de:



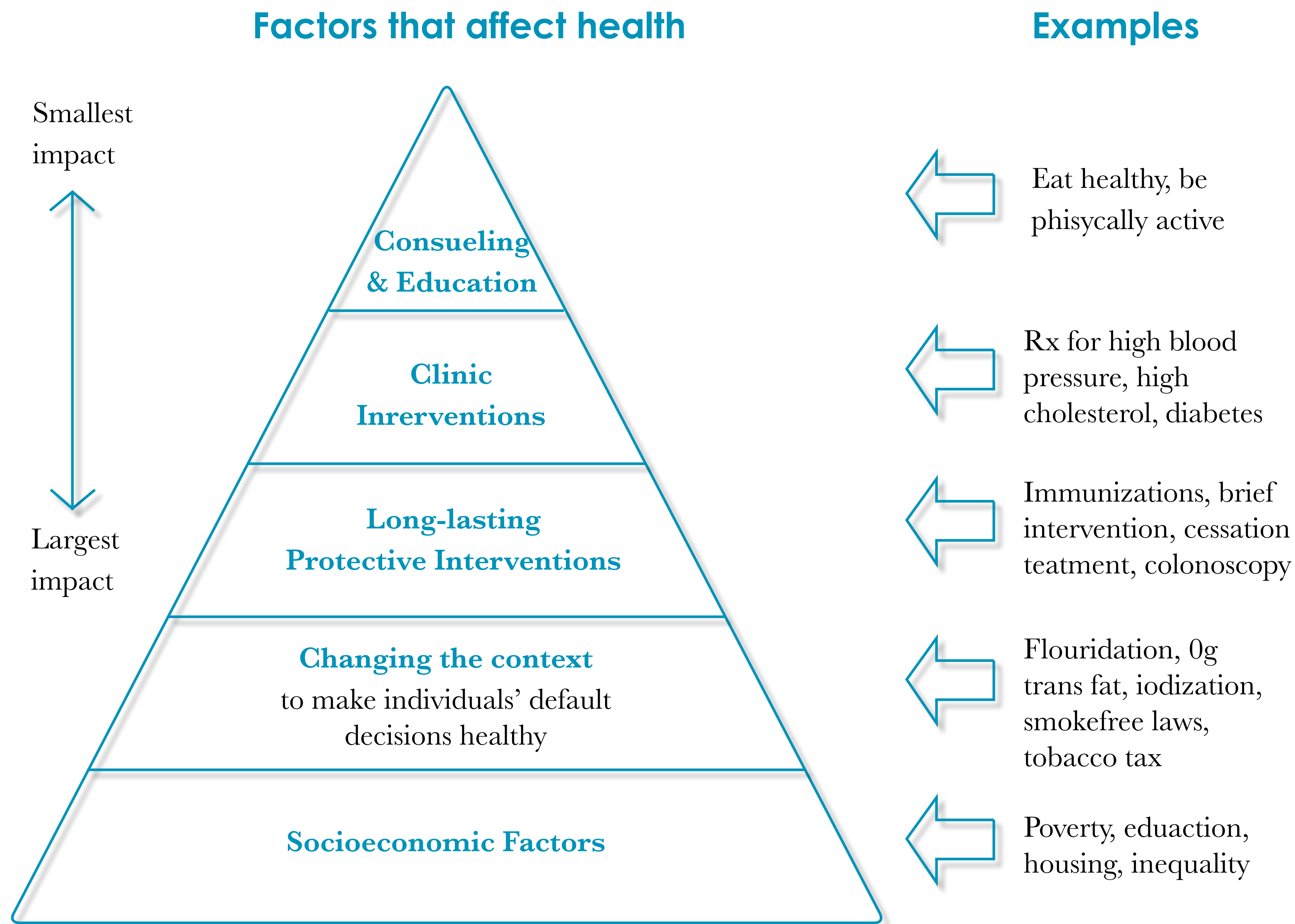
Adaptat per l'ASPB de Dahlgren G., Whitehead M, 1991

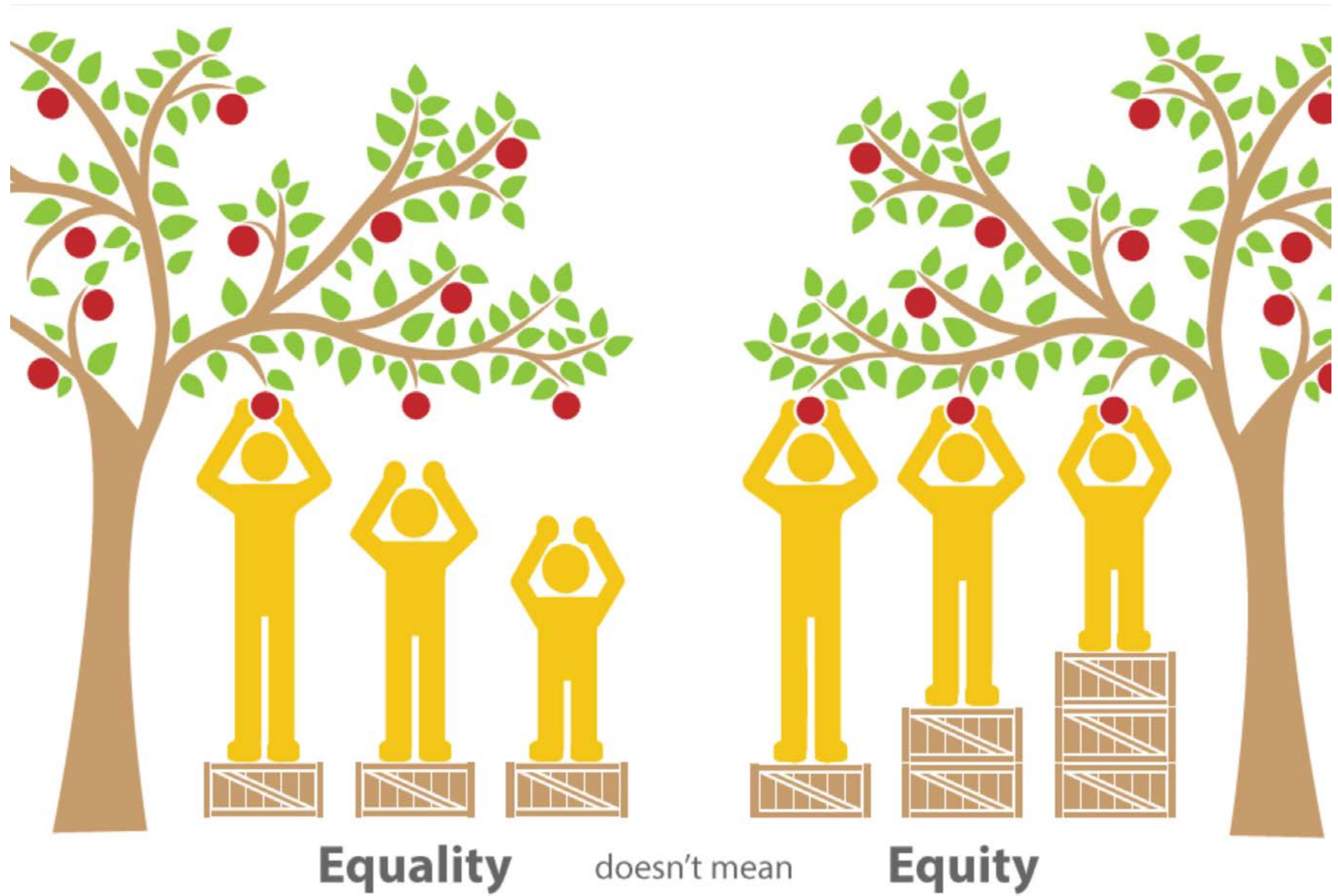
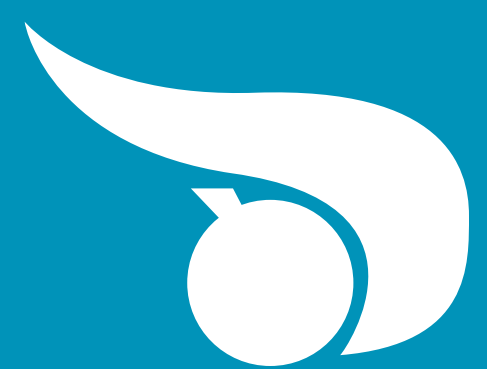
A partir de Kickbusch 2006 sobre Ottawa Charter 1986



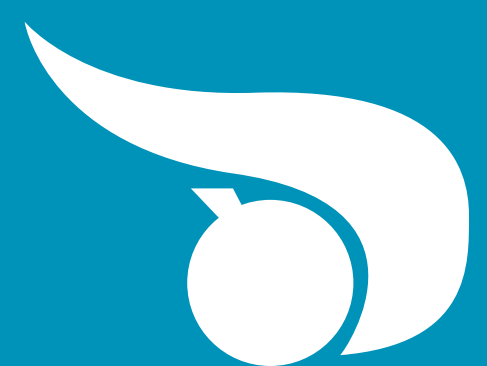
La piràmide de l'impacte en salut

Dr. Thomas Frieden, CDC





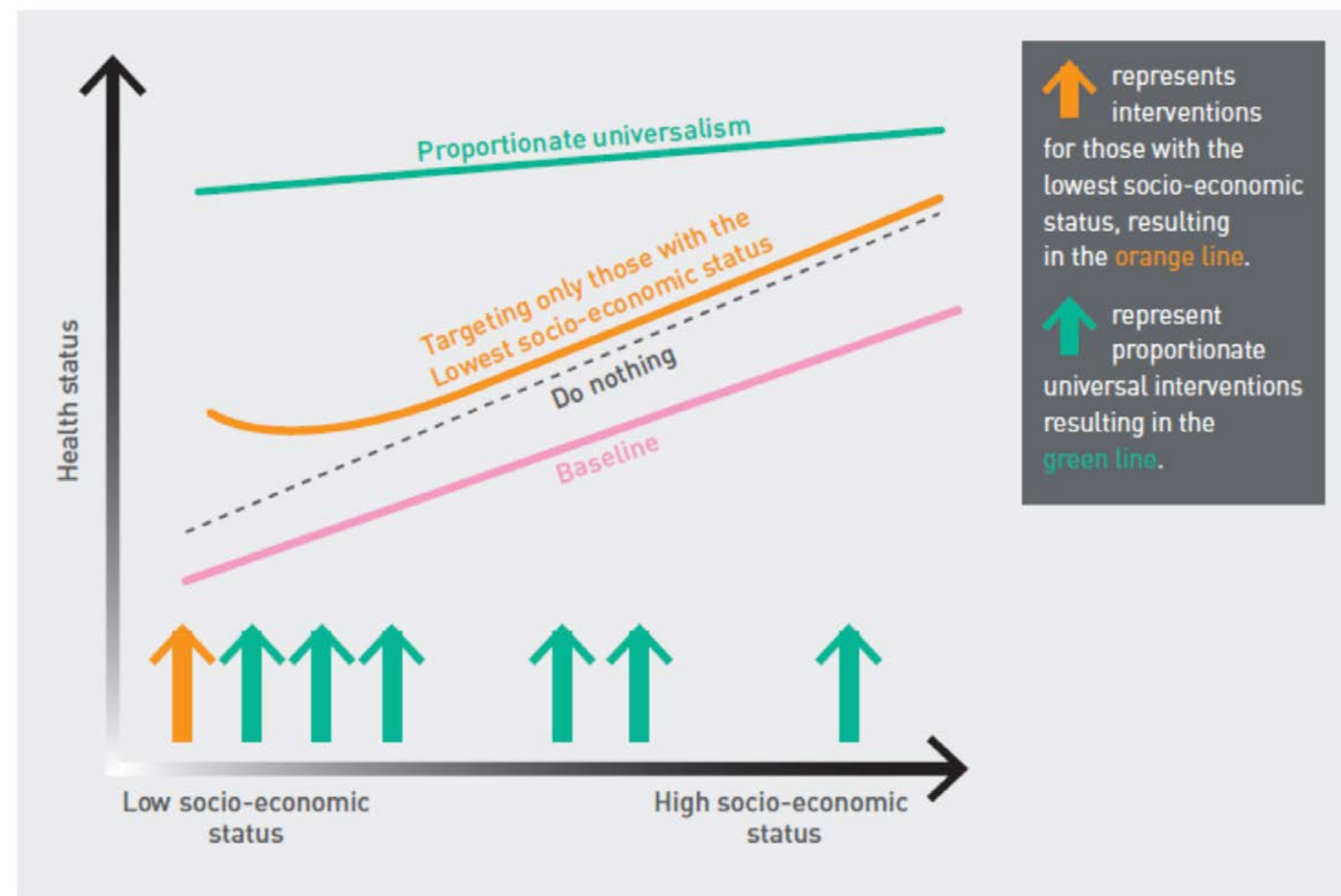
https://www.communityview.ca/infographic_SHR_health_equity.html



Les actuacions han d'adreçar-se a reduir el gradient social en salut: universalisme proporcional *

Accions universals, però amb una magnitud i intensitat proporcional al nivell de desavantatge*

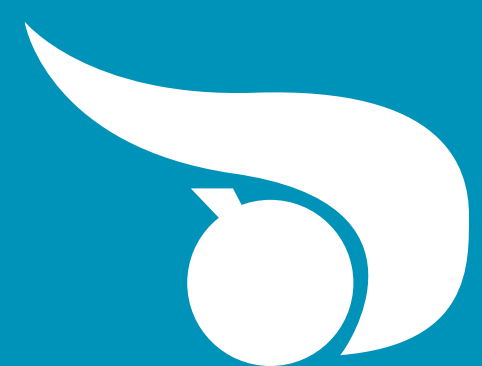
THEORETICAL REPRESENTATION OF THE EFFECT OF DIFFERENT APPROACHES TO REDUCE HEALTH INEQUITIES

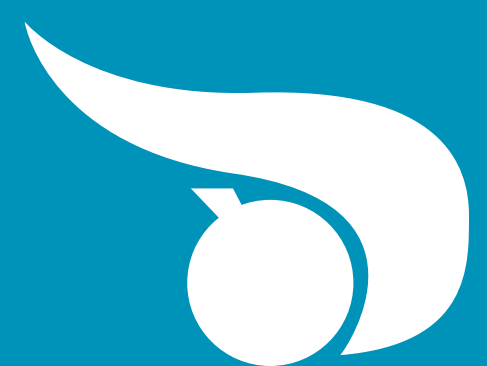


Adapted from *Health Inequalities Commissioning Framework*. NHS Kensington and Chelsea.

* M. Marmot «Fair Society Healthy Lives»

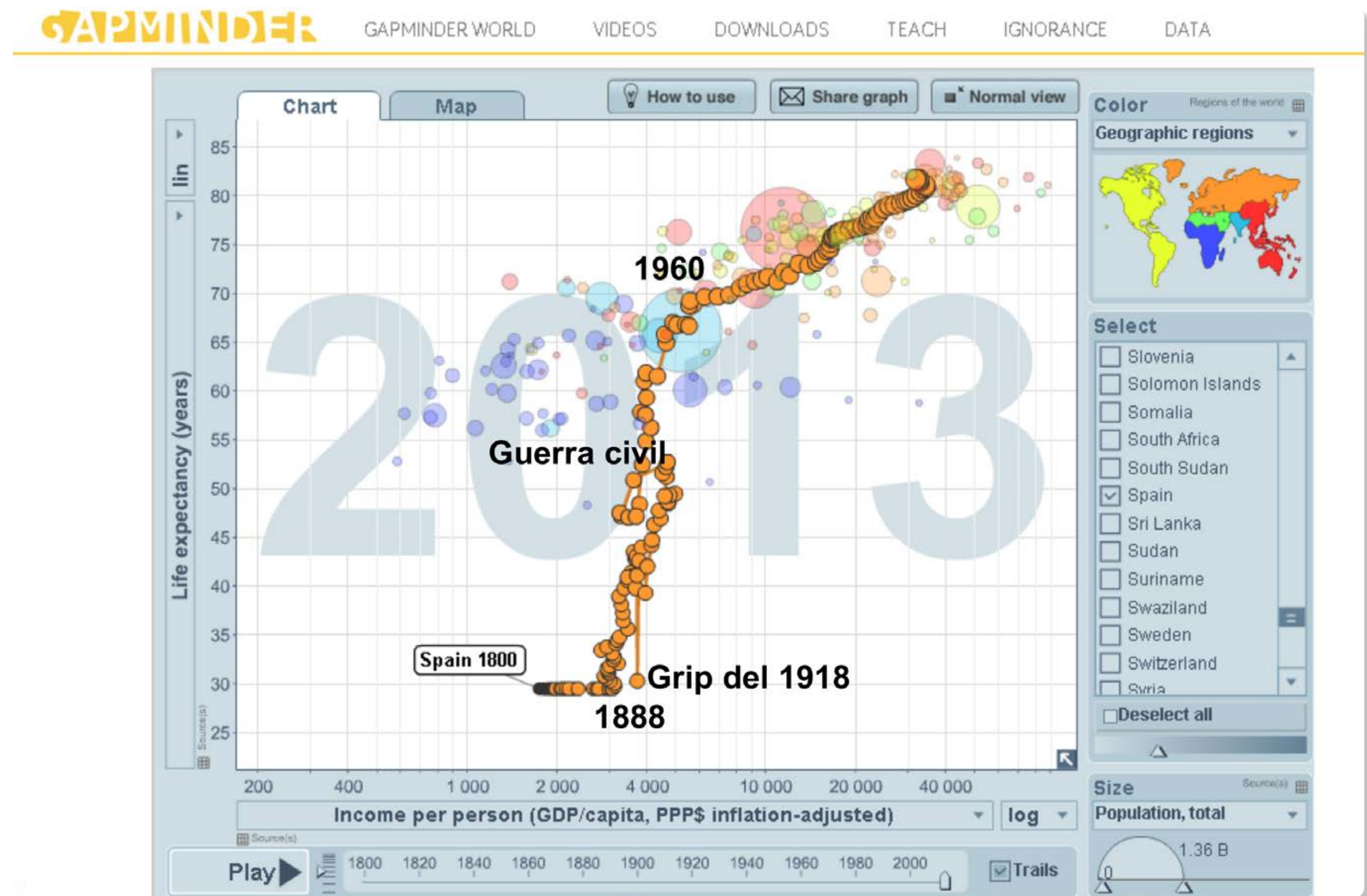
La relació entre el PIB d'un país i la seva esperança de vida és ben coneguda

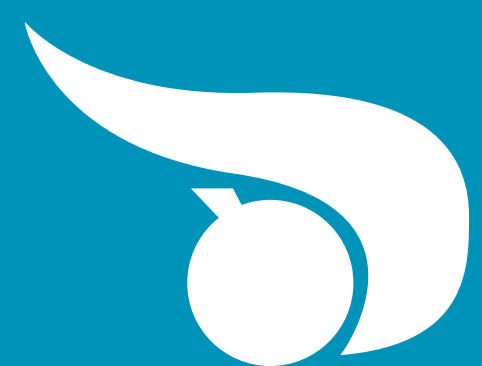




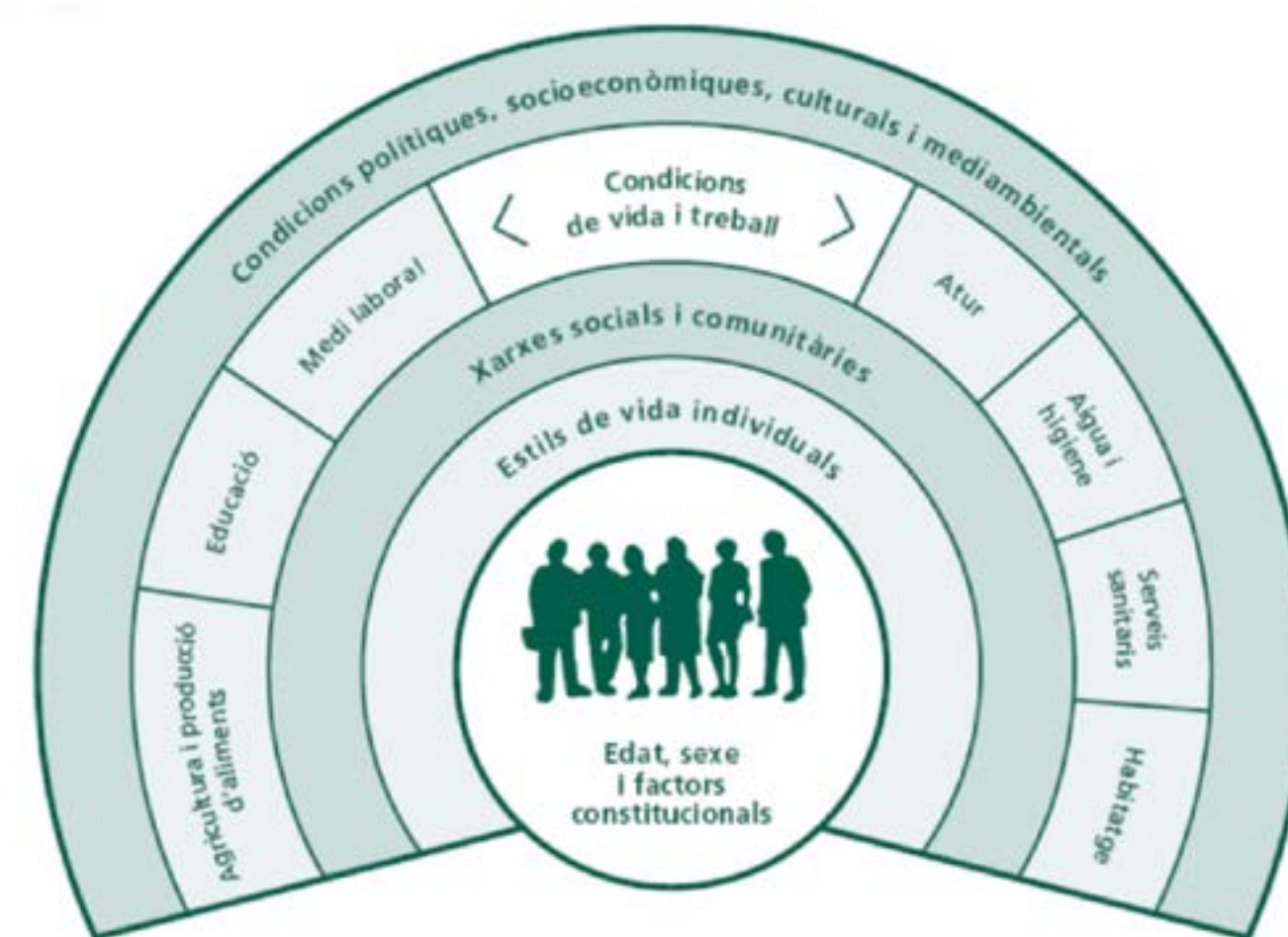
Existeixen molts altres determinants importants...

L'evolució de la relació entre el PIB i l'esperança de vida per Espanya entre 1800 i 2013





El 80% dels determinants de la salut es troben fora del sistema sanitari !



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

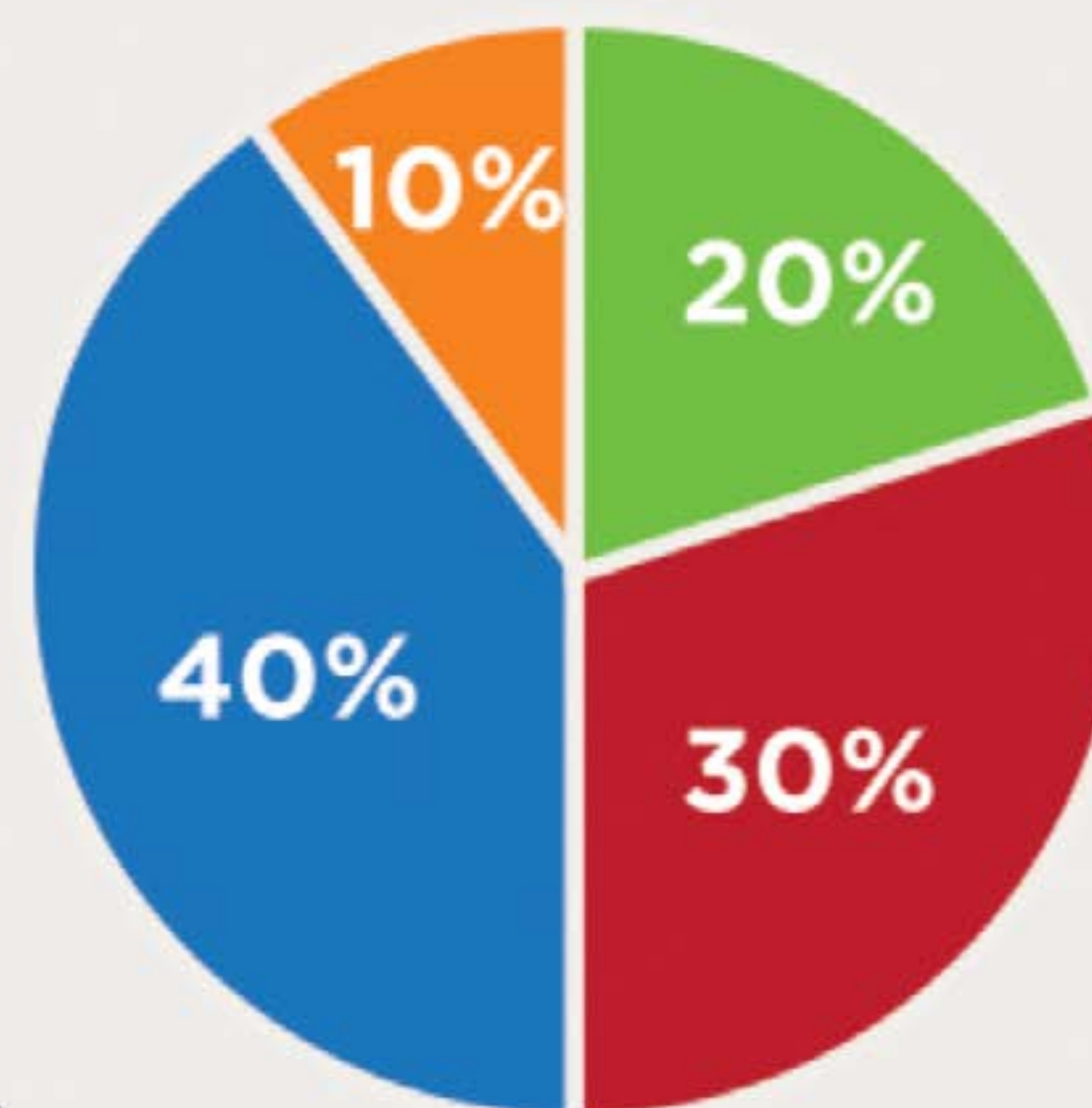
El 80% dels determinants de salut no depenen del sistema sanitari

Entorn físic

Qualitat del medi ambient
Medi urbà

Factors socioeconòmics

Educació
Treball
Ingressos
Suport familiar/social
Seguretat comunitària



Atenció sanitària

Accés a l'atenció
Qualitat de l'atenció

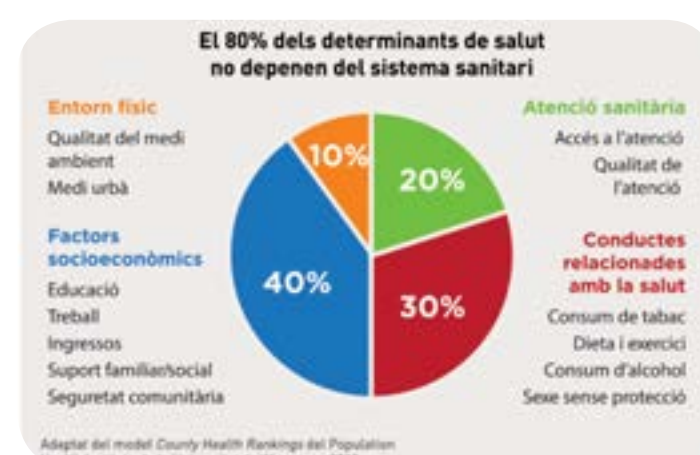
Conductes relacionades amb la salut

Consum de tabac
Dieta i exercici
Consum d'alcohol
Sexe sense protecció

Adaptat del model *County Health Rankings* del Population Health Institute de la Universitat de Wisconsin, 2010.

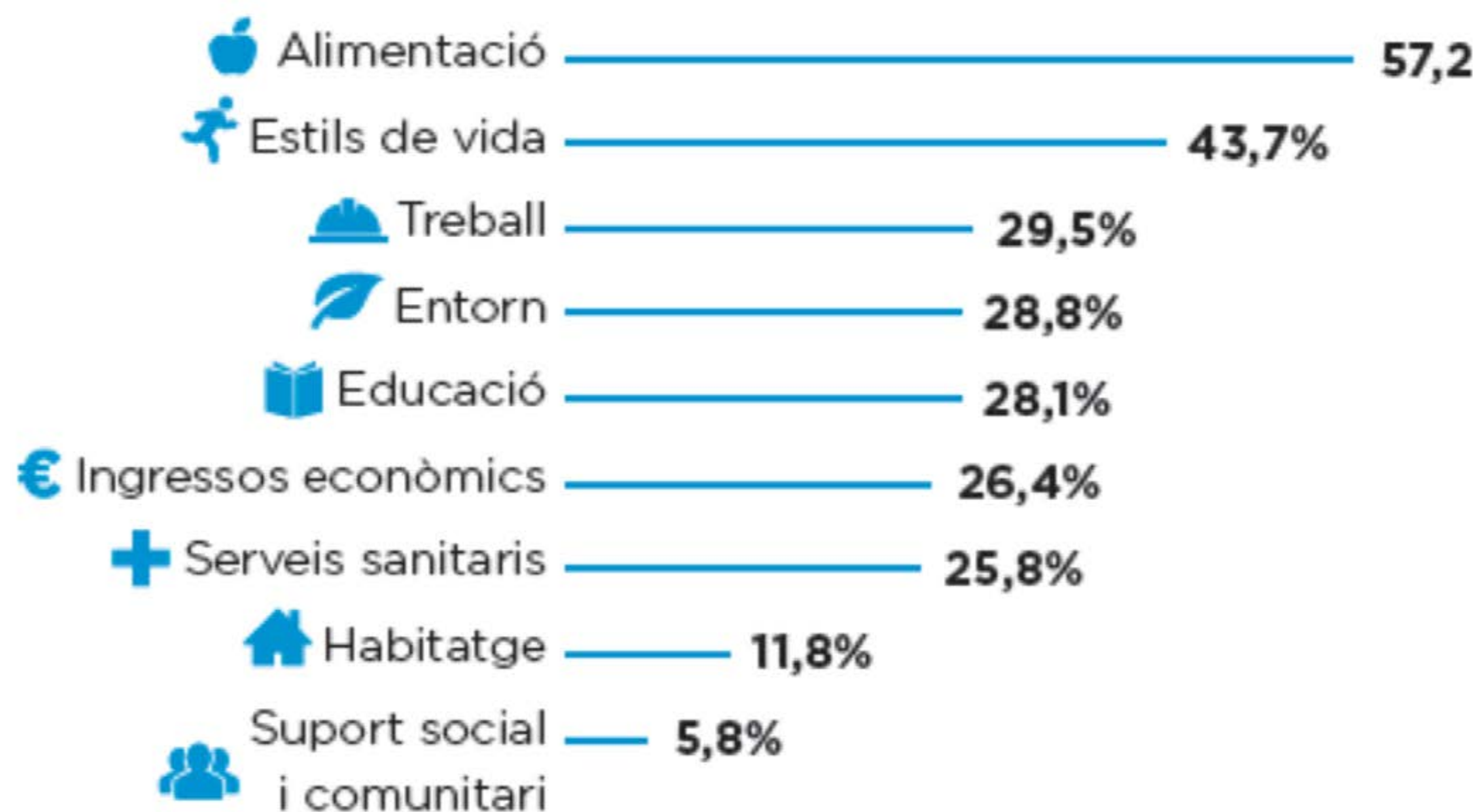


La població catalana li dona molt valor als determinants de la salut



Com valora la població els factors que determinen la nostra salut?

Enquesta Òmnibus 2014-2, Generalitat de Catalunya



Catalunya, juliol 2014



La major part de les bones polítiques públiques, a més d'aconseguir els seus resultats directes, milloren la salut



Les polítiques intersectorials de **seguretat viària** han contribuït a reduir la mortalitat per trànsit a Catalunya en un 69,5% en el període 2000-2013. L'impacte global (mortalitat, ingressos, despeses indirectes, etc.) equival a un estalvi per a la societat catalana de 18.000 milions € en el període 2001-2010.

El **consum de fruita** per càpita es relaciona amb un impuls de l'agricultura i els sectors productius i amb la bona salut de la població.

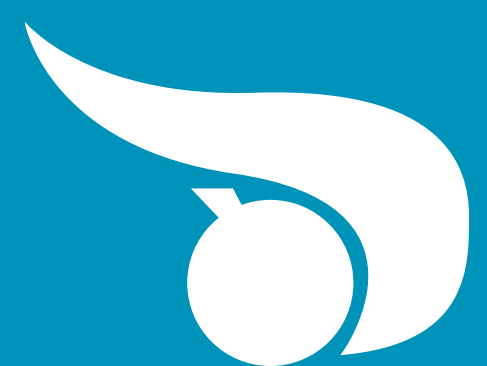
1 ració addicional de fruites redueix en un 7% el risc coronari.

Els infants que fan més **activitat física** tenen millor rendiment acadèmic i millor salut.

Els que tenen notes més altes tenen el doble de probabilitat de ser actius regularment que els que suspelen.

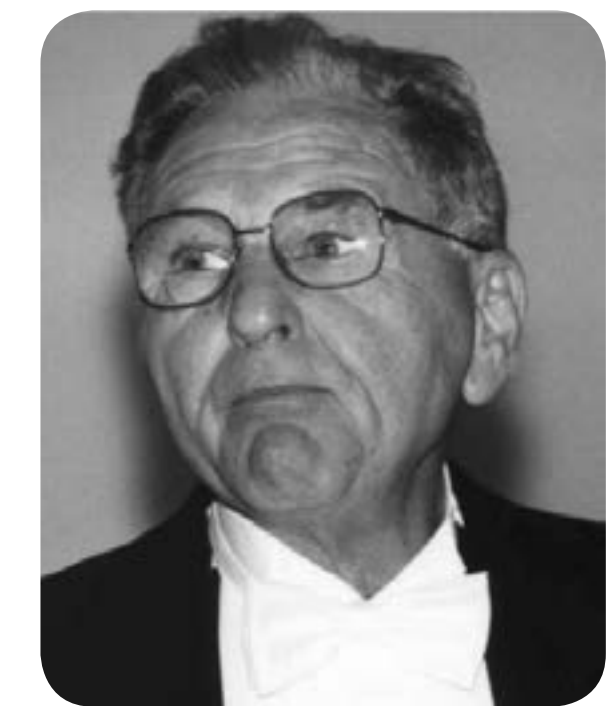
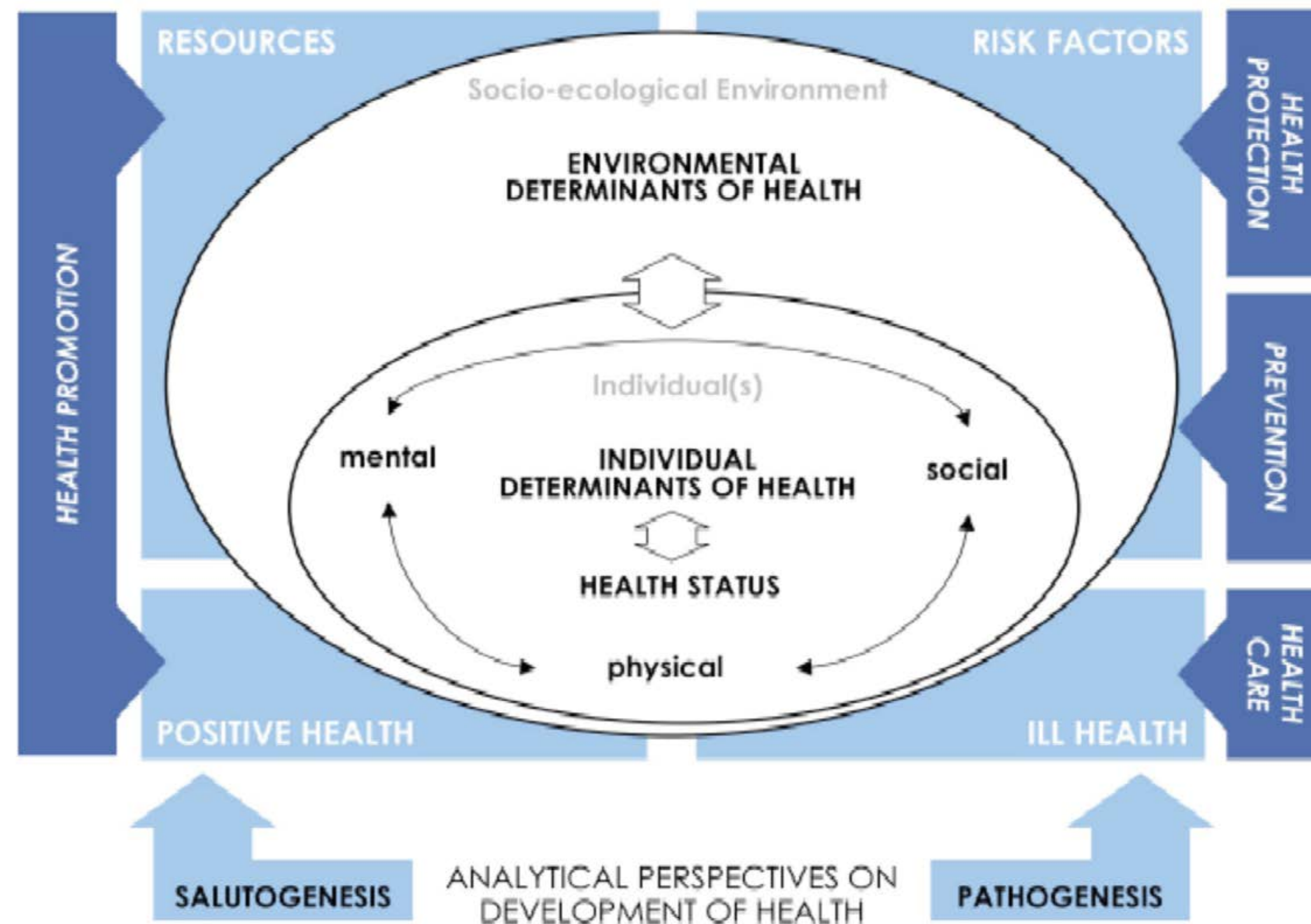
El **canvi climàtic** influencia la salut en múltiples aspectes, a través de l'augment de les temperatures, l'ecologia dels vectors, la degradació ambiental, l'elevació dels nivells marins, etc.

L'assistència a **activitats culturals** s'associa a una major supervivència de les persones (disminució d'un 37% de la mortalitat -ajustada per 8 factors de risc- en un seguiment de 8 anys).

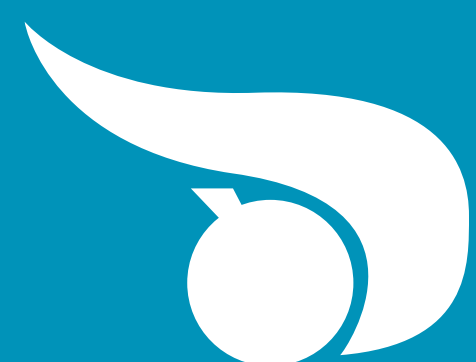


De les necessitats als actius en salut (o ambdós)

Situating salutogenesis: Health development model



(Bauer et al. Health Promotion International 2006)



INVEST IN YOUR COMMUNITY

4 Considerations to Improve Health & Well-Being for All

WHAT Know What Affects Health



WHERE Focus on Areas of Greatest Need

Your zip code can be more important than your genetic code. Profound health disparities exist depending on where you live.



WHO Collaborate with Others to Maximize Efforts



HOW Use a Balanced Portfolio of Interventions for Greatest Impact

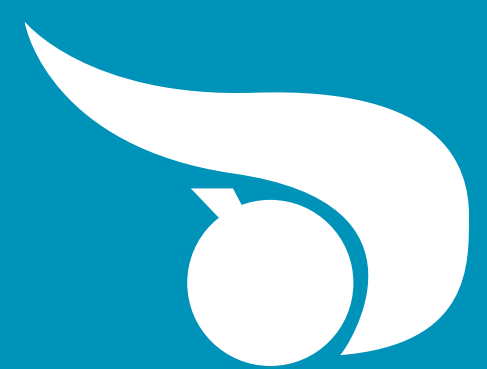
- Action in one area may produce positive outcomes in another.
- Start by using interventions that work across all four action areas.
- Over time, increase investment in socioeconomic factors for the greatest impact on health and well-being for all.

Four ACTION Areas



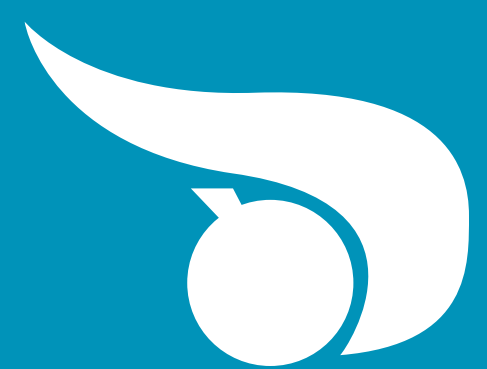
VISIT www.cdc.gov/CHInav FOR TOOLS AND RESOURCES TO IMPROVE YOUR COMMUNITY'S HEALTH AND WELL-BEING





SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS





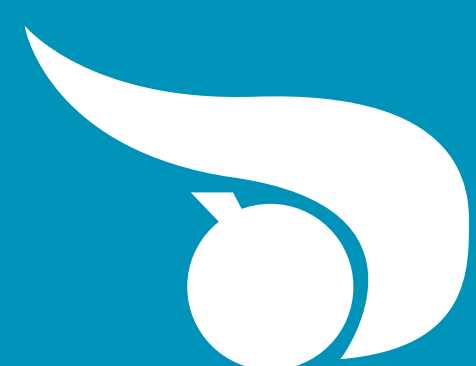
HEALTH IN THE SDG ERA



World Health Organization

WWW.WHO.INT/SDGS





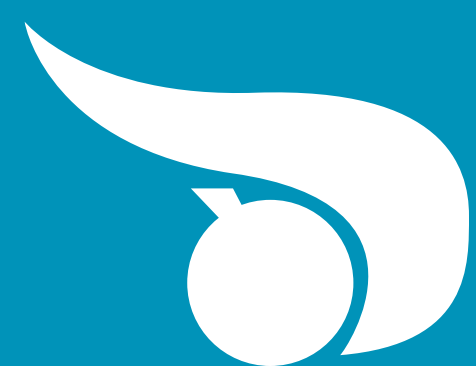
La Salut en totes les polítiques és una prioritat estratègica a nivell internacional i estatal

- Objectius estratègics de l’OMS Salut 2020:
- Major equitat i millor governança per a la salut
- Experiències en marxa a Finlàndia, Austràlia del Sud, Califòrnia...
- Objectius de desenvolupament sostenible
- Llei de Salut Pública estatal
- Pla de Govern



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS





La llei 18/2009 de salut pública



81070

DISPOSICIONS

DOCC 5485 - 28.10.2009

DEPARTAMENT DE LA PRESIDÈNCIA

LLEI

18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública.

R. PRESIDENT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

Sin notoria tots els ciutadans que el Parlament de Catalunya ha aprovat i jo, en nom del Rei i d'acord amb el que estableix l'article 95 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya, promulgo la següent

LLEI

Preàmbul

La salut pública es defineix, com el conjunt orgànic d'institucions 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 restauració de la vigíllcia 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 ligats 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, hàbitatge i treball, tot i que els progressos en el vessant assistencial també hi han contribuït decididament.

La Llei de l'Estat 14/1964, del 25 d'abril, general de sanitat, va incloure la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut entre les finalitats del Sistema Nacional de Salut. Més recentment la Llei de l'Estat 16/2003, del 28 de maig, de col·lecció i qualitat del Sistema Nacional de Salut, ha inclòs les prestacions de salut pública en el catàleg de prestacions del Sistema Nacional de Salut. Aquestes prestacions són definides com el conjunt d'iniciatives organitzades per la societat per a preservar, protegir i promoure la salut de la població, que s'han d'executar amb caràcter d'integrat a partir de les estructures de salut pública de les administracions i de la infraestructura d'estatus primari del Sistema Nacional de Salut i que han d'ofereix prestacions per mitjà de la cartera de serveis.

La Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, va crear el Servei Català de la Salut amb l'objectiu últim de mantenir i millorar el nivell de salut de la població. El Servei Català de la Salut era configurat per tots els centres, serveis i establiments sanitaris públics i de cobertura pública als quals corresponen, entre altres funcions, les de salut pública.

La Llei 20/2002, del 5 de juliol, de seguretat alimentària, és la primera iniciativa destinada a configurar un nou marc organitzatiu per a garantir el màxim grau de seguretat alimentària a Catalunya.

La Llei 7/2003, del 25 d'abril, de promoció de la salut, representa l'inici del procés de reforma dels serveis de salut pública, centrada en l'organització de la prestació de serveis de promoció de la salut, paral·lela de la creació de l'Agència de Protecció de la Salut. Aquesta llei va preveure la possibilitat que els ens locals adscriuissin recursos a l'Agència. Complementàriament, la Llei específica de serveis sanitaris obligatoris que, en matèria de promoció de la salut, l'Agència de Protecció de la Salut podria prestar als ens locals.

No cal oblidar tampoc el Decret legislatiu 2/2003, del 28 d'abril, pel qual s'aprova el text refós de la Llei municipal i de règim local de Catalunya, que defineix les competències municipals en matèria de salut pública.

Augmentar la qualitat i els anys de vida amb bona salut, reduir les desigualtats i promoure l'equitat, incloent la perspectiva de gènere



Protecció de la Salut



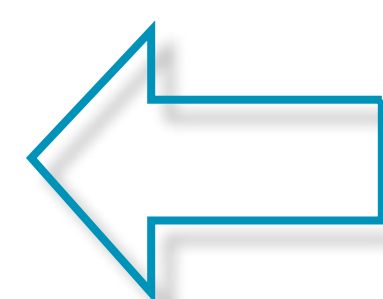
Promoció de la Salut



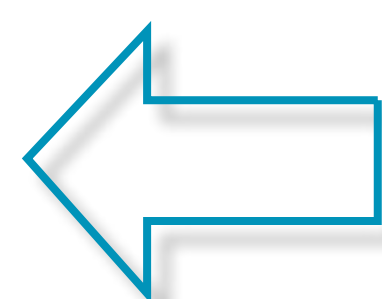
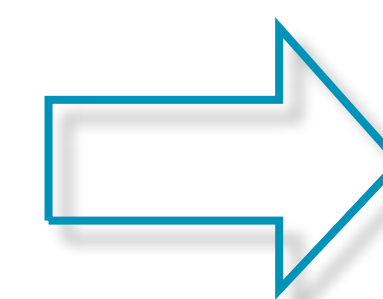
Seguretat alimentària



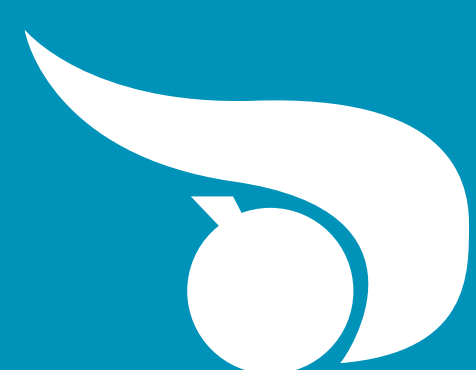
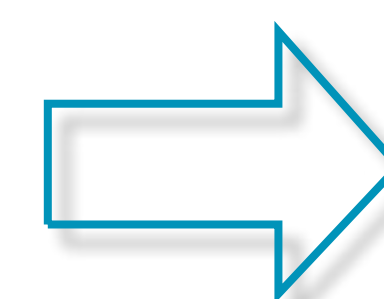
Salut Laboral



Vigilància de la Salut Pública



Tecnologies de la Informació i les Comunicacions



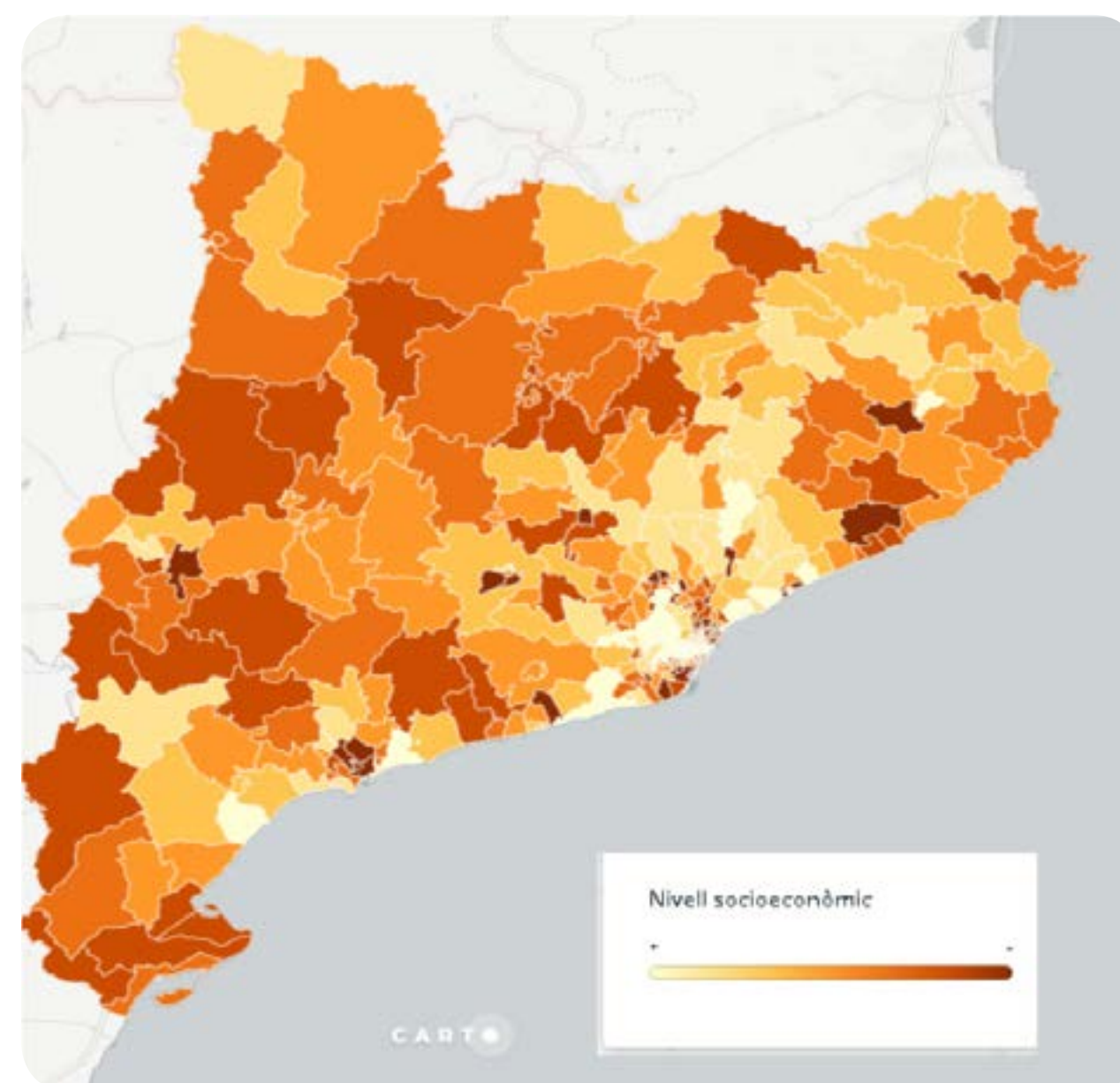
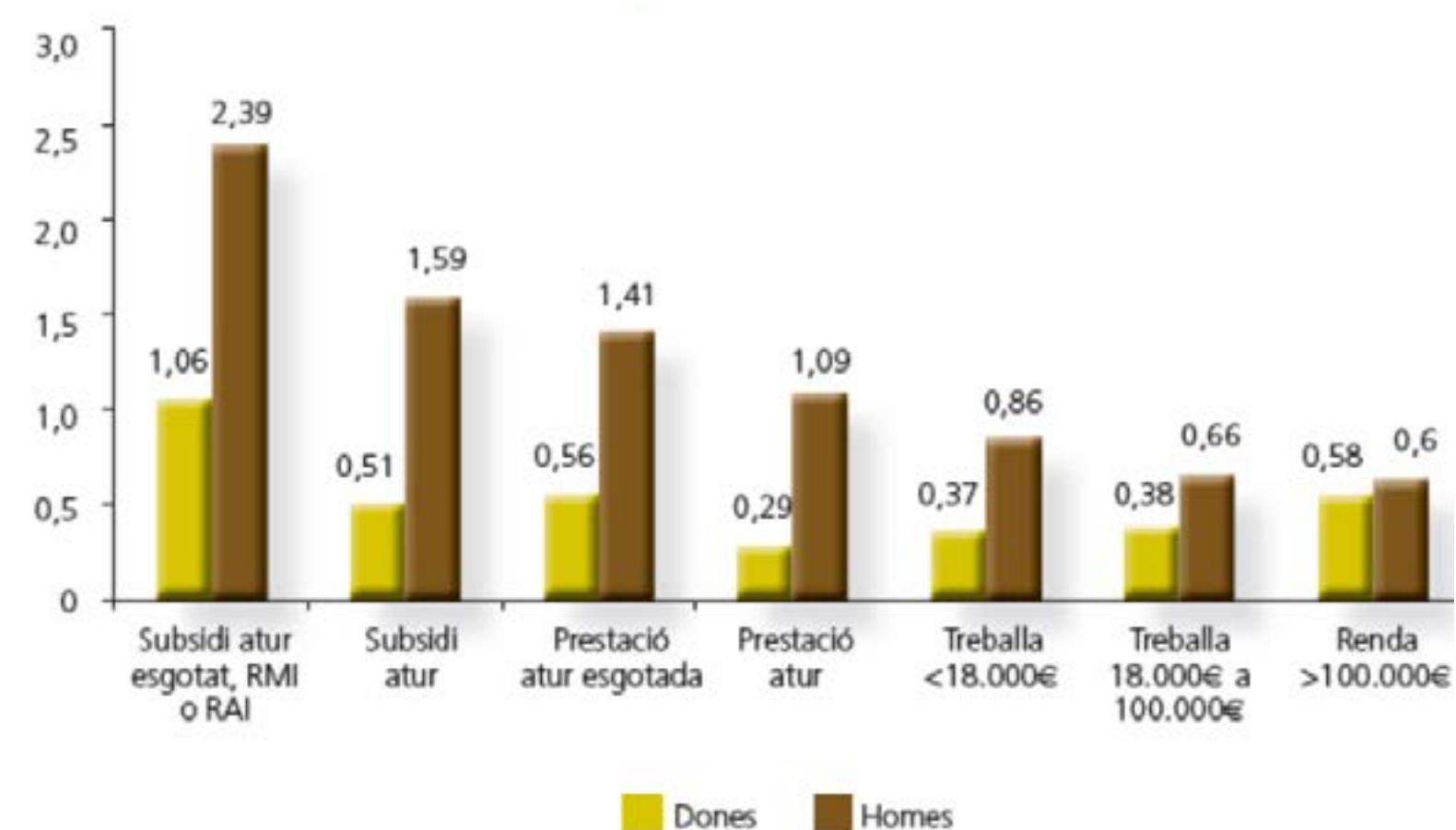


2 avenços molt importants:

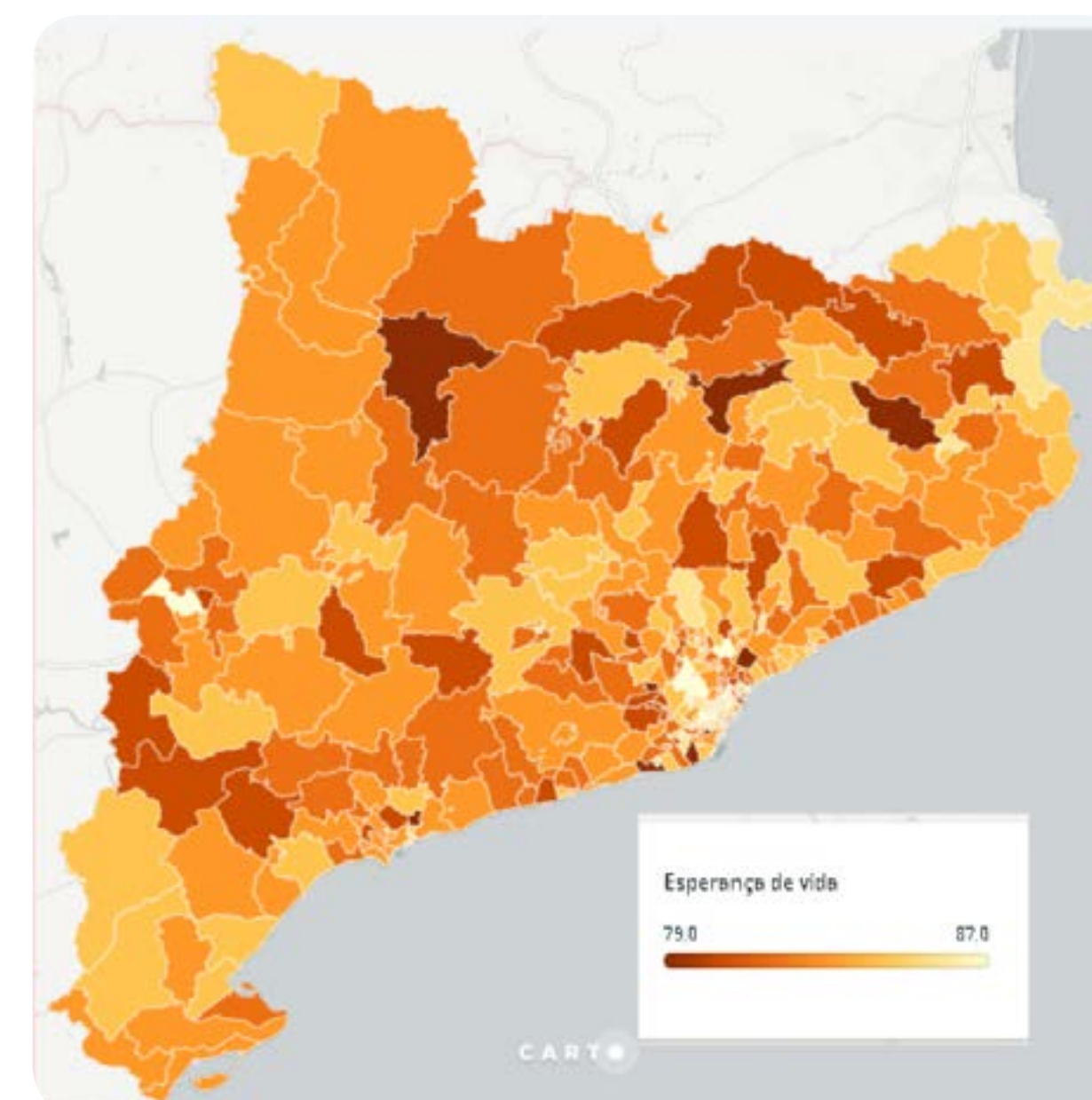
- El nou Pla de Salut recull molt millor la part interdepartamental i de Salut Pública i el treball per l'equitat
- Disponibilitat de dades per àrees petites (determinants i resultats en salut) i per eixos de desigualtat



Taxa de mortalitat (per 1.000 habitants) en persones menors de 65 anys segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015



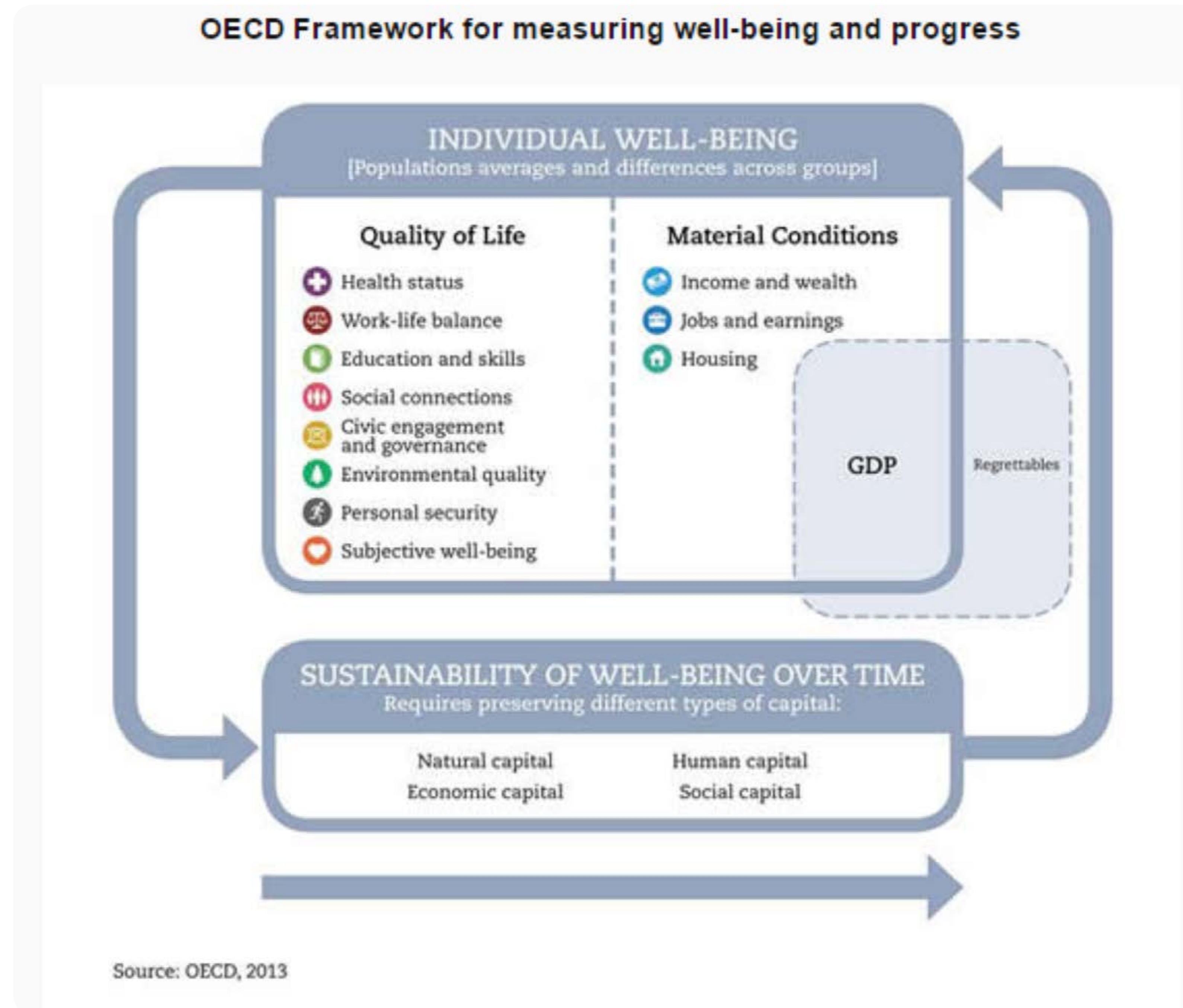
Nivell socioeconòmic per àrees bàsiques de salut, 2015

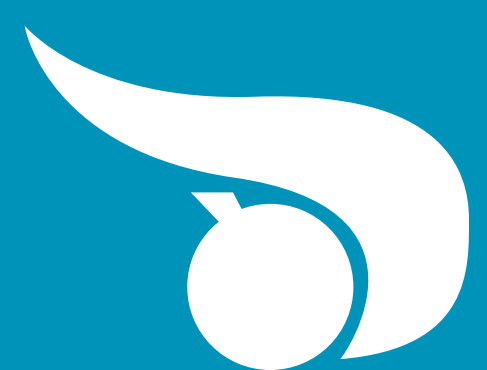


Esperança de vida per àrees bàsiques de salut, 2009-2013



Benestar





The screenshot shows the OECD Better Life Index website. At the top, there is a navigation bar with language options: English (selected), Español, Français, Русский, Deutsch, Português, Italiano, and a 'Contact Us' link with the URL 'oecd.org'. Below the navigation bar are menu items: Index, Responses, Countries (selected), Topics, and FAQ. The main content area features a horizontal row of colorful flower-like icons representing different countries. The 'Spain' icon is the largest and is centered. Other countries shown include Netherlands, Norway, Portugal, Slovak Republic, South Africa, Switzerland, United Kingdom, Sweden, Turkey, United States, and Austria. Below the country icons, the word 'Spain' is written in a large, bold font. Underneath 'Spain' is a link: '→ Learn even more about Spain at oecd.org'. To the right of the 'Spain' heading is a section titled 'Did you know?' with a table of statistics:

Did you know?	
Population	46.1 mil.
Visitors per year	99.2 mil.
Renewable energy	11.9 %



¿Cómo era la vida? En 1820

¿Cómo era la vida en 1820 y cómo ha mejorado desde entonces? ¿Cuáles son las tendencias del bienestar mundial a largo plazo? Las opiniones sobre el progreso social desde la Revolución Industrial en gran medida se basan en la contabilidad nacional histórica en la tradición de Kuznets y Maddison. Pero las tendencias en el PIB per cápita real tal vez no reflejen plenamente los cambios en otros factores del bienestar; por ejemplo, la esperanza de vida, la educación, la seguridad personal o la desigualdad de género. El estudio de estos indicadores generalmente revela un mundo más equitativo que el panorama que dan los ingresos solos; pero, ¿siempre ha sido así? El informe *How Was Life?* se propone llenar ese vacío.

Haga clic en un año o presione jugar para ver cómo ha evolucionado la calidad de vida **Jugar**

Vea [aquí](#) si hay o cuándo habrá datos para un determinado país.

1820 1830 1840 1850

Elija el país cuya evolución le gustaría

PIB per cápita

Los ingresos de la gente son una medida de su nivel de vida material y, por lo tanto, de su bienestar. La mejor medición disponible de los ingresos históricos es el PIB per cápita. El PIB mide el valor de los bienes y de los servicios producidos en una economía, en dólares de 1990, valiéndose de las Paridades del Poder Adquisitivo (PPA). Se reportan por persona.

Pase el ratón sobre un país para tener información sobre la calidad de los datos de 1: excelente, a 4: cifra estimada

0 5,000

Salario real

Los salarios son un elemento importante del bienestar ya que captan el aspecto crucial de la calidad del empleo y a la vez proporcionan información sobre el nivel de vida de los trabajadores. Para medir los salarios reales de manera comparable a través del tiempo, las mediciones de este informe captan la cantidad de canastas básicas —considerando los costos de los productos alimenticios básicos, del vestido y del combustible— que podría adquirir un trabajador promedio en un año.

Haga clic en un año o presione jugar para ver cómo ha evolucionado la calidad de vida **Jugar**

Vea [aquí](#) si hay o cuándo habrá datos para un determinado país

1820 1830 1840 1850 1860 1870 1880 1890 1900 1910 1920 1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 2000 2010

Elija el país cuya evolución le gustaría ver: Spain

PIB per cápita

Los ingresos de la gente son una medida fundamental de su nivel de vida material y, por lo tanto, de su bienestar. La mejor medición disponible de los ingresos históricos es el PIB per cápita. El PIB mide el valor de los bienes y de los servicios producidos en una economía, en dólares de 1990, valiéndose de las Paridades del Poder Adquisitivo (PPA). Se reportan por persona.

Pase el ratón sobre un país para tener información sobre la calidad de los datos de 1: excelente, a 4: cifra estimada

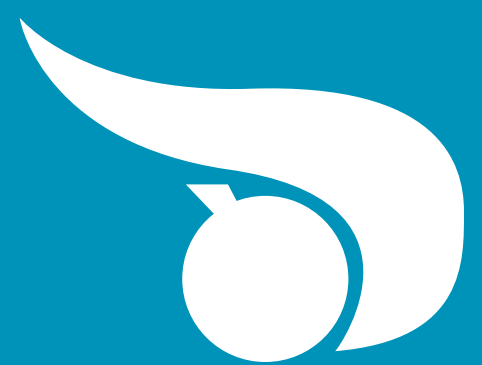
0 5,000 10,000 15,000 20,000 25,000 30,000

En dólares de 1990

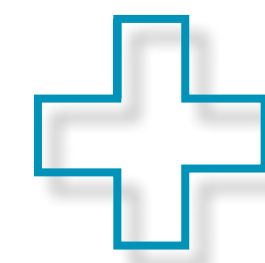
Salario real

Los salarios son un elemento importante del bienestar ya que captan el aspecto crucial de la calidad del empleo y a la vez proporcionan información sobre el nivel de vida de los trabajadores. Para medir los salarios reales de manera comparable a través del tiempo, las mediciones de este informe captan la cantidad de canastas básicas —considerando los costos de los productos alimenticios básicos, del vestido y del combustible— que podría adquirir un trabajador promedio en un año.

23:58 21/06/2017



Accions sobre determinants no sanitaris



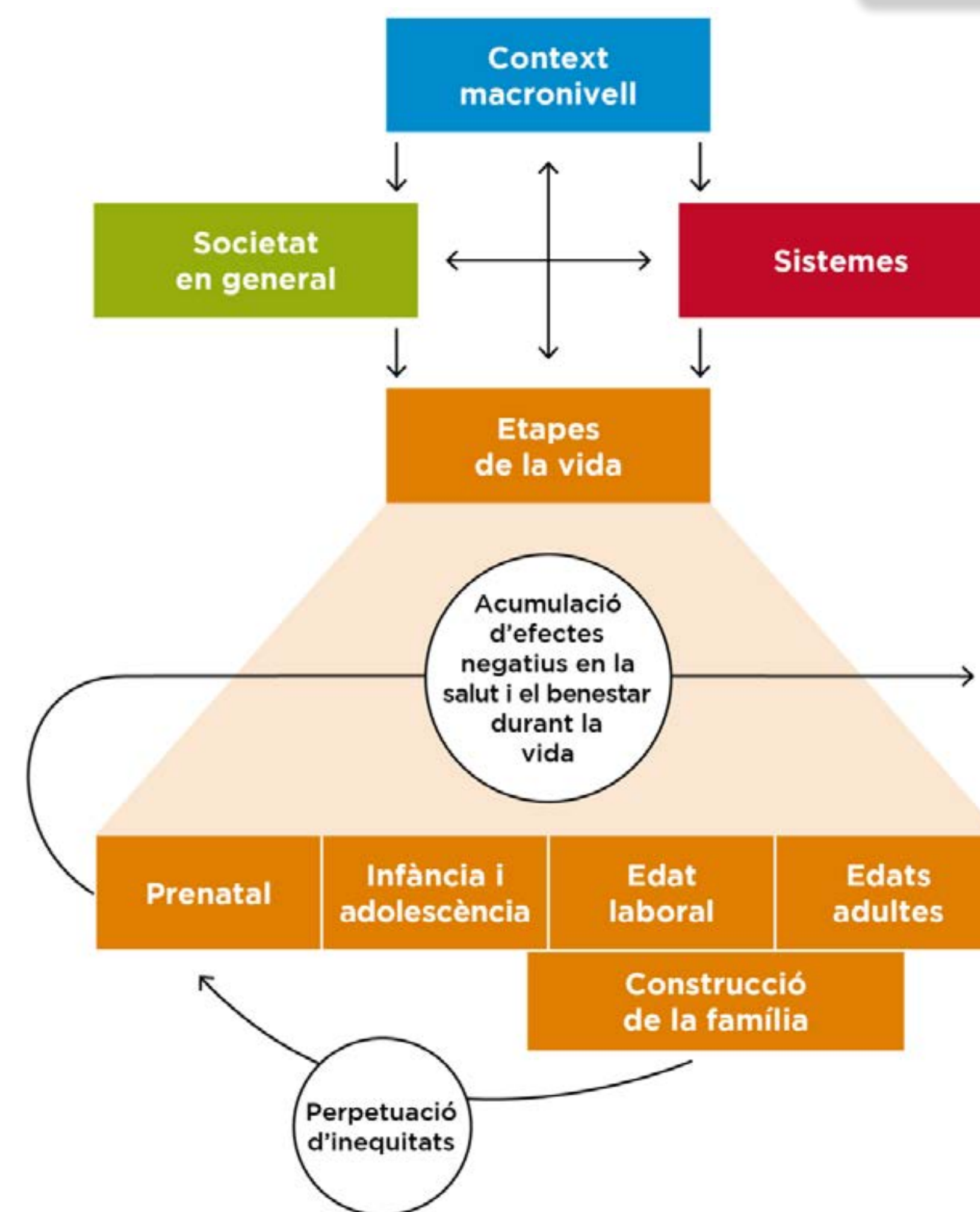
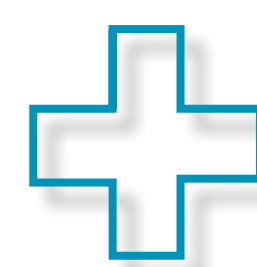
Accions sobre determinants no sanitaris



Incorpora al model de Determinants Socials de la Salut



Adaptat de Dahlgren i Whitehead per la CIS, 2014



Font: Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report, 2014.

Indicadors globals

Salut i estils de vida

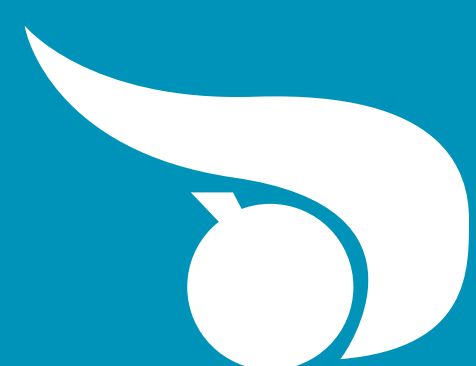


		♀	♂	♀
Esperança de vida (anys)	2013	83,2	80,2	86,0
	2014	83,4	80,5	86,1
Esperança de vida amb bona salut (anys)	2013	68,1	67,3	68,8
	2014	68,4	67,9	68,8
Percepció de mala salut	2012	17,2%	12,8%	21,6%
	2016	16,6%	13,7%	19,3%
Mortalitat (per 1.000 hab.)	2013	5,3	7,1	3,9
	2014	5,2	6,9	3,9
Mortalitat evitable (per 100.000 hab.)	2013	65,8	90,1	42,2
	2014	66,6	90,2	43,8
Consum de tabac (diari i ocasional)	2012	28,5%	34,2%	22,9%
	2016	24,7%	29,0%	20,6%
Consum de risc d'alcohol	2012	3,9%	6,0%	1,7%
	2016	4,5%	6,9%	2,2%
Sobrepès i obesitat en adults	2012	49,0%	57,7%	40,1%
	2016	49,3%	57,4%	41,0%
Sedentarisme en adults	2012	17,8%	16,4%	19,2%
	2016	22,6%	21,0%	24,2%
Benestar psicològic (valoració de 14 a 70)	2011	58,4	59,0	57,8
	2016	58,1	58,7	57,6

Determinants socials



		♀	♂	♀
Taxa d'ocupació	2012	48,1%	52,6%	43,9%
	2016	52,5%	57,5%	47,7%
Taxa d'atur	2012	22,6%	23,2%	22,1%
	2016	14,9%	13,9%	15,9%
Majors de 15 anys amb estudis primaris o sense estudis	2012	25,7%	22,6%	28,6%
	2016	25,5%	24,4%	26,7%
Renda mitjana anual per llar	2013	30.423 €	-	-
	2015	30.655 €	-	-
Renda mitjana anual per persona	2013	12.111 €	11.954 €	12.263 €
	2015	12.283 €	12.468 €	12.104 €
Taxa de risc de pobresa	2013	19,8%	20,7%	18,8%
	2015	19,0%	18,9%	19,0%
Persones amb discapacitat reconeguda	2013	513.858	252.437	261.421
	2016	514.886	254.025	260.860
Habitatge principal amb calefacció	2011	68,0%	-	-
Habitatge familiar en estat deficient o molt deficient	2012	1,2%	1,5%	1,0%
	2016	1,7%	1,6%	1,7%
Satisfets o molt satisfets amb les condicions de treball	2014	89,3%	89,4%	89,2%
	2016	89,5%	91,3%	87,4%
Molta probabilitat de perdre la feina	2014	3,3%	3,4%	3,2%
	2016	2,2%	2,4%	2,0%
Contaminació de l'aire (punts que superen el nombre de superacions permeses del valor límit diari de PM10)	2012	9/138	-	-
	2016	1/127	-	-



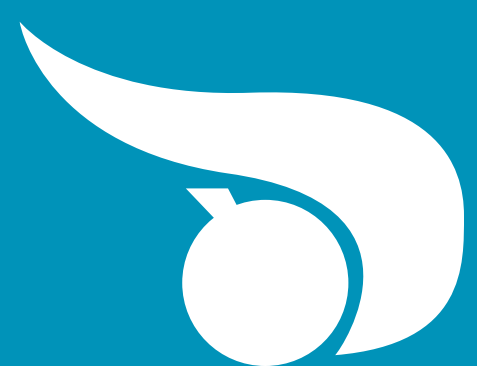
Pla nacional per a la implementació de l'agenda 2030 a Catalunya

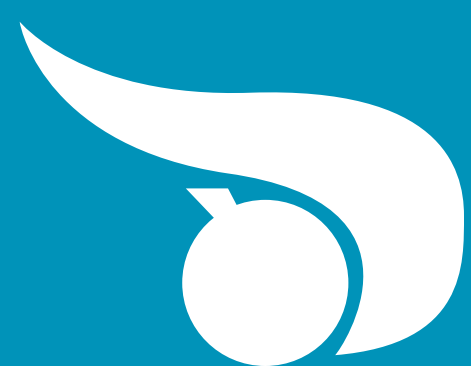


Tercera jornada

Garantir una vida sana i promoure el benestar a tothom a totes les edats

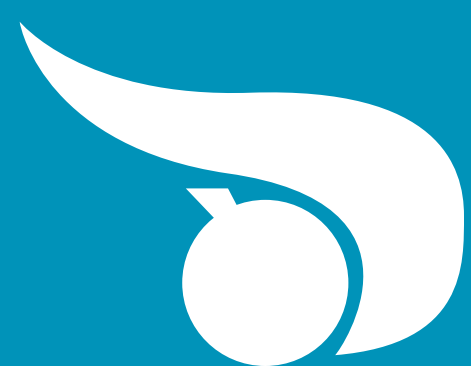
Els compromisos del govern





- 3.1 Per a 2030, reduir la taxa mundial de mortalitat materna a menys de 70 per cada 100.000 nascuts vius.
- 3.2 Per a 2030, posar fi a les morts evitables de nounats i dels menors de 5 anys, aconseguint que tots els països intentin reduir la mortalitat neonatal almenys fins a 12 per cada 1.000 nascuts vius, i la mortalitat dels menors de 5 anys almenys fins a 25 per cada 1.000 nascuts vius.
- 3.3 Per a 2030, posar fi a les epidèmies de la sida, tuberculosi, malària i les malalties tropicals desateses, aix  com combatre l'hepatitis, les malalties transmeses per l'aigua i altres malalties transmissibles.
- 3.4 Per a 2030, reduir en un terç la mortalitat prematura per malalties no transmissibles, mitjançant la prevenció i el tractament, així com promoure la salut mental i el benestar.
- 3.5 Enfortir la prevenció i el tractament dels trastorns per abús de substàncies, inclosos el consum de risc i perjudicial d'alcohol i altres drogues.
- 3.6 Per a 2020, reduir a la meitat el nombre mundial de morts i lesions causats per accidents de trànsit.
- 3.7 Per a 2030, garantir l'accés universal als serveis de salut sexual i reproductiva, inclosos els de planificació familiar, informació i educació, així com la integració de la salut reproductiva a les estratègies i els programes nacionals.
- 3.8 Assolir la cobertura sanitat ria universal, en particular la protecció contra els riscos financers, l'accés a serveis de salut essencials de qualitat i l'accés a medicaments i vacunes segurs, eficaços, assequibles i de qualitat per a totes les persones.
- 3.9 Per a 2030, reduir substancialment el nombre de morts i malalties causades per productes químics perillosos i la pol luci  de l'aire, l'aigua i el sòl.



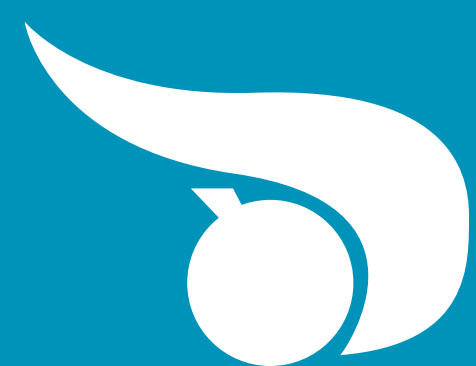


El CADS considera que els principals reptes que es plantegen a Catalunya en relació amb l'ODS 3 són els següents:

- Plena integració de Salut a totes les polítiques tal com postula el Pla interdepartamental de salut pública, atès que la salut està influenciada per nombrosos determinants, molts dels quals estan fora del sistema sanitari
- Garantir l'accés universal a un sistema sanitari de qualitat i eficaç tot protegint a la població dels riscos financers com a resultat de les despeses privades (out of pocket) en salut i benestar
- Fomentar els estils de vida saludables i en especial l'envelliment actiu per mantenir la gent sana en la vellesa

En resum

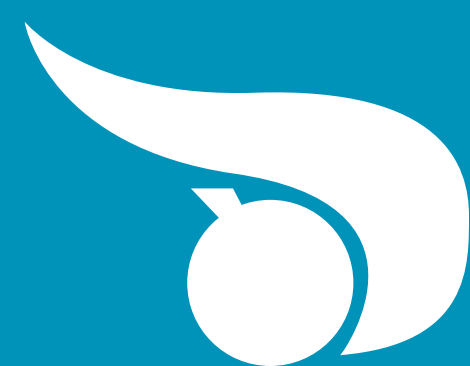
- Salut i sostenibilitat són objectius plenament relacionats que solament poden ser treballats des d'una perspectiva intersectorial que impliqui tot el govern i tota la societat
- El considerar el benestar com l'objectiu i el resultat amplia el discurs centrat en la salut i pot aconseguir una major implicació dels altres sectors i dels diferents nivells de govern
- A Catalunya, el Pla de Govern, el Pla de Salut, el PINSAP i l'Agenda 2030 concreten polítiques clares de salut, benestar i sostenibilitat

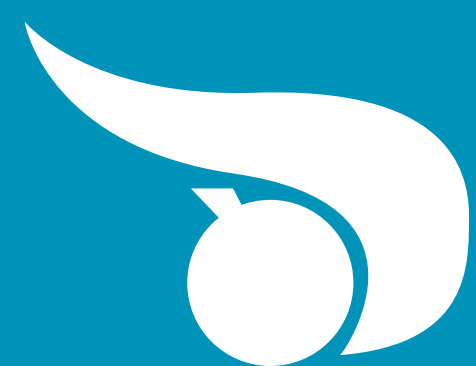


Ciudades y determinantes de la salud

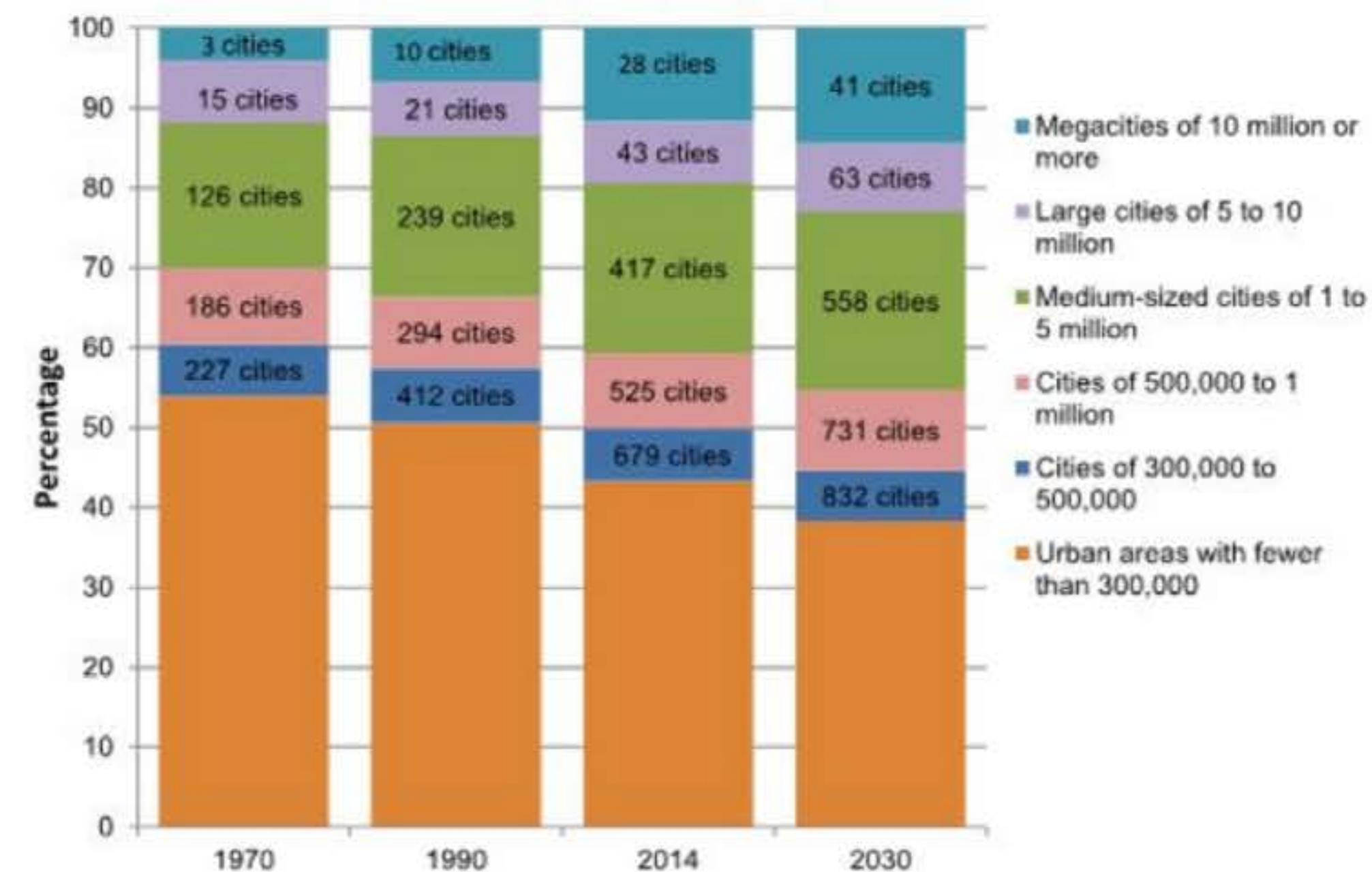
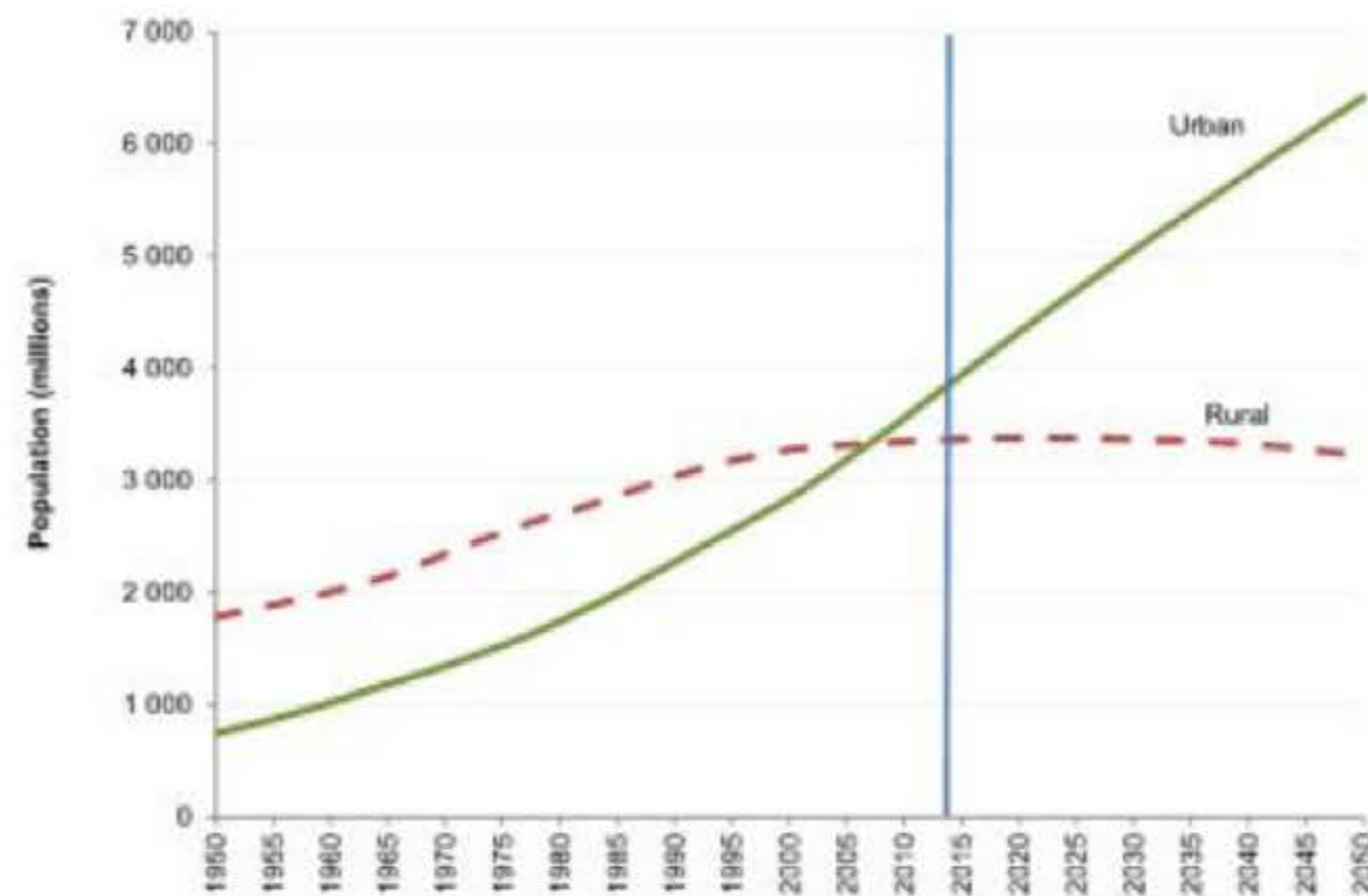
Dra. Rita Maria Ferrelli

Coordinadora de la Comisión de Cooperación Internacional de la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud

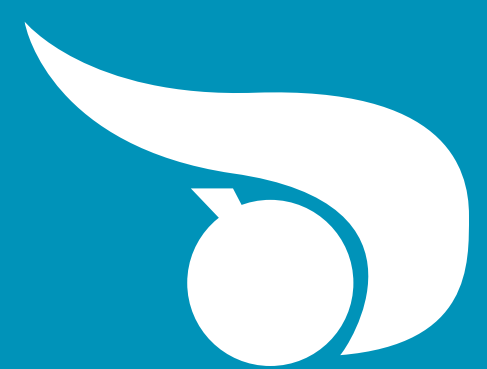




Urbanización: magnitud y relevancia



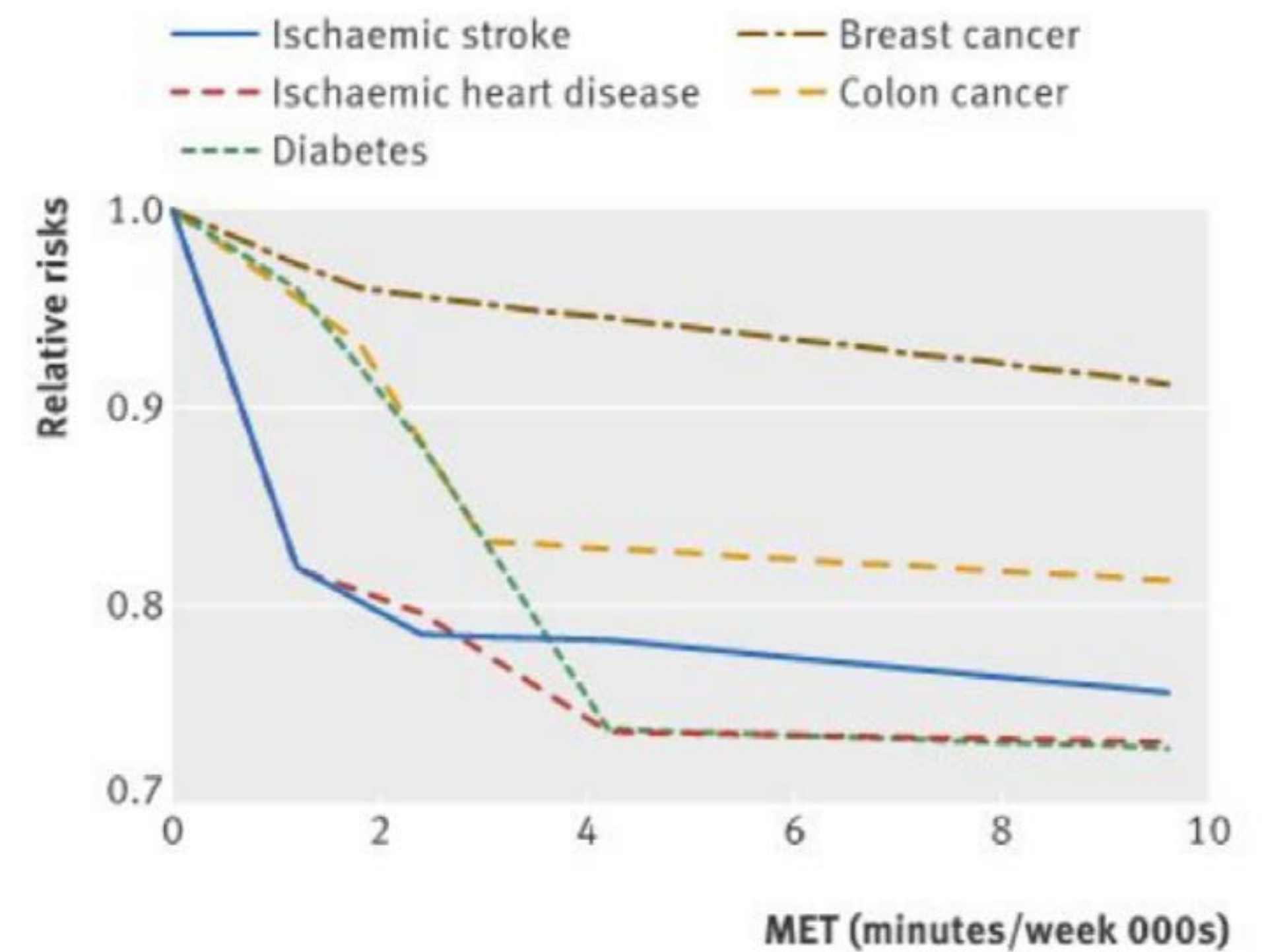
- En 2030 el 80% de la población mundial vivirá en zona urbana
- Ciudad: acceso facilitado a empleo y servicios (salud, educación, protección social)
- Mayor generación de riqueza: 300 ciudades generan el 50% del producto bruto global



Desafíos del crecimiento urbano acelerado

- «Pandemia» de enfermedades crónico-degenerativas
- Inequidades de salud

- Riesgo de desastres y cambio climático
- Desarrollo urbano integral
- Gestión fiscal, gobernabilidad y transparencia





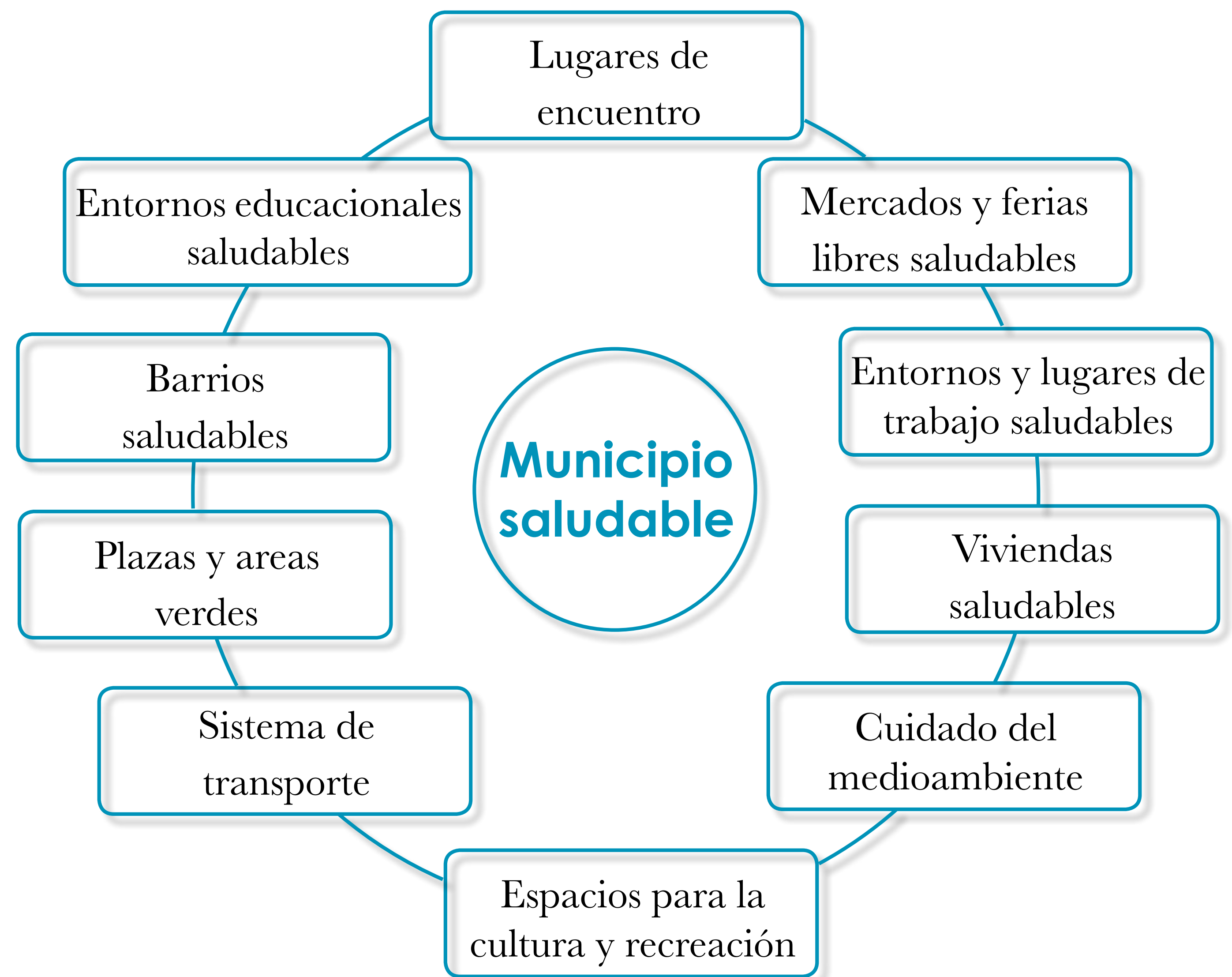
Desafíos del crecimiento urbano acelerado

La salud está determinada por múltiples factores fuera del control directo del sector de la salud (educación, ingresos y condiciones de vida individuales)

Decisiones tomadas en otros sectores pueden afectar los patrones de distribución de enfermedad y mortalidad

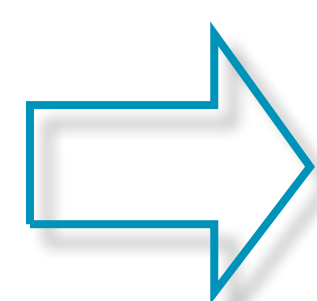
El nivel local, en cuanto espacio de integración de políticas, representa una oportunidad para actuar en muchos determinantes de salud:

- Vivienda
- Educación
- Alimentación
- Transporte
- Verde urbano

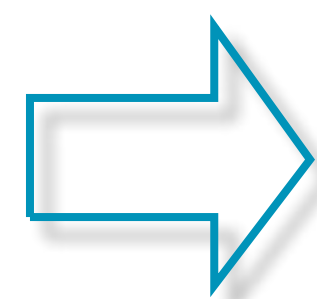




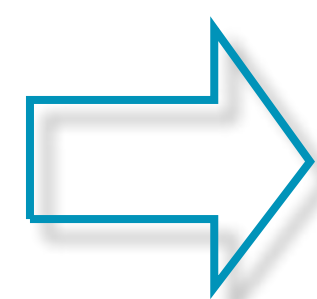
¿Por qué enfrentar los determinantes sociales de la salud desde los gobiernos locales?



Tienen la responsabilidad primaria de **planificar y/o entregar servicios** cruciales para influenciar los determinantes sociales y ambientales de la salud



Las autoridades locales normalmente están en una **mejor posición** que las autoridades de salud para reunir a una mayor variedad de actores sociales

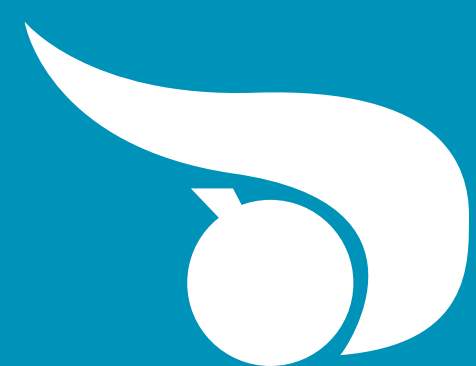


La **autonomía** que favorece la descentralización puede llevar a políticas más flexibles y eficientes

Subsanar las desigualdades en una generación

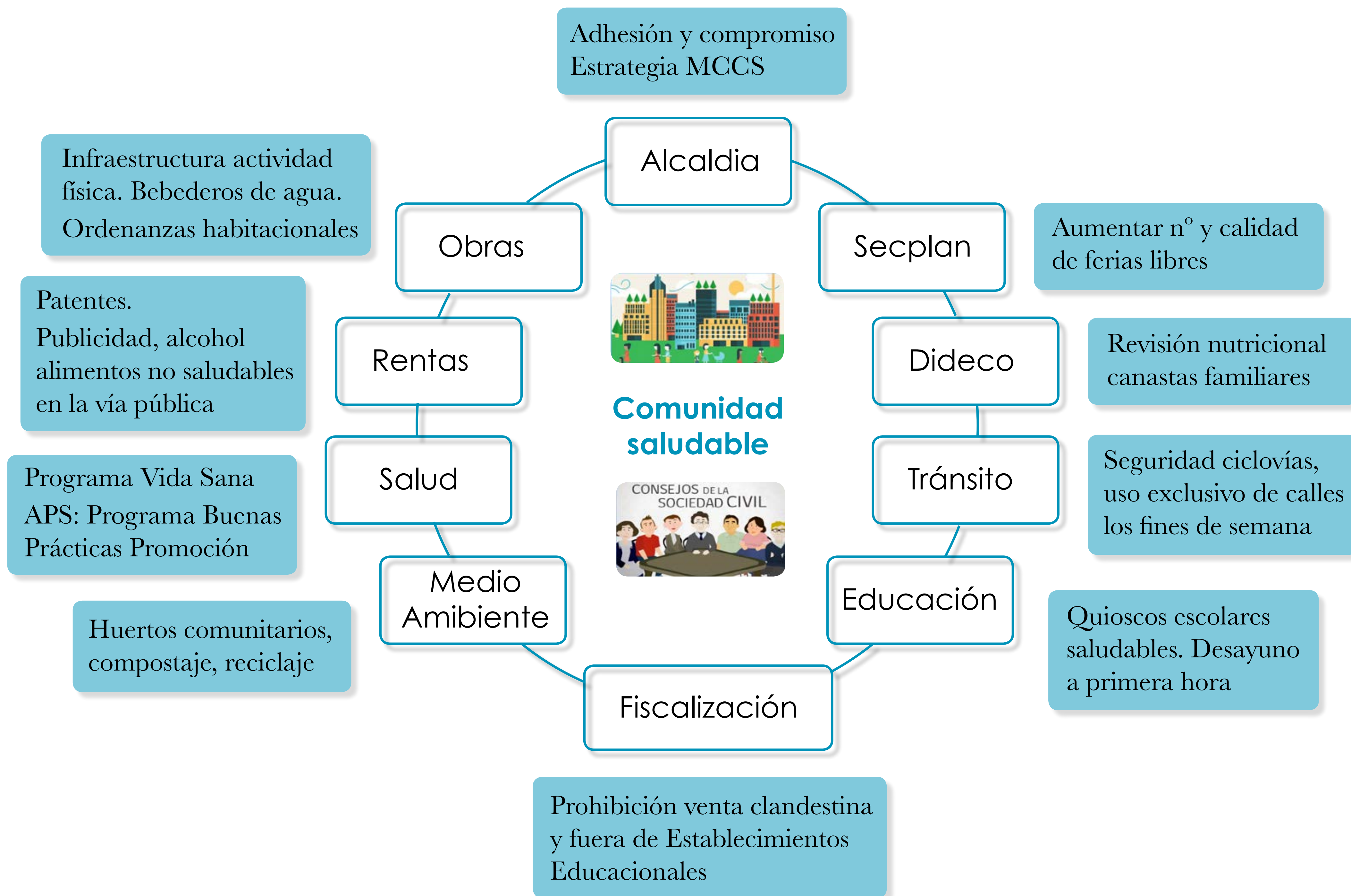
Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud

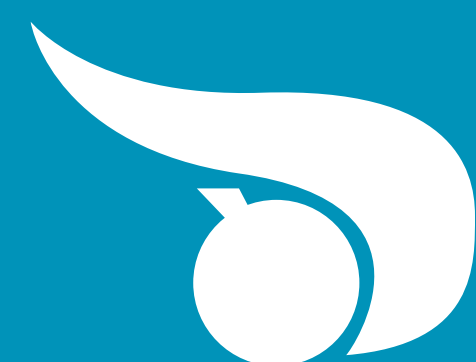




Gestión local de determinantes sociales de la salud

Municipio, Comunas y Comunidades Saludables (MCCS)





Las comunas; sus territorios y poblaciones, son el espacio concreto para el ejercicio de la ciudadanía en salud (con enfoque de derechos y deberes)

LATERCERA Política | Nacional | Mundo | Negocios | Opinión | Tendencias | Cultura | Entretenimiento | Deportes | Finde | La Tercera TV

Tendencias

Iniciar sesión | Registrarse

Buscar...

Sociedad | Ciencia&Tecnología | Viajes

Ciudades inteligentes, el camino hacia una mejor calidad de vida en Latinoamérica

La calidad de vida del futuro en Latinoamérica se traduce en poder caminar por cómodas aceras, tener ciclovías para andar en bicicleta y ser menos consumistas, que las personas habiten "ciudades inteligentes con conciencia ambiental."

por EFE - 04/10/2014 - 17:00

EL MERCURIO NOTICIAS DE AÑO DE 2014 VIDA • CIENCIA • TECNOLOGÍA

Dos investigaciones canadienses lo comprobaron: Los barrios más "caminables" reducen el riesgo de obesidad

Sectores más densamente poblados, con calles que se interconectan y que cuentan con diferentes servicios a los que se puede llegar a pie, favorecen un estilo de vida más activo.

Ciudad amigable

Factores como la densidad poblacional, la accesibilidad a servicios (como colegios, bancos, supermercados), la conectividad mediante el diseño de calles, entornos amigables (áreas verdes) y seguridad, son algunos criterios que definen a un barrio "caminable", según explica el epidemiólogo Jaime Lopez. "El entorno amigable o caminable permite mayor acceso a una actividad física que trae como resultados beneficios en la salud".

Julio Nazar, magister en proyectos urbanos, agrega que un buen transporte público —buses y líneas de metro— también contribuye a que la ciudadanía empiece a vivir mucho más la calle como próxi-

del Desarrollo (LDD). Los años más "amigables" están más densamente poblados, tienen calles que se interconectan y cuentan con comercios, escuelas, oficinas y otros servicios a los que se puede ir caminando desde el hogar —en un rango de 10 a 15 minutos—, así como más áreas verdes. En cambio, los barrios no tan amigables con la actividad física poseen calles que no se conectan y distancias muy largas entre las casas y los centros comerciales o las escuelas.

"El entorno puede influir en las decisiones de actividad física. Cuando vives en un vecindario diseñado para promover una vida más activa, estás más dispuesto a ser más activo", agrega Mariana Costera, epidemióloga y coautora del trabajo.

Una idea con la que concuerda el epidemiólogo Julio Nazar, magister en proyectos urbanos UC, y coordinador del Área Urbana de la UDD, quien lamenta que en Chile —y particularmente en Santiago— se ha ido perdiendo el concepto de barrio "caminable".

"Santiago ha sufrido una transformación en los últimos 30 años, una expansión muy grande, con barrios en la periferia que no tienen asociados muchos servicios. Eso ha llevado a una dependencia de la "movilidad" para vivir en la ciudad". Algunos barrios, como Lazo en Providencia, en ciertos sectores de Noctua, Yelcho y en algunos sectores del centro se resisten a densificar y mantener una multiplicidad de servicios a distancia caminable.

Sin embargo, Nazar agrega que gran parte de la ciudad y en todo el sistema de ciudades es deficitario. "Hemos sacrificado mucho en el peso del automóvil, y las veredas, los estacionamientos, mucho con el celular, lo que genera un nuevo estrés para el peatón. Así, con menos estímulos positivos —y también una comodidad—, el efecto de salud distorsiona para la cuenta".

En la investigación canadiense observó que quienes viven en entornos "caminables" tienen un 30% a 35% más inclusive de actividad física, más riesgo de ser poseer y conducir un vehículo. Además, tienden a caminar y andar en bicicleta tres veces más que aquellos que viven en áreas "no caminables".

"Si una persona tiene muchas facilidades de hacer actividad física los días, empezará a engordar porque desarrollará diabetes", explica la doctora Booth.

Solo algunos sectores de Santiago, dicen los expertos, ofrecen condiciones que los hacen

INICIO COMUNA » DIRECCIONES MUNICIPALES » MUNICIPIO » TURISMO » NOTICIAS CONTACTO

Me gusta A 8 personas les gusta esto.

Autoridades, comunidad y funcionarios lanzan Plan Comunal de Promoción de la Salud 2014

9 julio, 2014 Noticias, Salud Municipal No hay comentarios

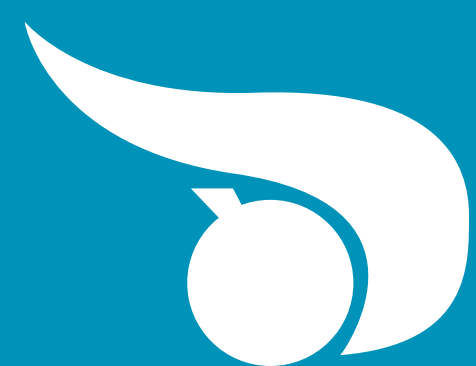
Realizando la importancia que tienen la promoción y la participación social dentro del ámbito de la salud, autoridades, representantes de la comunidad; además de directivos y funcionarios de salud y de otras áreas del quehacer local, efectuaron el lanzamiento del Plan Comunal de Promoción de la Salud de la Municipalidad de Los Ángeles.

El evento, que tuvo lugar en el Club de La Unión, sirvió para contextualizar y desarrollar este

MENTE SANA EN CUERPO SANO

Cabrero promueve la Vida Sana

El deporte es vida y eso en Cabrero nos lo tomamos en serio. La jornada de Promoción de la Vida Sana es parte de una serie de actividades patrocinadas por el Municipio y su Alcalde, Mario Gierke Quevedo, que buscan incentivar a la comunidad a realizar actividad física y con esto promover un estilo de vida saludable.



El papel de los gobiernos locales con la calidad de vida y salud de la población

- Abordar los determinantes de la salud y las causas profundas de la mala salud y las desigualdades
- Promover la acción intersectorial y la equidad en todas las políticas locales
- Apoyar la participación comunitaria, el empoderamiento y la gobernabilidad democrática, utilizando el enfoque del curso de la vida



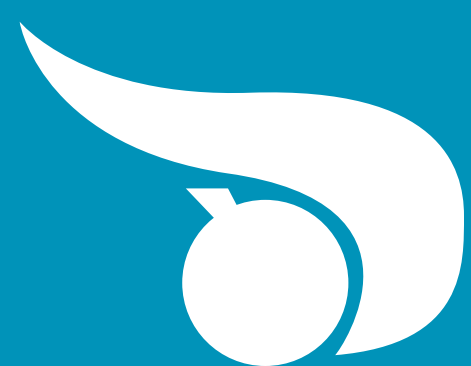
Acción local en los determinantes de la salud

Ciudades Saludables (OMS)

Estrategia que surgió en los años 70 en Canadá y aborda:

- La desigualdad en la salud y la pobreza urbana
- Las necesidades de los grupos vulnerables
- Gobernanza participativa
- Los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud





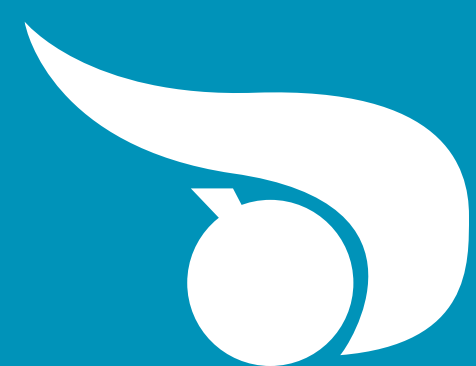
Un ejemplo de acción local: la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud

Documento Fundacional Redlacpromsa

«El enfoque de gestión territorial constituye una gran oportunidad para fortalecer el liderazgo del gobierno local en su función de promover acciones intersectoriales y una amplia participación comunitaria como la base para un efectivo abordaje de los determinantes sociales asociados a la generación de pobreza e inequidades en salud»

**Documento Fundacional
REDLACPROMSA 2015**





Redlacpromsa

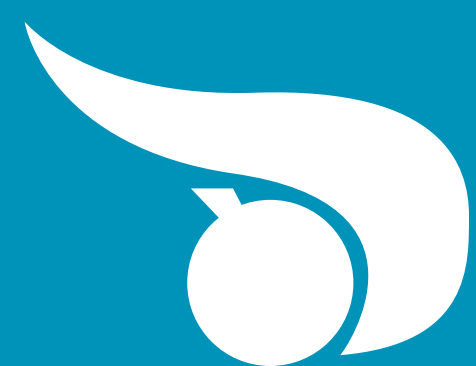
Propósito

Potenciar la capacidad rectora de los Ministerios de Salud, para actuar intra e intersectorialmente, y posicionar la promoción de la salud en la agenda de los Estados y decisores políticos.

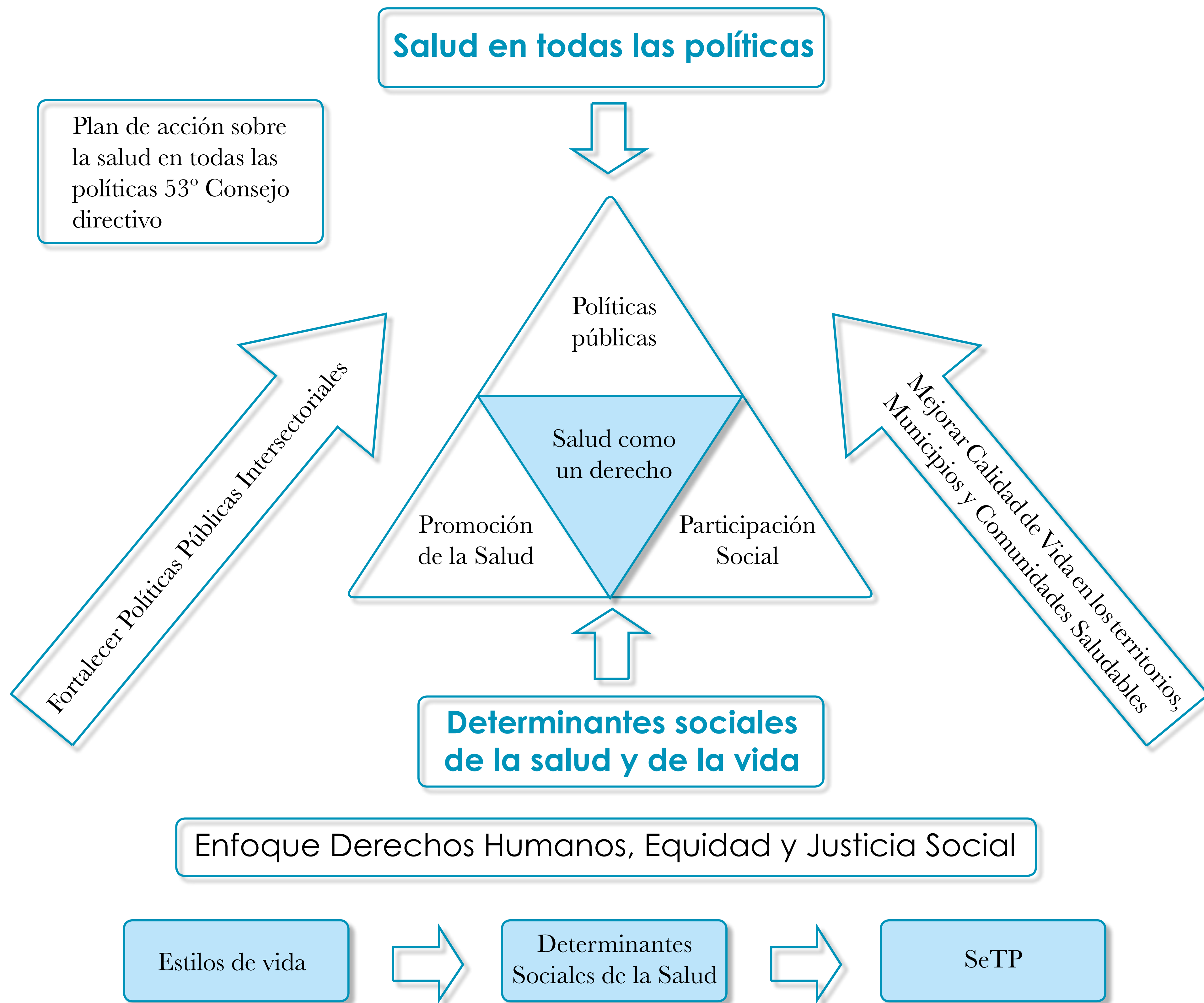
Objetivo general

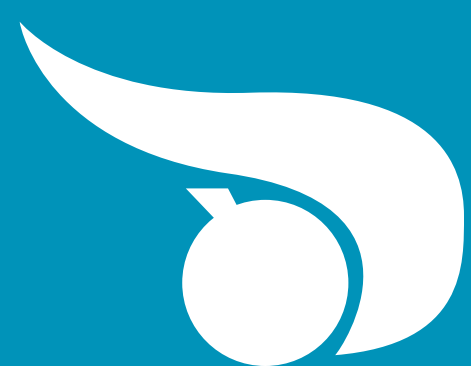
Fortalecer la cooperación de los Ministerios de Salud (gestores sectoriales de todos los niveles) orientada a la incidencia y gestión de políticas de promoción de la salud para garantizar el derecho a la salud.





Justificación de la Redlacpromsa





Redlacpromsa: marco conceptual

Estilos de vida saludables

Nivel de acción: Individual, familiar

Intersectorialidad: busca coordinar desde el sector salud

Participación: se asocia a un nivel informativo

Intervención: centrado en la educación y difusión

Sostenibilidad: se encuentra reducido a programas sectoriales con condiciones institucionales frágiles

Enfoque Neoliberal / Mercado

Enfoque de DSS

Nivel de acción: comunitario, políticas públicas locales

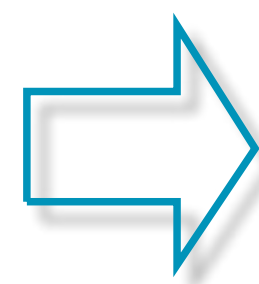
Intersectorialidad: busca la integración de las políticas

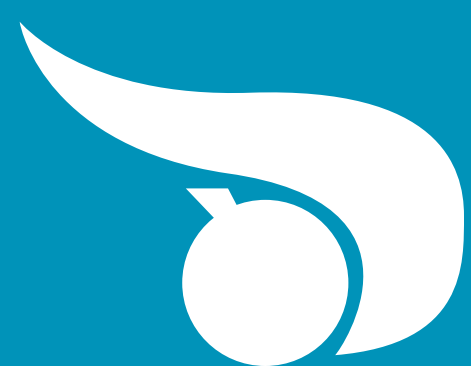
Participación: se orienta al empoderamiento comunitario

Intervención: centrada en construir entornos, políticas públicas y mejorar la gobernanza.

Sostenibilidad: busca construir estructuras institucionales para abordar DSS

Enfoque de salud como derecho / estado





Actividades de la REDLACPROMSA para las ciudades del Buen Vivir (Sumak Kawsay)

Preforo de alcaldes (Santiago de Chile, julio de 2016)



http://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/08/Pre-foro-Alcaldes-2.mp4



DECLARACIÓN DE SANTIAGO DE CHILE ¡ESTE ES NUESTRO MOMENTO!

Nosotros los alcaldes, alcaldesas e intendentes presentes en el Pre Foro de Alcaldes de las Américas, Camino a Shanghai 2016, de los países de Chile, Ecuador, Perú, Guatemala, Cuba, Brasil, Argentina, México, Haití, Colombia, Guayana y Paraguay; desarrollado los días 25 y 26 de Julio del 2016, en Santiago de Chile declaramos que:

La Conferencia Mundial de Promoción de la Salud a realizarse en Shanghai-China en noviembre 2016 representa una oportunidad única para fortalecer el compromiso político por la Promoción de la Salud y el movimiento de Ciudades, municipios, comunas, localidades y territorios saludables, a nivel global.

Este es nuestro momento para impulsar políticas y acciones dirigidas sobre los determinantes de la salud, los derechos humanos y las inequidades, a través de salud en todas las políticas y la intersectorialidad, en el marco de los Objetivos para el Desarrollo Sostenible.

Estamos convencidos como líderes locales que, tenemos el poder para hacer una verdadera diferencia en la salud y el buen vivir de los ciudadanos y ciudadanas de nuestros territorios.

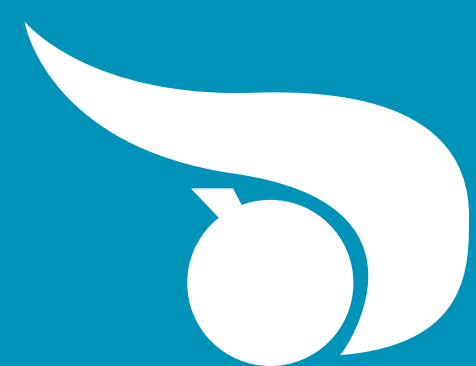
Estamos decididos a fortalecer la conformación y el funcionamiento de las redes locales y nacionales de ciudades saludables.

Estamos convencidos que las políticas nacionales deben reconocer la importancia del rol de los municipios y promover activamente las redes de ciudades saludables.

Tenemos la convicción que trabajando en conjunto podemos crear sinergias y plataformas para compartir nuestras experiencias e innovaciones locales; es por esto que, estamos decididos de establecer una Red internacional de Las Américas, y desarrollar una estrategia común con principios, prioridades y estándares.

Hacemos un llamado a la comunidad e instancias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para que se sumen a estos esfuerzos y asuman este compromiso.

Siendo el 26 de Julio 2016, en la comuna de la Granja- Santiago de Chile, Los alcaldes de Las Américas participantes suscribimos la Declaración de Santiago, firmando en señal de conformidad.



Constitución de la Comisión Latinoamericana y del Caribe de Municipios Saludables

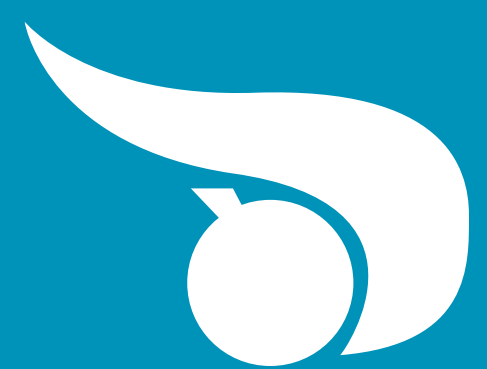
Consenso de Shanghai sobre Ciudades Saludables

Nosotros —más de 100 alcaldes de todo el mundo— nos hemos reunido el 21 de noviembre de 2016 en Shanghai (China) sabedores de que la salud y el desarrollo urbano sostenible están inextricablemente unidos, y comprometidos firmemente al fomento de ambos. Reconocemos también que la salud y el bienestar se encuentran en la base de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible.



“Son los **Municipios** los llamados a **generar las condiciones políticas y estratégicas** que permitan potenciar la **vida saludable** de su comunidad, valorando la identidad propia de su territorio y generando en sus habitantes un mayor nivel de actividad y empoderamiento respecto de su calidad de vida y bienestar”.

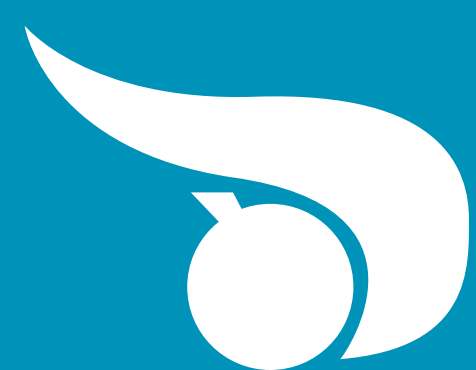
Documento Base del Pre-foro de Alcaldes.
REDLACPROMSA 2015



La nueva agenda urbana

Sra. Rosa Suri nach

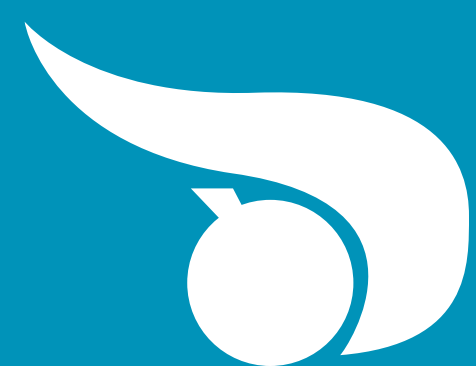
Secretariado de H bitat III
ONU Habitat



Implementing the New Urban Agenda
Healthy Cities. Health-building environments



On October 20, 2016 in Quito, Ecuador, the New Urban Agenda was adopted at the United Nations Conference on Housing and Sustainable Urban Development (Habitat III)



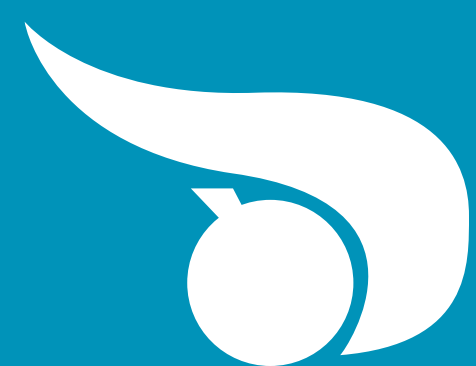
30,000 ACCREDITED PARTICIPANTS FROM 167 COUNTRIES

- 10,000 International Participants
- 2,000 Representatives of Local Authorities
- HABITAT III among UN Conferences with highest Civil Society participation
- Inclusive and participatory process of two years



Along with an explainer document that gives an overview of its structure and parts, the New Urban Agenda (NUA) is available on the Habitat III website in the 6 official UN languages:

[العربية](#) [中文版](#) [English](#) [Français](#) [Русский](#) [Español](#)



Relevance of the New Urban Agenda

- Renews a strengthened global commitment to sustainable urban development [no reservations, but not legally binding]
- Action oriented & Universal, not too prescriptive but with a level of definition (implementation actions) unusual in global development frameworks NUA
- Reasserts a positive notion of the city and promotes sustainable urbanization as a driver for Sustainable Development



The Context: Global Conversations

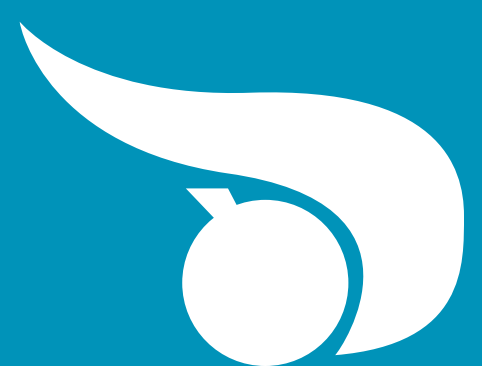
Cities today occupy approximately only 2% of the total land, however:

- Economy (GDP) 70%
- Global energy consumption over 60%
- Greenhouse gas emissions 70%
- Global waste 70%

World Urban Population:

- Habitat I 1976: 37.9%
- Habitat II 1996: 45.1%
- Habitat III 2016: 54.5%
- 2050: approx. 70%

“Cities are where the battle for sustainable development will be won or lost”



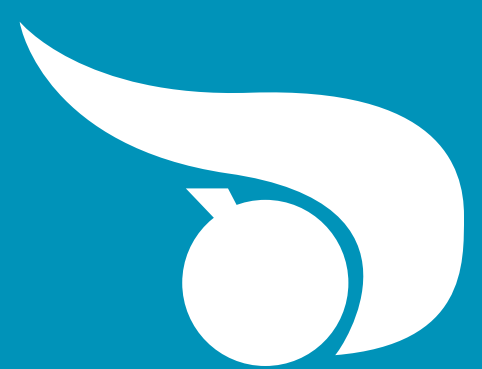
Agenda 2030

In September 2015, the United Nations General Assembly adopted the Agenda 2030, which will guide world development for the next 15 years

- Urbanization as a tool and engine for development
- Goal 11 «Making cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable»
- Urbanisation as a cross-cutting issue in the SDG's
- The New Urban Agenda builds on, is aligned and coherent to the objectives of the 2030 Agenda



www.habitat3.org



The SDG's

The New Urban Agenda to implement the SDGs



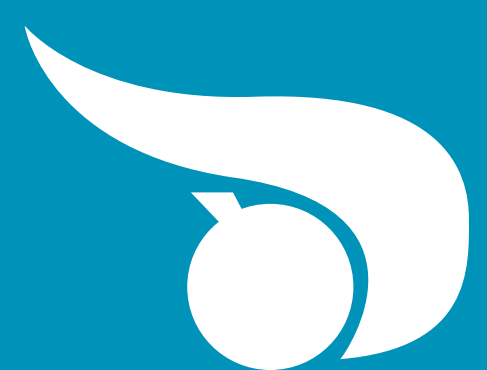
Paris Agreement on Climate Change

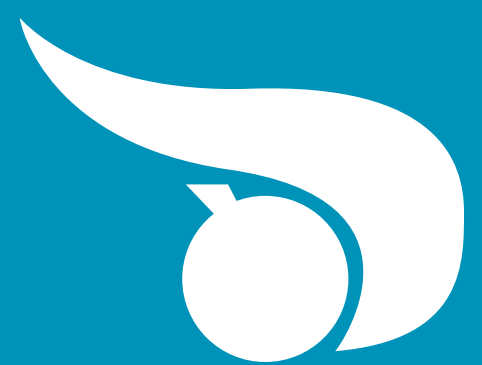
In December 2015, at the COP21 Climate Change Summit in Paris, the United Nations Member States adopted ambitious goals to curb greenhouse gas emissions

- Cities action arm to reach sustainable development
- Strong presence of local and regional Governments (#Cities4Climate)
- New Urban Agenda tool to reach Paris Agreement

www.habitat3.org

Health and the New Urban Agenda





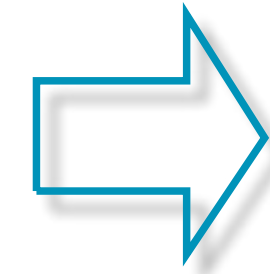
Urban context and Health

Increasing population densities



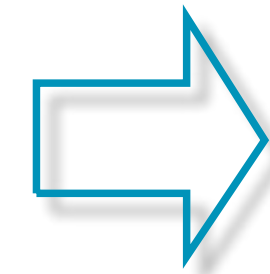
communicable disease transmission

Poorly designed urban spaces



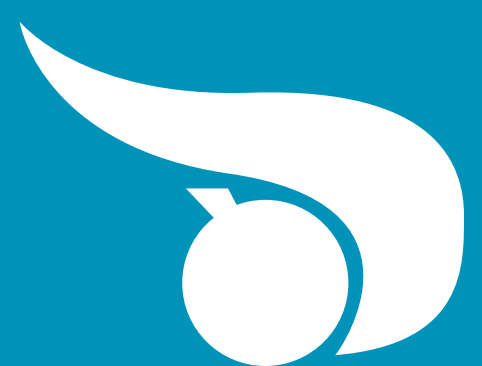
discourage healthy lifestyles and put population in higher risk

Provision and cost of basic services (including access to primary health care) are linked to urbanization density



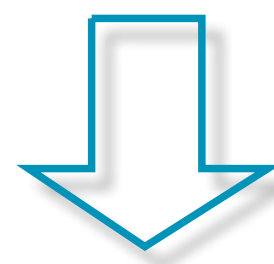
if urbanization is «inefficient» then costs of provision services are very much higher.

The need of good urbanization

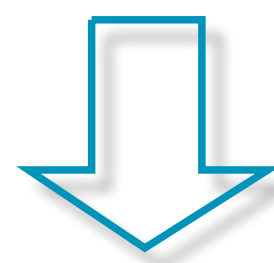


Urban impact on health

Non-communicable diseases (NCDs)

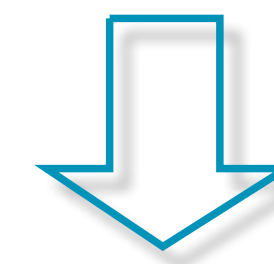


related to poor lifestyles and urban risk factors such as air quality, smoking, road traffic accidents

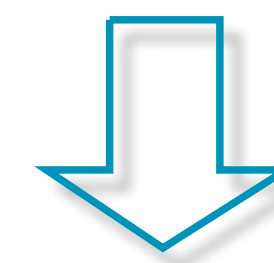


increasing cardio-vascular disease, diabetes, cancers, etc.

Communicable diseases

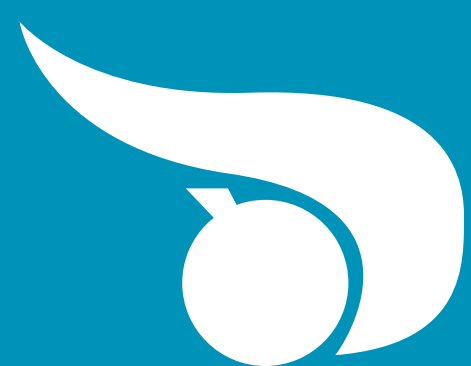


related to lack of access to basic services, water, sanitation and solid waste management



epidemics, especially in least developing countries.

The need of good urbanization



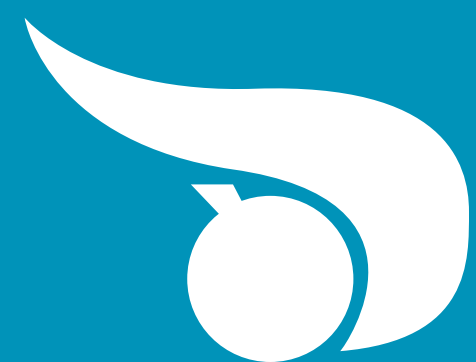
Healthy Cities in a new urban paradigm

«Health» is mentioned 29 times on the NUA, a 29 pages document

*5. By readdressing the way cities and human settlements are planned, designed, financed, developed, governed and managed, the New Urban Agenda will help to end poverty and hunger in all its forms and dimensions; reduce inequalities; promote sustained, inclusive and sustainable economic growth; achieve gender equality and the empowerment of all women and girls in order to fully harness their vital contribution to sustainable development; **improve human health and well-being**; foster resilience; and protect the environment.*

*55. We commit ourselves to **fostering healthy societies** by promoting access to adequate, inclusive and quality public services, a clean environment, taking into consideration air quality guidelines, including those elaborated by the World Health Organization, and social infrastructure and facilities, such as health-care services, including universal access to sexual and reproductive health-care services to reduce newborn child and maternal mortality.*

Mobility, Infrastructure, Energy, Housing, Financing Instruments, Public Spaces, Climate Change, Food Security, Vulnerable People



What is it needed?

Planning for Action

- Urgent analysis using the NUA and SDGs framework of the health status in cities, disaggregated and overlaid with socio-economic profiles.
- Need for disaggregation of urban health data to understand the intra-urban differences.
- City by city analysis of the issues, problems and solutions.
- Localised plans of action for «sanitary revolutions» to reduce communicable diseases and campaigns to combat NCDs, led by urban design and monitoring.

TOOLS: CITY RESILIENCE PROFILING TOOL

www.cityresilience.org



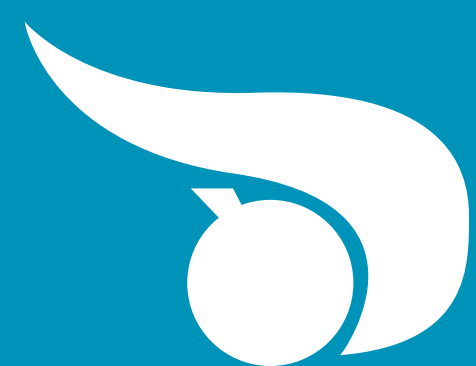
The **Quito Implementation Plan (QIP) online platform** is a tool for voluntary commitments to be made, joined, and monitored—commitments that aim to contribute to or reinforce the priorities and principles of the NUA.



The voluntary commitments seek to be concrete actions, measurable and achievable, focused on implementation, and with great depth of information for future accountability and transparency.

More than 100 commitments were already submitted during the conference.





See you at the
World Urban Forum 9
February 2018
Kuala Lumpur, Malaysia



United Nations

UN HABITAT
FOR A BETTER URBAN FUTURE

#NewUrbanAgenda

www.habitat3.org

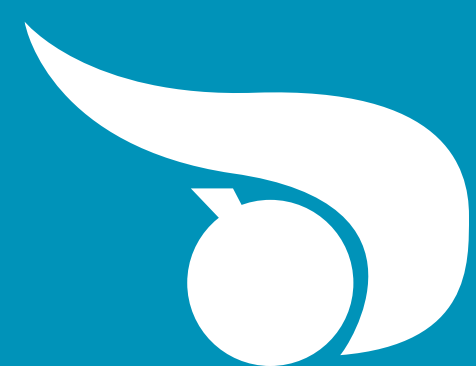
www.unhabitat.org

Entorno urbano y Salud

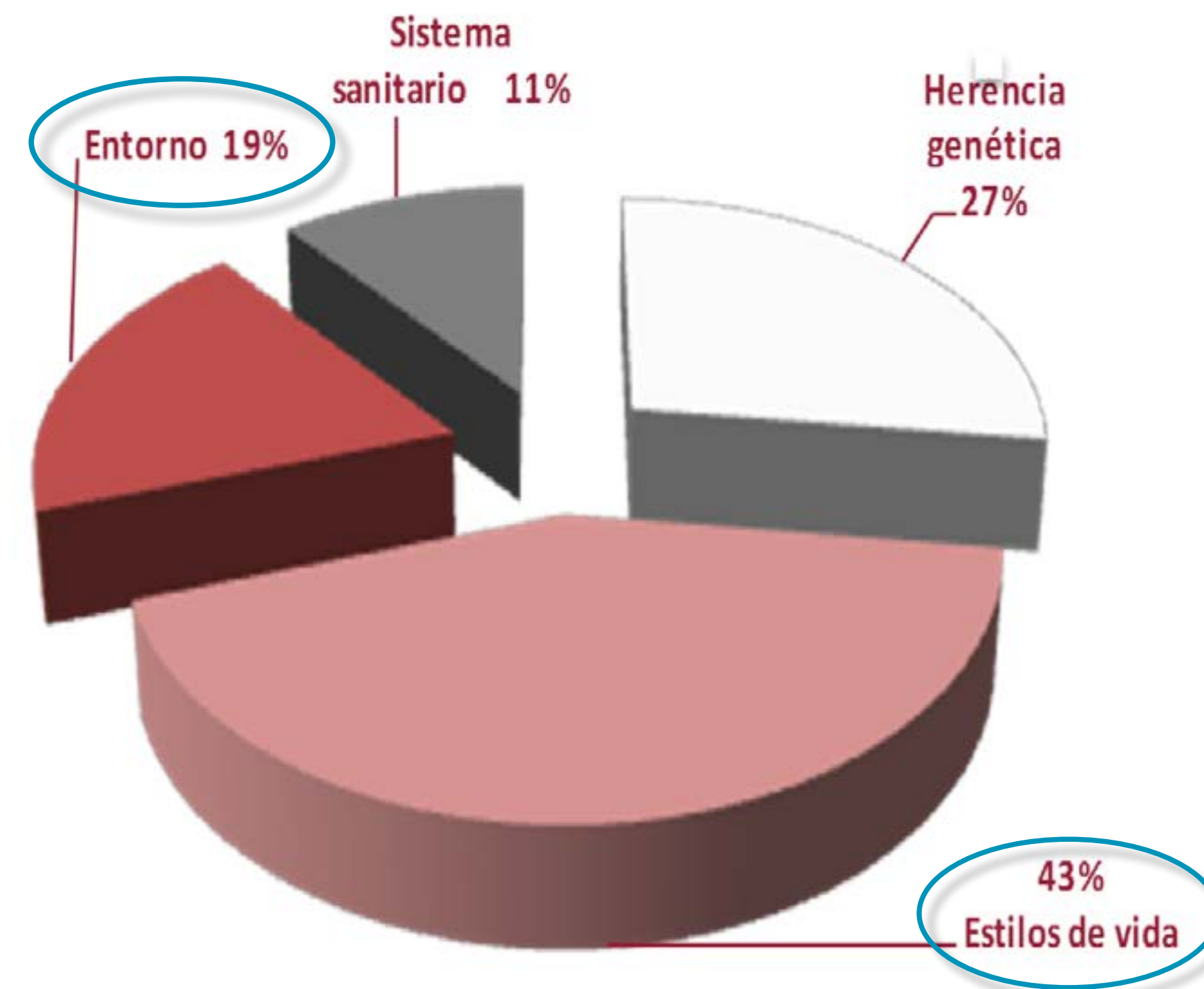
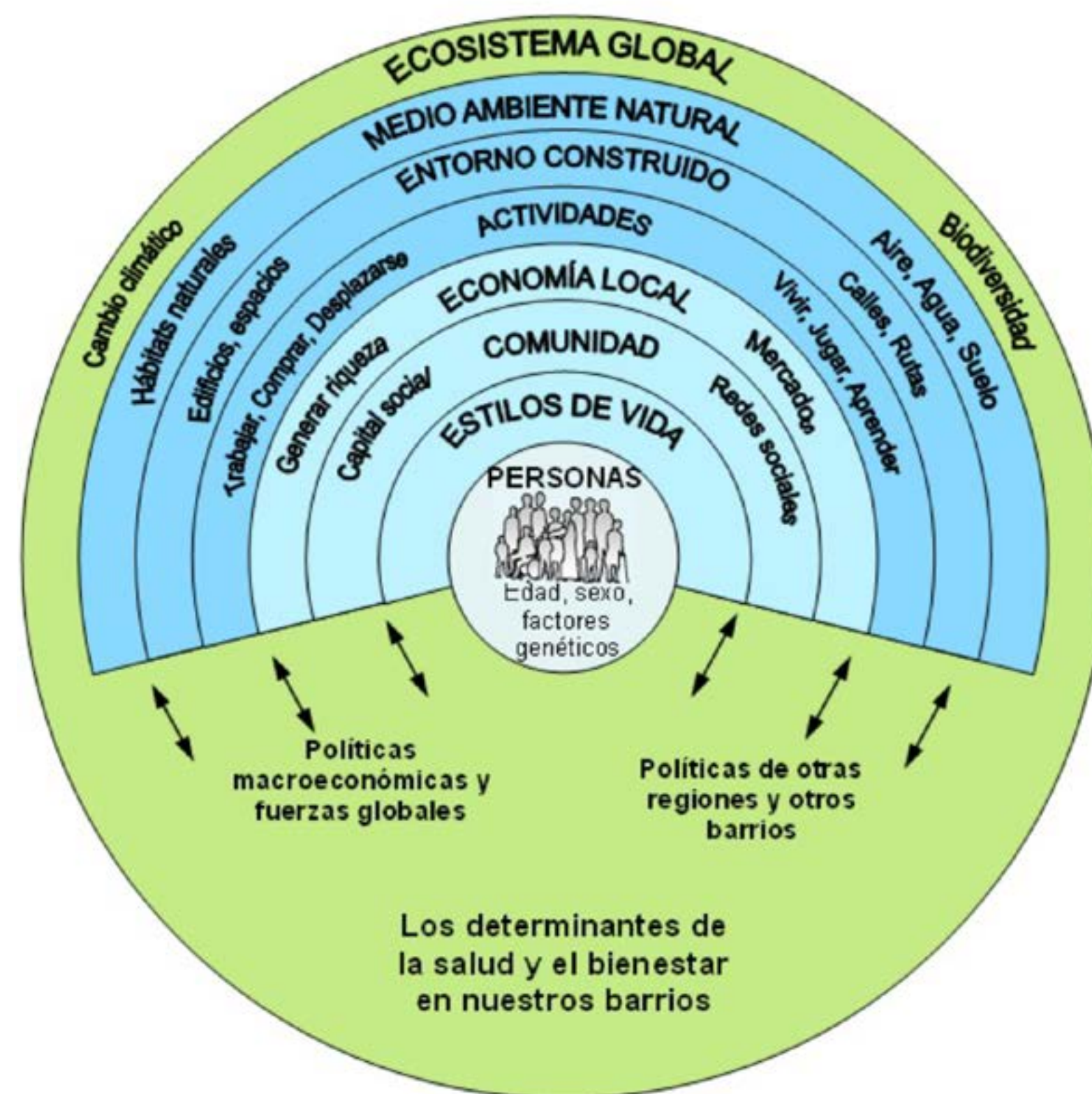
La experiencia de la Diputación de Barcelona en la promoción de entornos urbanos saludables

Sra. Sònia Chavero Bellido

Unidad de Promoción de la Salud
Diputación de Barcelona



El punto de partida



Entorno:

Socioeconómico

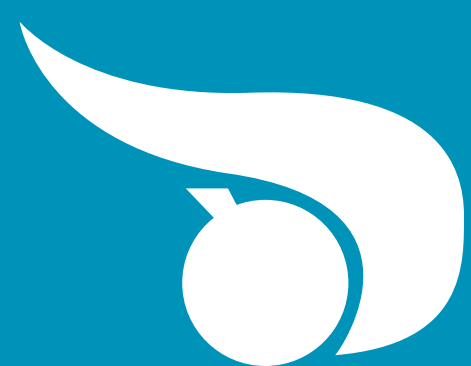
Educación, renta y factores económicos, trabajo, realaciones sociales, entrono familiar, serugridad

Natural

Cinema y geografía

Construido

Urbanismo, vivienda, calidad de los equipamientos, red de movilidad.... Condiciones ambientales.



Algunos datos...

Los **problemas de sobrepeso y obesidad** han aumentado rápidamente en la UE: en el 2008 la mitad de la población sufría sobrepeso u obesidad y continúa en aumento.

Eurostat

La **contaminación ambiental** causó 3,7 millones de muertes prematuras en todo el mundo en el 2012, debido a enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer.

OMS 2014

Se calcula que el **Cambio Climático** causa aproximadamente 250.000 muertes adicionales al año, debido a la malnutrición, malaria, diarrea y estrés térmico por calor.

OMS 2015

Un aumento de 10Db en el **ruido del tráfico** incrementa en un 17% las enfermedades cardiovasculares.

CREAL 2015

En la UE, 10.000 muertes prematuras al año son causadas por el **ruido ambiental**.

EEA 2015

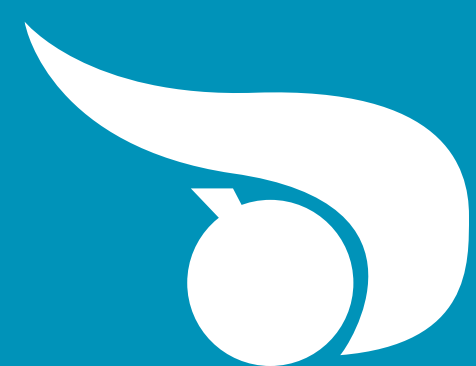
Actualmente la mitad de la población mundial vive en las **ciudades**. En el 2050 aumentará hasta los 2/3.

UNO- Habitat

En el 2060 las **personas mayores** representarán el 29,5% de la población de la UE.

Eurostat

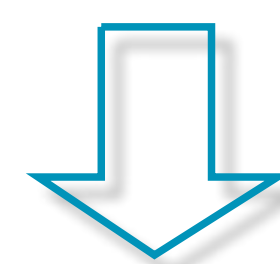




Los pilares

Uno de los determinantes de la salud: Entorno urbano

2010

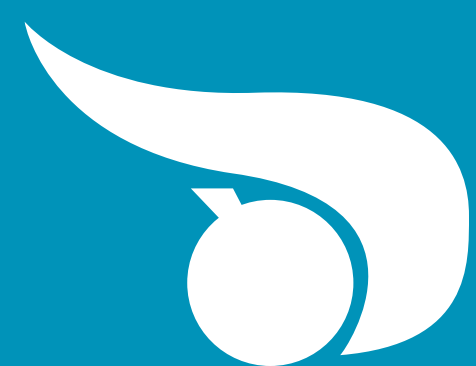


Arranca el proyecto «Entorno urbano y salud» de la
Diputación de Barcelona

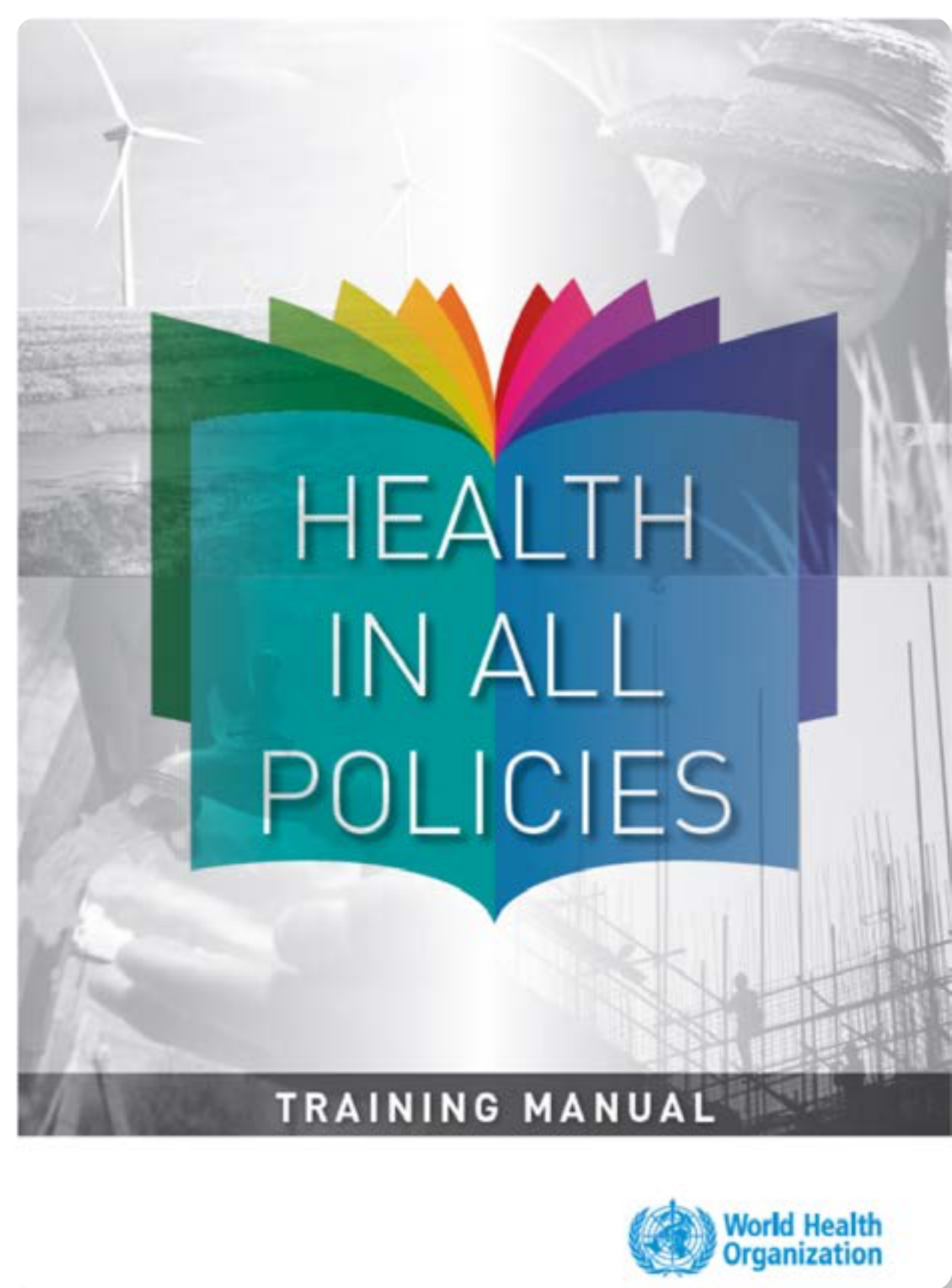
Salud pública



Diseño y gestión
del entorno
urbano



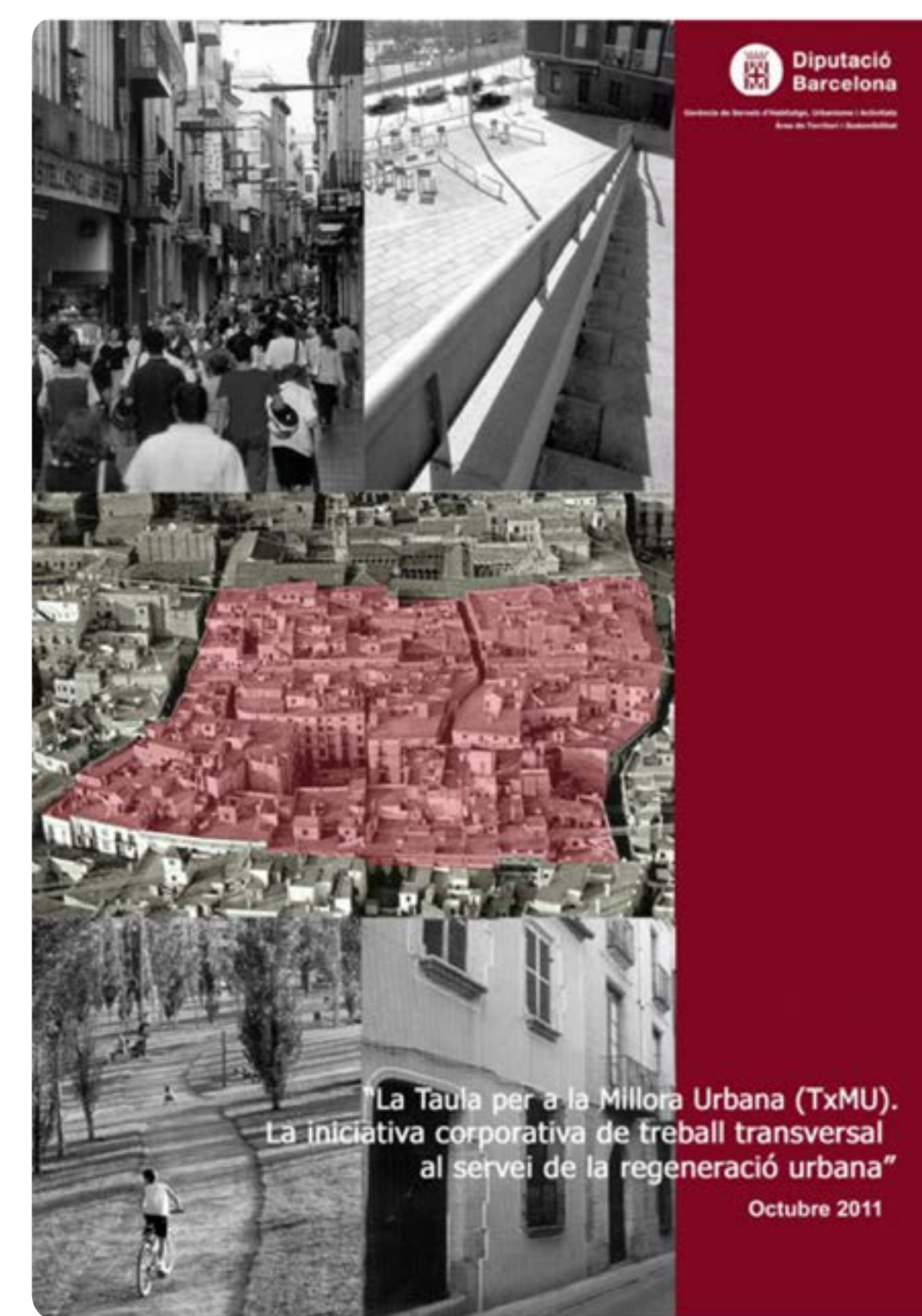
Las oportunidades



Estrategia de la OMS
«Salud en todas las políticas»



Ley de Salud Pública de Cataluña



Mesa para la Mejora Urbana de la Diputación de Barcelona



Los objetivos

Objetivo principal

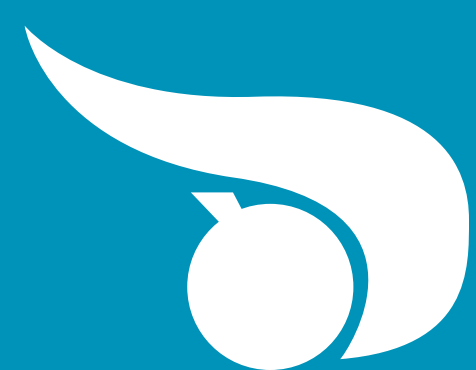
Crear entornos urbanos que animen a la población a vivir de forma saludable y que minimicen aquellos factores medioambientales que pueden suponer un riesgo para la salud de las personas que viven en ellos.

Objetivos específicos

Ofrecer propuestas y recomendaciones para incorporar la perspectiva de la salud en la planificación y gestión del entorno urbano.

Recoger y difundir buenas prácticas en la planificación urbana y en la arquitectura a nivel local.

Promover procesos de mejora en los ayuntamientos para la construcción de ciudades y lugares más saludables.



Los participantes

Personal interno

49 personas involucradas. Un equipo:

Transversal:

- Deportes
- Urbanismo y vivienda
- Medio ambiente
- Salud pública
- Igualdad de género
- Bienestar social
- Diversidad y ciudadanía
- Educación
- Comercio
- Juventud
- Urbanismo
- Mercados y ferias locales
- Equipamientos y espacios públicos

Expertos externos

Ámbito académico:



Asociaciones profesionales:



Campo de la investigación i Àmbito privado:



EPSA AWARD 2015

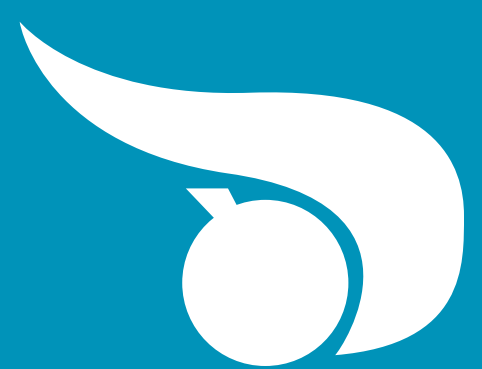


Multidisciplinario:

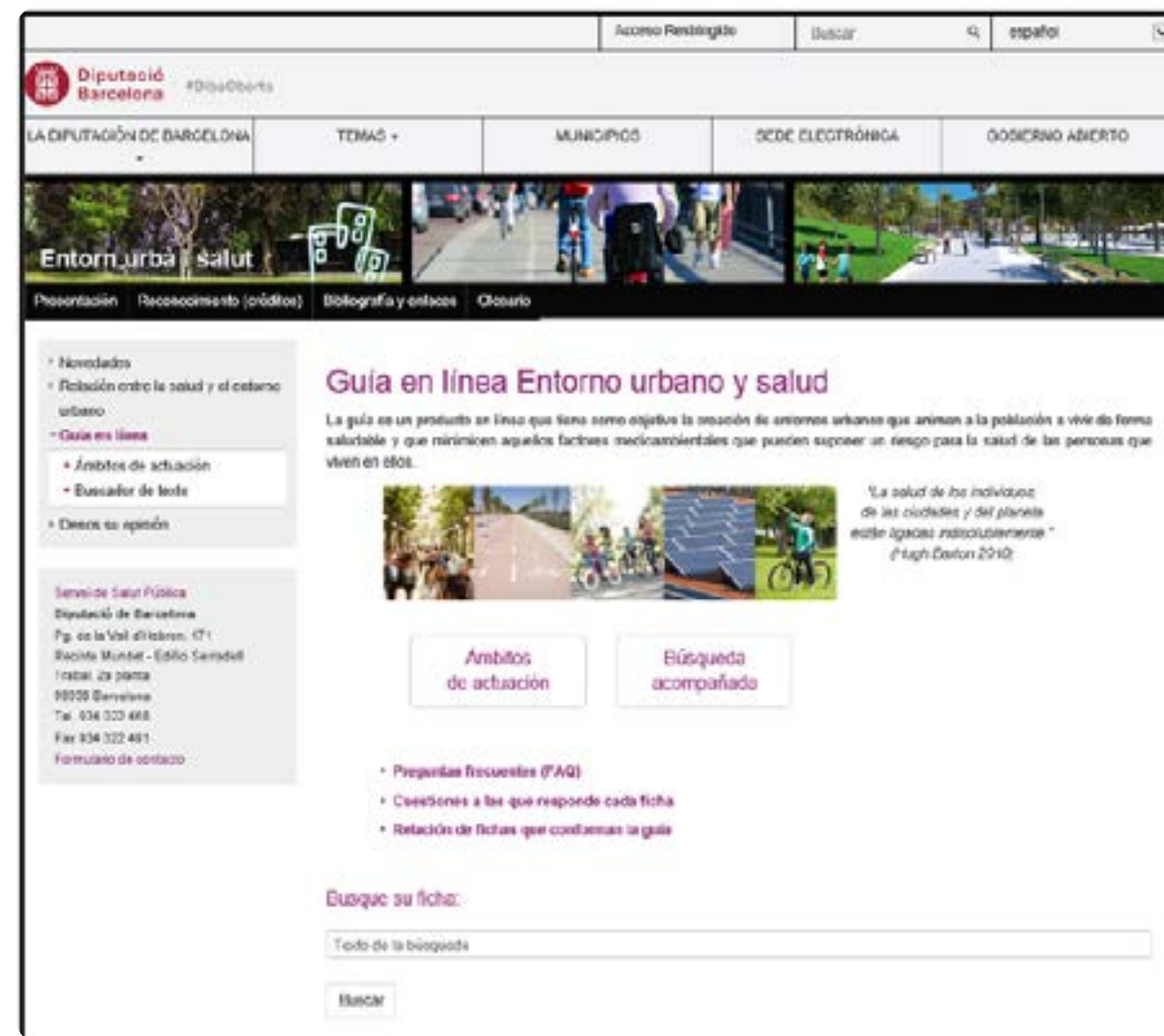
- Antropología
- Ingeniería
- Sociología
- Ciencias ambientales
- Medicina
- Psicología
- Veterinaria
- Arquitectura
- Enfermería
- Farmacia
- Ciencias de la educación
- Biología
- Derecho
- Psicopedagogía
- Ciencias de la alimentación

Ayuntamientos





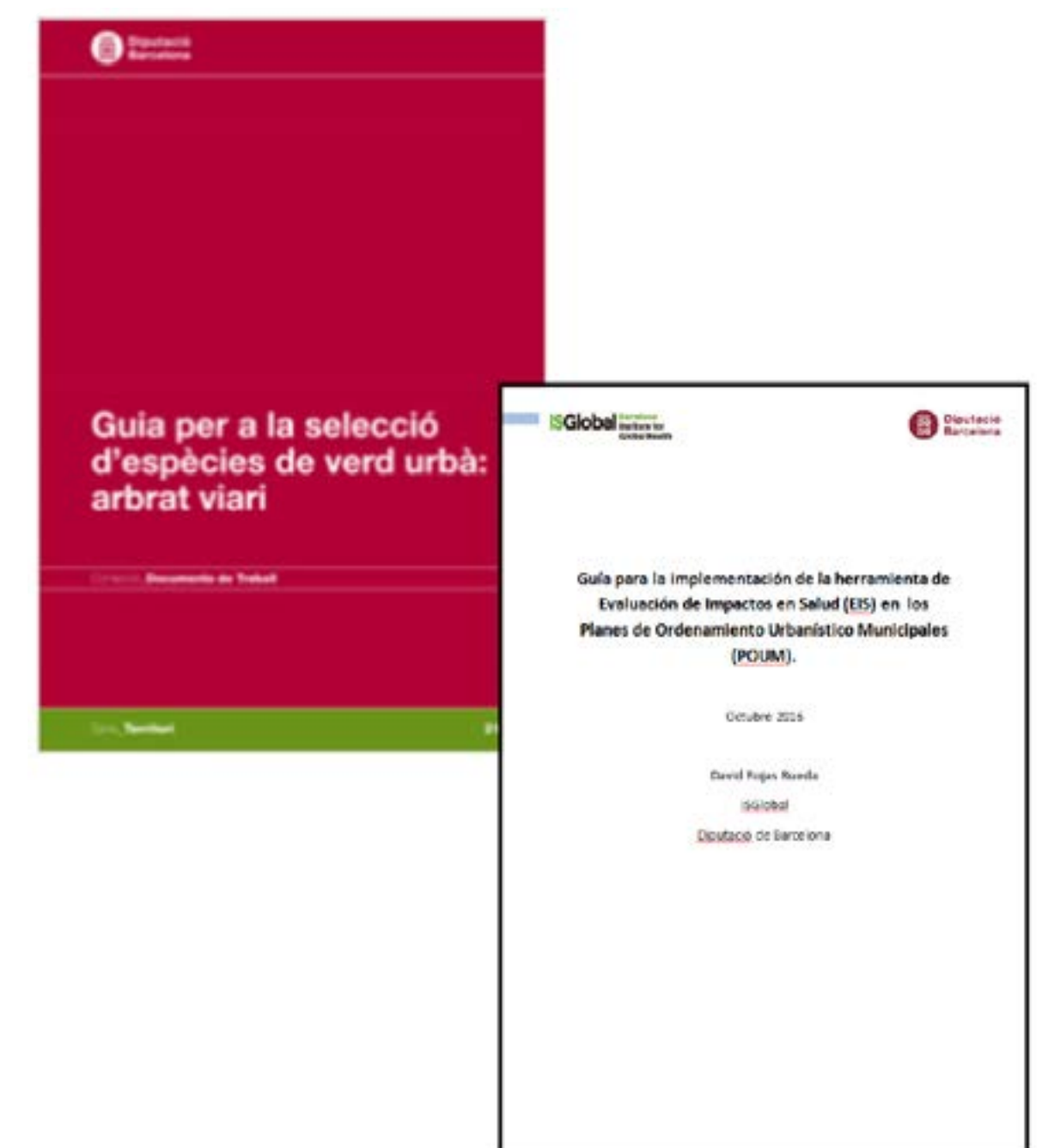
Las prioridades



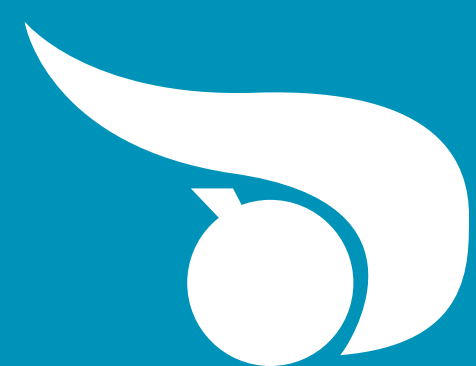
Recomendaciones



Formación continua



Herramientas



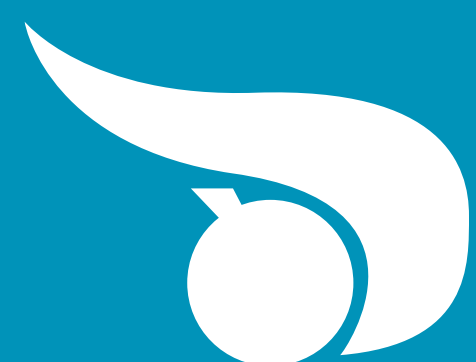
Guía en línea Entorno urbano y salud

The screenshot shows the website interface for the online guide. At the top, there is a navigation bar with 'Acceso Restringido', 'Buscar', and 'español'. Below this is the 'Diputació Barcelona' header with the hashtag '#DibaOberta'. The main navigation menu includes 'LA DIPUTACIÓN DE BARCELONA', 'TEMAS', 'MUNICIPIOS', 'SEDE ELECTRÓNICA', and 'GOBIERNO ABIERTO'. A banner image features the title 'Entorno urbano y salud' and the word 'Herramientas'. Below the banner are tabs for 'Presentación', 'Reconocimiento (créditos)', 'Bibliografía y enlaces', and 'Glosario'. The main content area has a left sidebar with 'Novedades', 'Relación entre la salud y el entorno urbano', 'Guía en línea' (with sub-items 'Ámbitos de actuación' and 'Buscador de texto'), and 'Denos su opinión'. The main text area is titled 'Guía en línea Entorno urbano y salud' and includes a description: 'La guía es un producto en línea que tiene como objetivo la creación de entornos urbanos que animen a la población a vivir de forma saludable...'. It features a quote by Hugh Barton (2010) and two buttons: 'Ámbitos de actuación' and 'Búsqueda acompañada'. A search section at the bottom is labeled 'Busque su ficha:' and contains a search input field and a 'Buscar' button.

Herramienta para diseñar lugares para una vida saludable.

Dirigida a responsables políticos y profesionales de diferentes disciplinas.

<http://www.diba.cat/es/web/entorn-urba-i-salut/guia-online>








Guía en línea Entorno urbano y salud




5 ámbitos

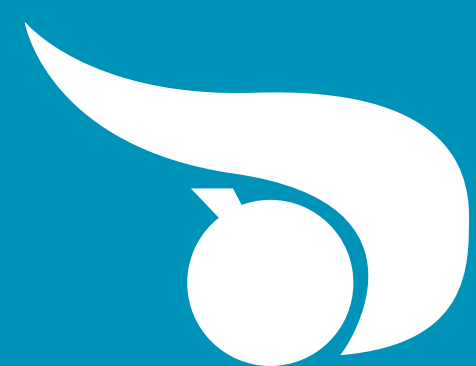
78 fichas:

<http://www.diba.cat/es/web/entorn-urba-i-salut/guia-online>

-  Descripción de la necesidad
-  Objetivos
-  Propuestas y recomendaciones

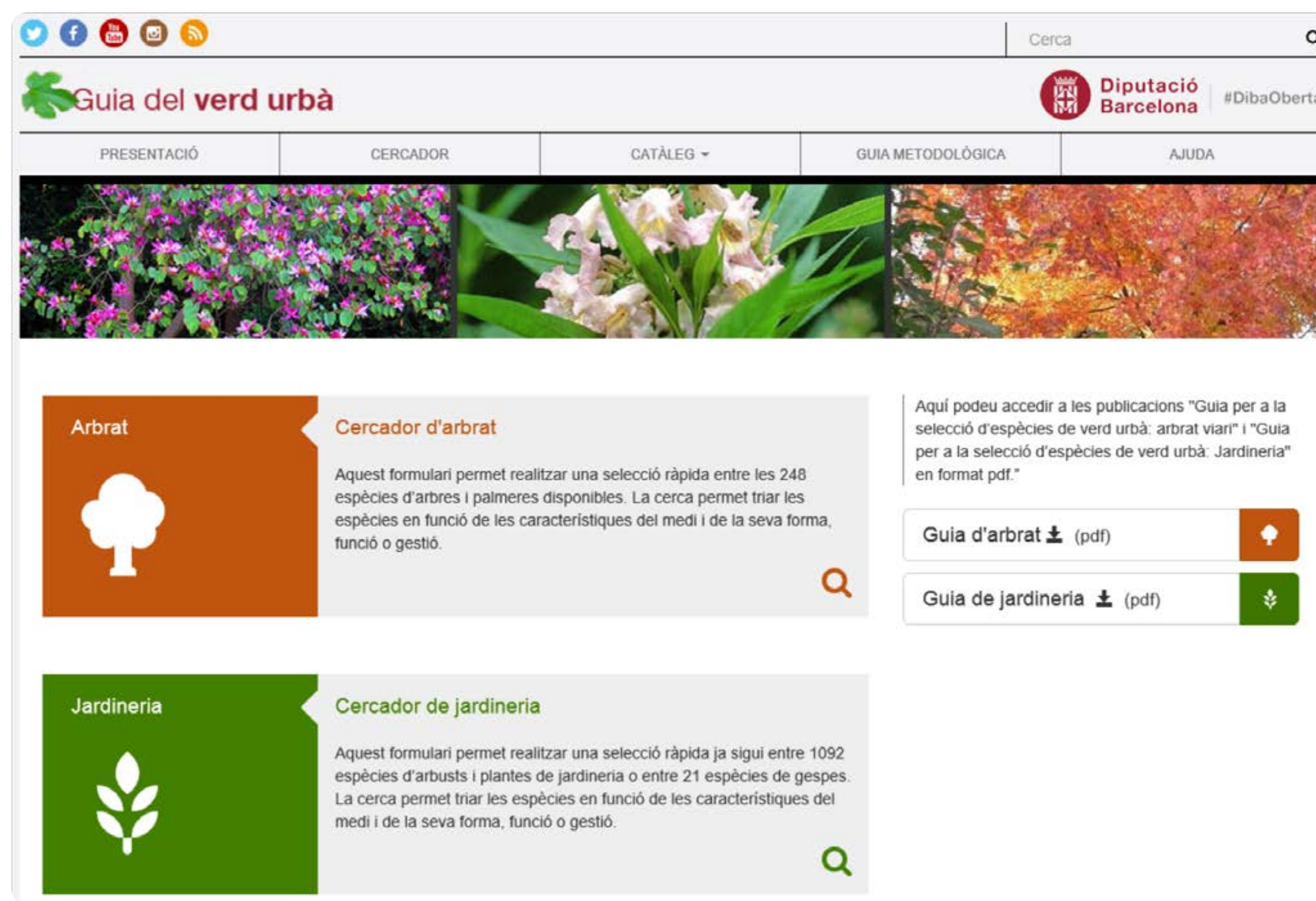
-  Aplicabilidad en el ámbito local
-  Legislación y normativa en las que se sustentan las recomendaciones

-  Experiencias de referencia
-  Estudios y documentación técnica
-  Para más información

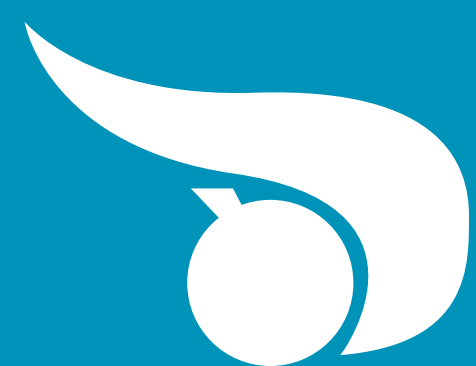


Guía del verde urbano

Herramientas para la selección de especies vegetales más idóneas considerando las condiciones del medio, la forma y características, la función e interés y la gestión.



<http://verd-urba.diba.cat/>



Guía del verde urbano

Cercador d'arbrat

Nom comú

Espècie

Zona climàtica

- Costa
- Interior
- Muntanya

Alçada

- Qualsevol
- Baixa (menys de 6 m)
- Mitjana (de 6 a 15 m)
- Alta (més de 15 m)

Tipus de fulla

- Qualsevol
- Caduca
- Perenne

Ubicació

- Qualsevol
- Tolera la plantació en zones pavimentades i en escocell i també es pot situar en zones verdes
- Només es desenvolupa bé en zones no pavimentades

Capçada

- Qualsevol
- Estreta (de 2 a 4 m de diàmetre)
- Mitjana (de 4 a 6 m de diàmetre)
- Ampla (de 6 a 8 m de diàmetre)
- Molt ampla (més de 8 m de diàmetre)

Tolerància a la sequera

- Qualsevol
- Resistent
- Tolerant
- Sensible

- Cerca avançada

Cerca avançada

Resistència a la calor

- Qualsevol
- Resistent
- Tolerant
- Sensible

Característiques d'interès

- Canvi estacional del fullatge
- Color de la fulla
- Floració remarcable
- Fruit de color i/o mida destacable
- Textura i color de l'escorça
- Aroma
- Port
- No en té

Tolerància a l'esporga

- Qualsevol
- Tolerant
- Sensible

Capacitat al·lèrgica

- Qualsevol
- Greu
- Moderada
- No descrita

Proximitat al mar

- Qualsevol
- Resistent
- Tolerant
- Sensible

Densitat d'ombra

- Qualsevol
- Densa
- Mitjana
- Lleugera

Sensibilitat a plagues o malalties

- Qualsevol
- Porta associades plagues i malalties cròniques
- És freqüent trobar-hi plagues o malalties
- No s'hi solen trobar plagues ni malalties

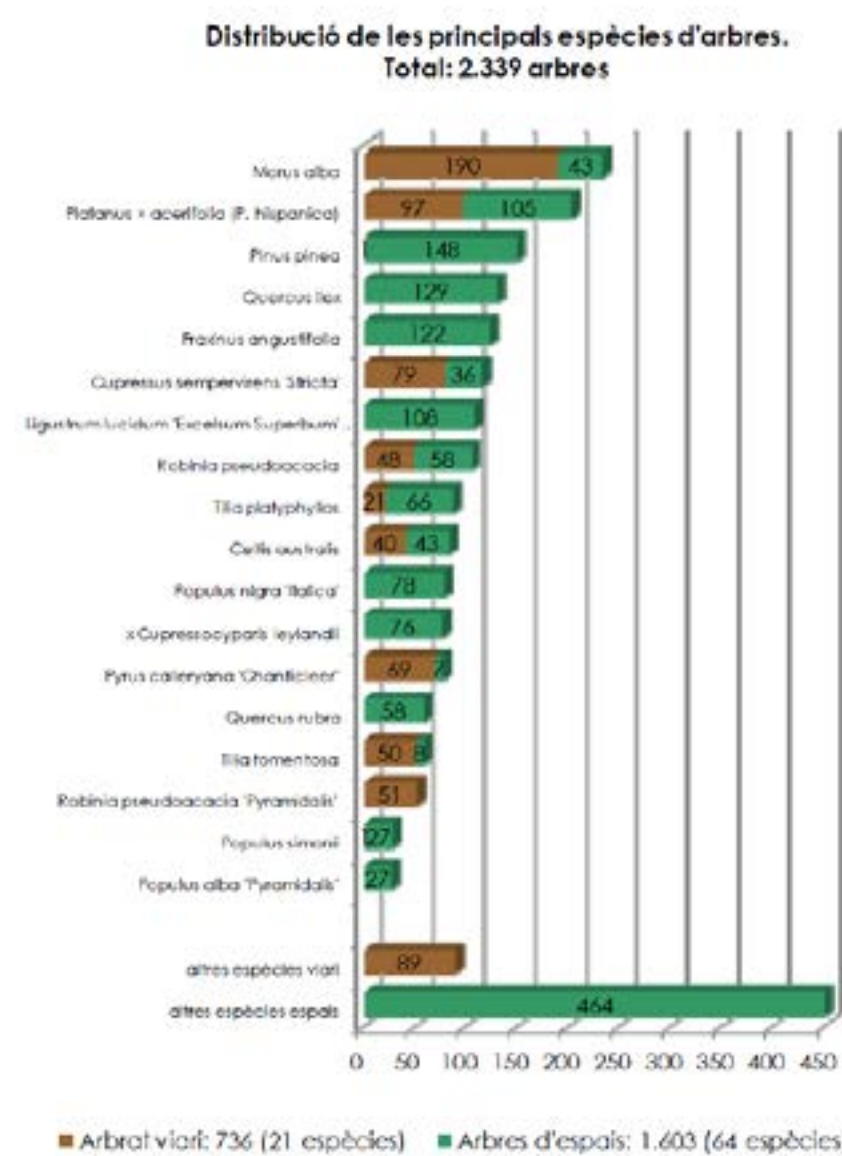
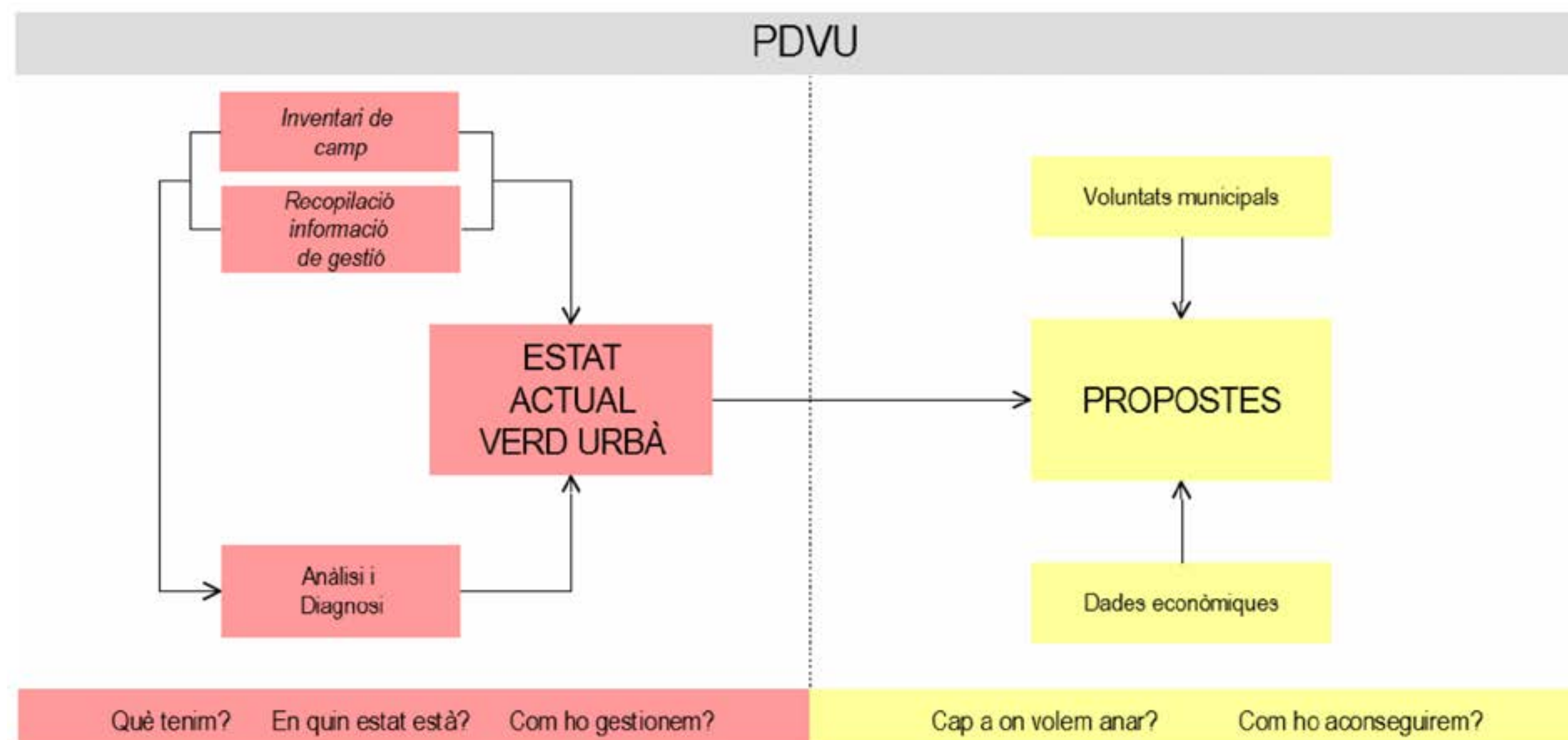
Afectació del paviment

- Qualsevol
- Important
- Moderada
- Lleu

Imatge	Nom comú ▲	Espècie	Tipus de fulla	Atributs principals
	Roure dels pantans	Quercus palustris	Caduca	
	Roure escarlata	Quercus coccinea	Caduca	

Plan director del verde urbano

Herramienta para planificar el verde urbano como infraestructura que aporta beneficios.



Indicador 1. Superfície per habitant

Ciutat	Superfície per habitant (m²)	Superfície d'espais verds urbans disponible per habitant (m²)	Referència
Estocolm	86 m²	11,3 m²	Mijana CCVU 2013 DIBA
Gasteiz	30,2 m²	8,2 m²	Mataró
Roses	24,3 m²	6,6 m²	Barcelona
La Garriga	16,9 m²	5,4 m²	València
Malgrat de Mar	11,0 m²	3,6 m²	Palma de Mallorca



Objectius	Estratègies	Propostes
Disminució despesa de manteniment del verd urbà	<ul style="list-style-type: none"> Reducció de superfície del verd urbà Inversió en modernització del sistema de reg Definició de diferents nivells de manteniment en funció de l'ús Campanyes informatives veïnals Canvi a una gestió mixta (brigada + externalització parcial de feines) 	<ul style="list-style-type: none"> Reduir la tipologia de plantes i espècies a cada espai Substituir gespes per prats seminatural Automatització del sistema de reg Inventari del verd urbà + introducció a un SIG o sistema de gestió Crear un compte de twitter del verd urbà Externalitzar la poda de l'arbrat



Estudio para la identificación de caminos deportivos

<https://www.diba.cat/web/esports/-/identificacio-de-camins-esportius-de-la-demarcacio-de-barcelona>



Estudi per a la identificació dels camins esportius de la demarcació de Barcelona



Diputació de Barcelona
Àrea de Desenvolupament Econòmic Local. Gerència de Serveis d'Esports

- Aptos para la actividad deportiva
- Alcance supralocal
- Accesibles

Els drets d'exploració d'aquest document pertanyen amb caràcter exclusiu a la Diputació de Barcelona.

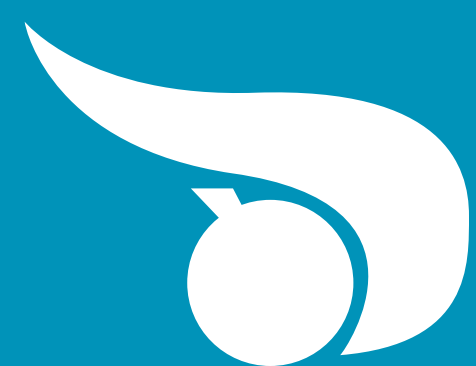
La Diputació de Barcelona autoritza l'ús d'aquest document sempre que se citi expressament a la Diputació de Barcelona com a titular dels drets d'exploració i que s'utilitzi amb finalitats informatives i/o divulgatives. Aquest document no podrà usar-se amb fins comercials.

*Per citar del document, caldrà especificar que la Diputació de Barcelona té la titularitat dels drets d'exploració d'aquest document amb caràcter exclusiu.
Estudi per a la identificació de camins esportius de la demarcació de Barcelona. ACNA, S.L. (2015). Gerència de Serveis d'Esports. Diputació de Barcelona*

Maig, 2015

Realització tècnica
ACNA Activitats Natura, S.L.

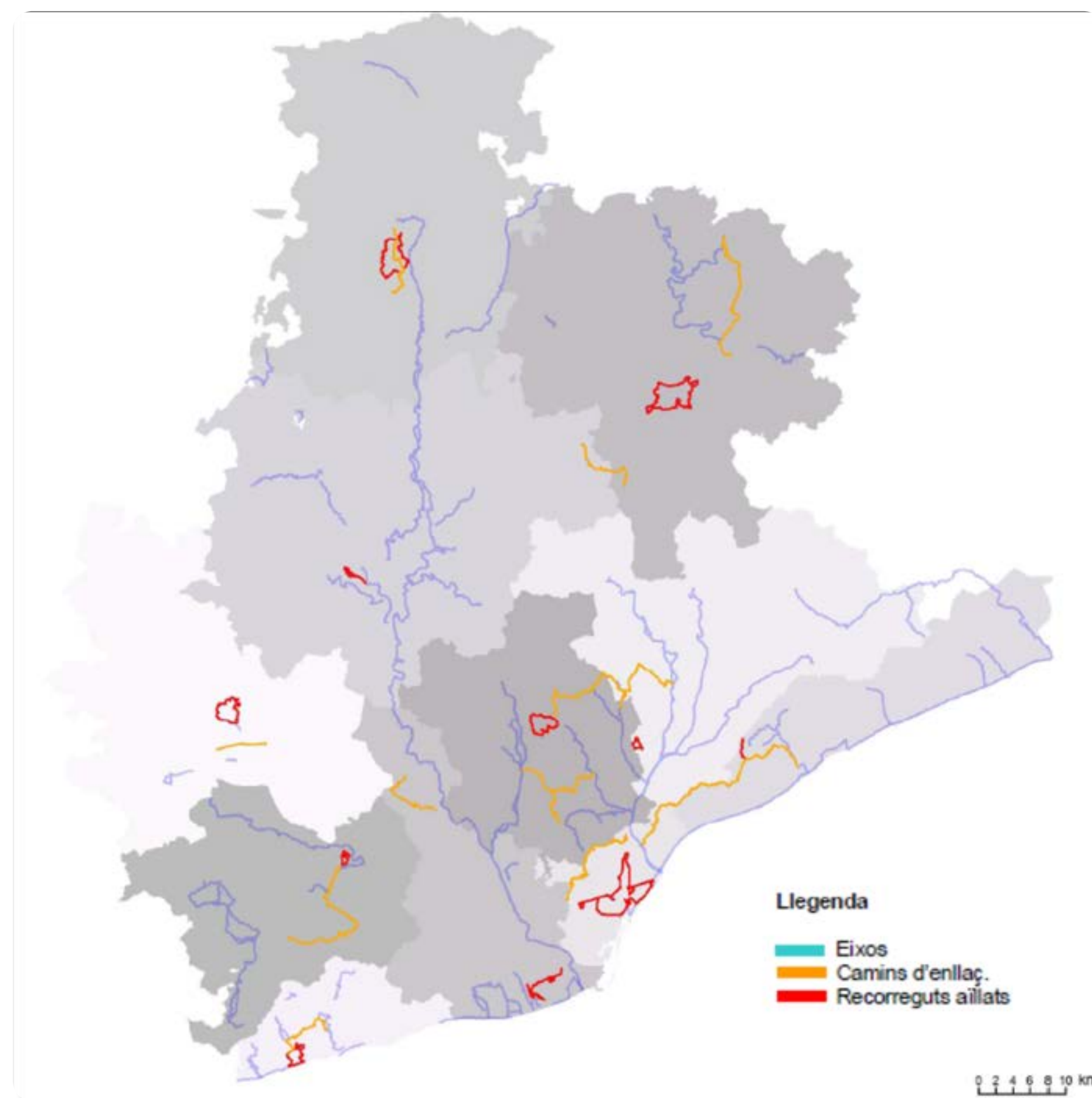




Estudio para la identificación de caminos deportivos

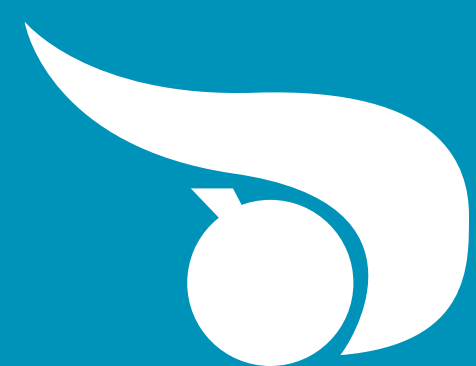
Requerimientos técnicos:

- Pendientes
- Estado del pavimento y de las plataformas
- Estado del entorno. Paisaje
- Señalización
- Tipología de usuarios. Confluencia de usos, tránsito motorizado



1.316,72 quilómetros identificados



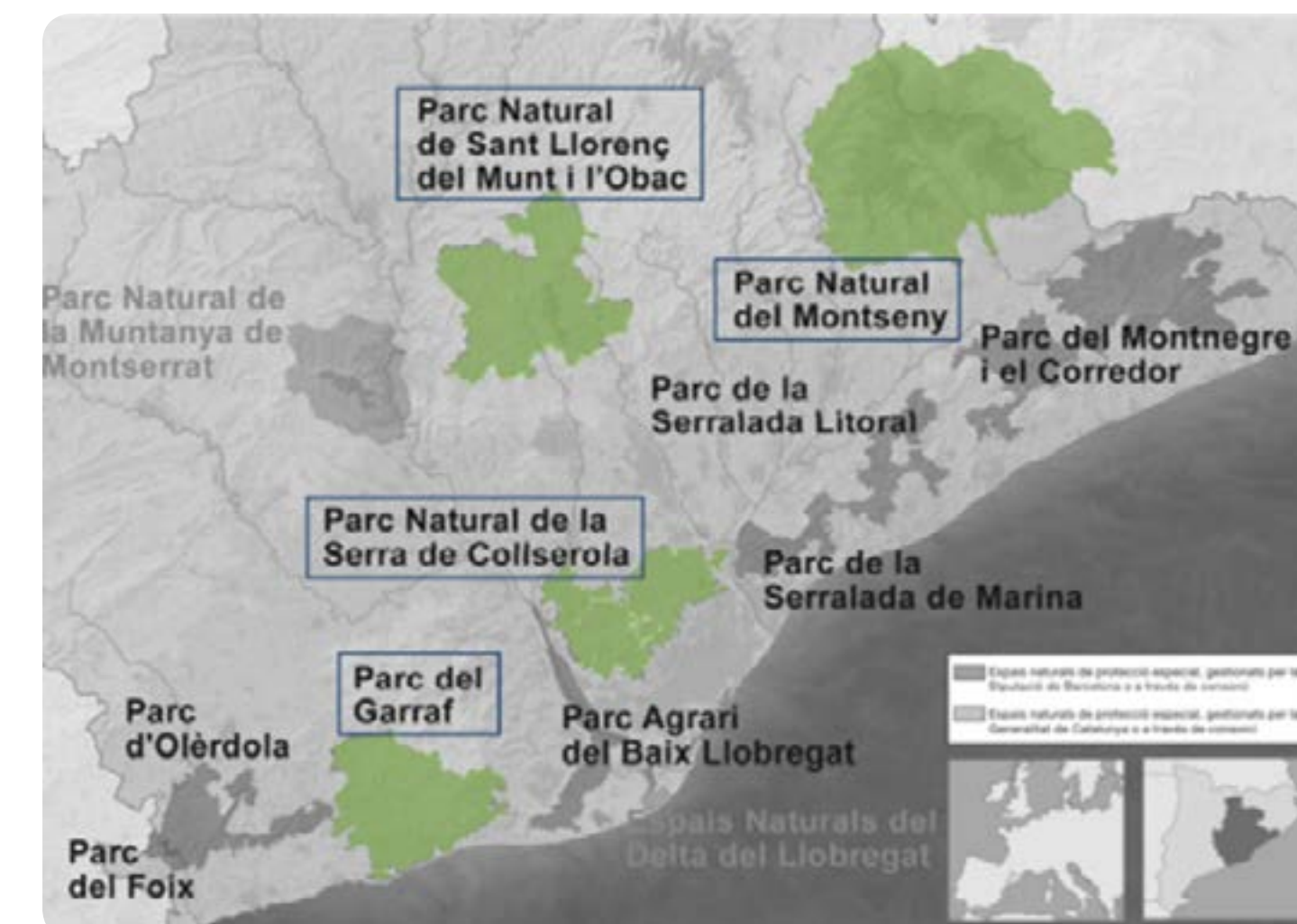


Los espacios naturales como espacios de salud



PARQUES NATURALES, SALUD Y BIENESTAR HUMANO

ENCUESTA DE PERCEPCIÓ DE LOS VISITANTES DE LA RED DE PARQUES DE LA DIPUTACIÓN DE BARCELONA



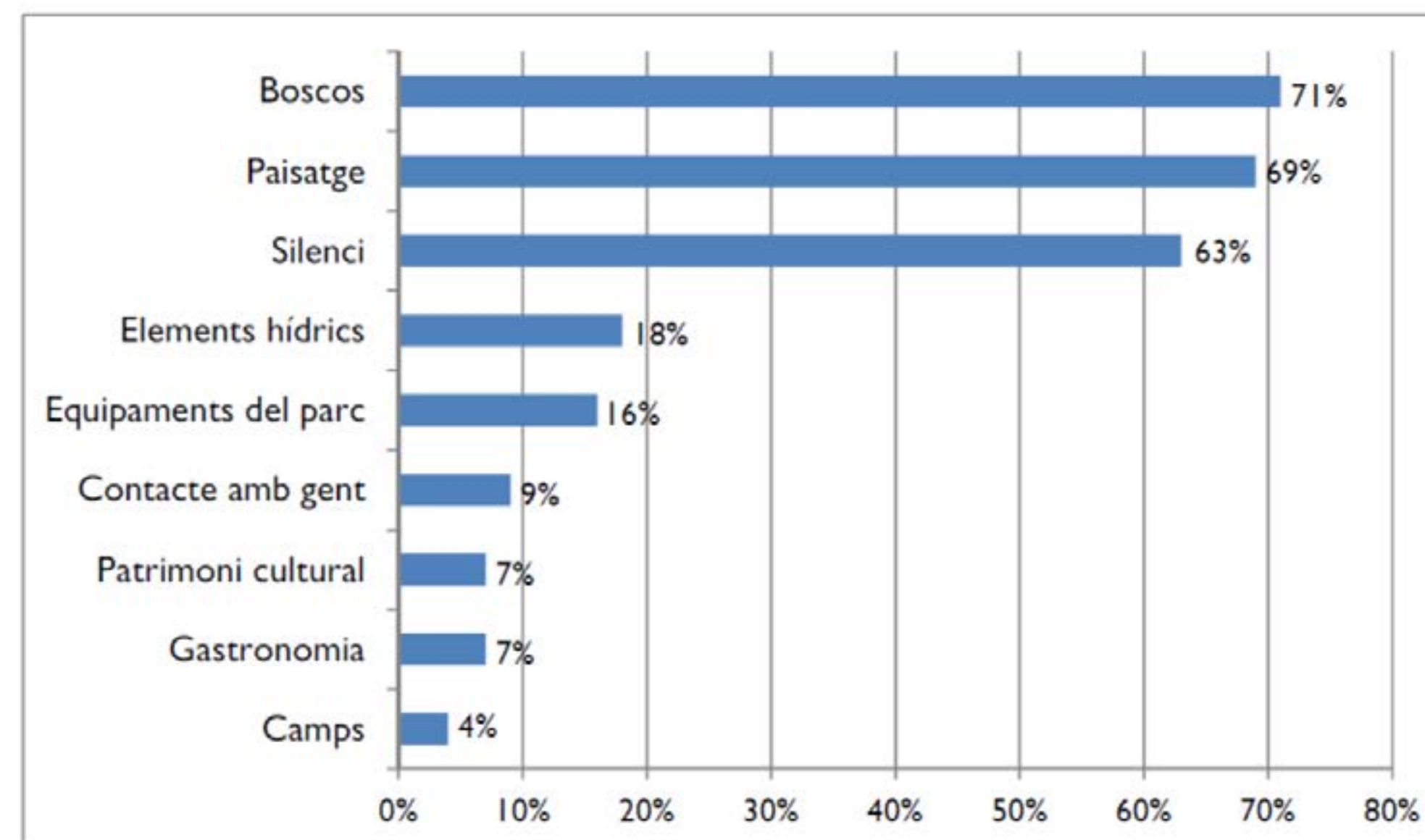
TAULA 2. Taula de contingència dels nivells de motivació dels visitants dels parcs

Nivell de motivació	Física	Psicològica	Social	Espiritual	Ambiental	Financera
Gens important	2,0%	0,0%	4,3%	4,5%	0,0%	13,2%
Poc important	3,0%	1,4%	10,0%	11,4%	0,4%	12,6%
Neutral	5,1%	3,9%	20,3%	24,0%	2,4%	27,4%
Una mica important	24,6%	17,9%	28,9%	31,3%	17,1%	26,2%
Molt important	65,4%	76,8%	36,4%	28,7%	80,1%	20,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

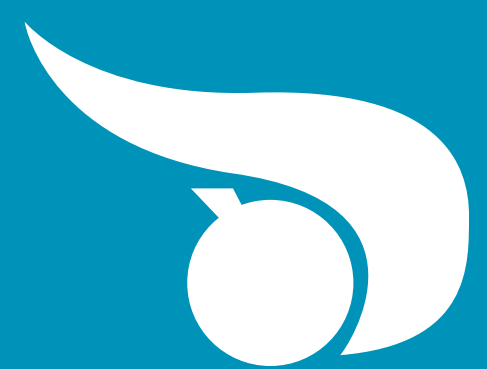
TAULA 12. Taula de contingència dels nivells de benefici percebut de la visita als parcs

Nivell de benefici	Físic	Psicològic	Social	Espiritual	Ambiental	Financer
Molt pitjor	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,8%
Una mica pitjor	1,2%	0,8%	0,2%	0,2%	0,4%	3,5%
Neutral	10,8%	5,9%	38,8%	47,6%	6,1%	72,8%
Una mica millor	38,8%	31,1%	29,1%	29,5%	38,4%	13,4%
Molt millor	49,2%	62,2%	31,7%	22,6%	55,1%	9,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

GRÀFIC 14. Característiques que han contribuït a la millora en el benestar percebut pels visitants dels parcs (% global)



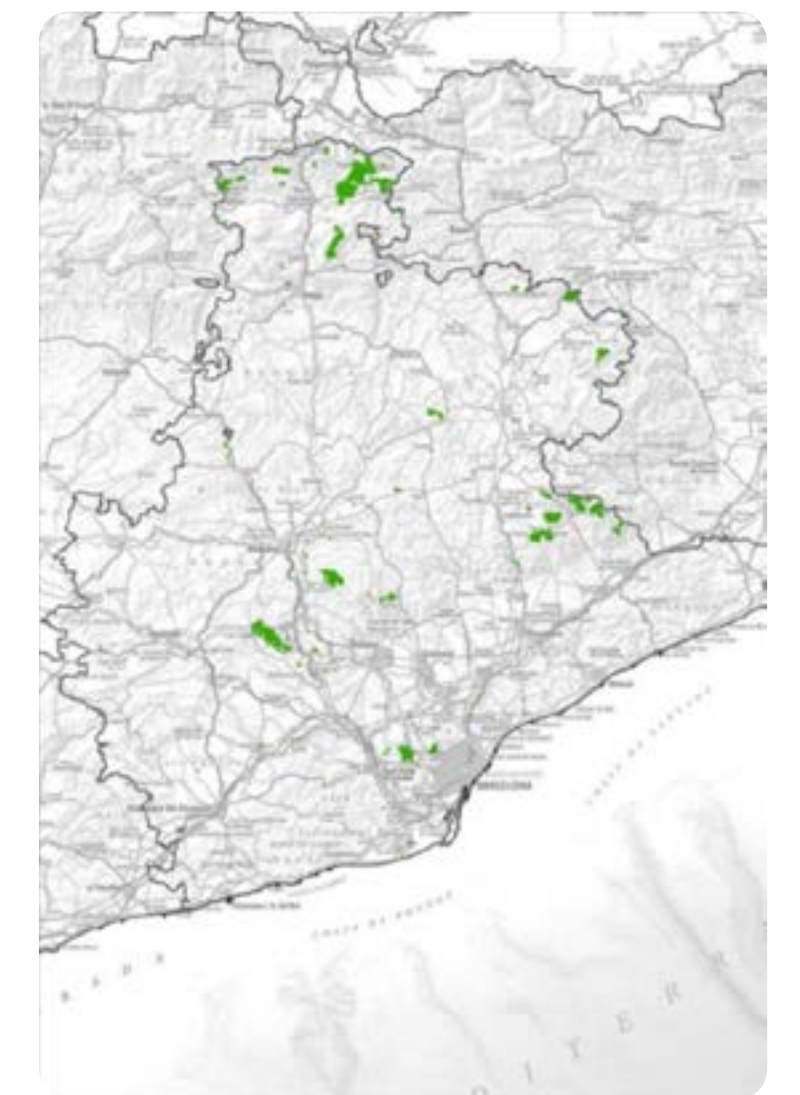
<http://parcs.diba.cat/documents/10534/74749675/11-30-Francesc+Romagosa.pdf/59090f6c-44cc-4907-8355-292de35a25e5>



Los espacios naturales como espacios de salud

Programa parques saludables

- Valoración de los servicios de los ecosistemas
- Identificación de bosques maduros para itinerarios y «baños de bosque»
- Red de itinerarios saludables en el interior de los parques
- Itinerarios saludables de enlace entre los núcleos urbanos y los espacios naturales
- Accesibilidad universal a los equipamientos y servicios de los parques
- Menús saludables en los equipamientos de los parques





Evaluación del impacto en salud del planeamiento urbanístico

ISGlobal Barcelona Institute for Global Health

Diputació Barcelona

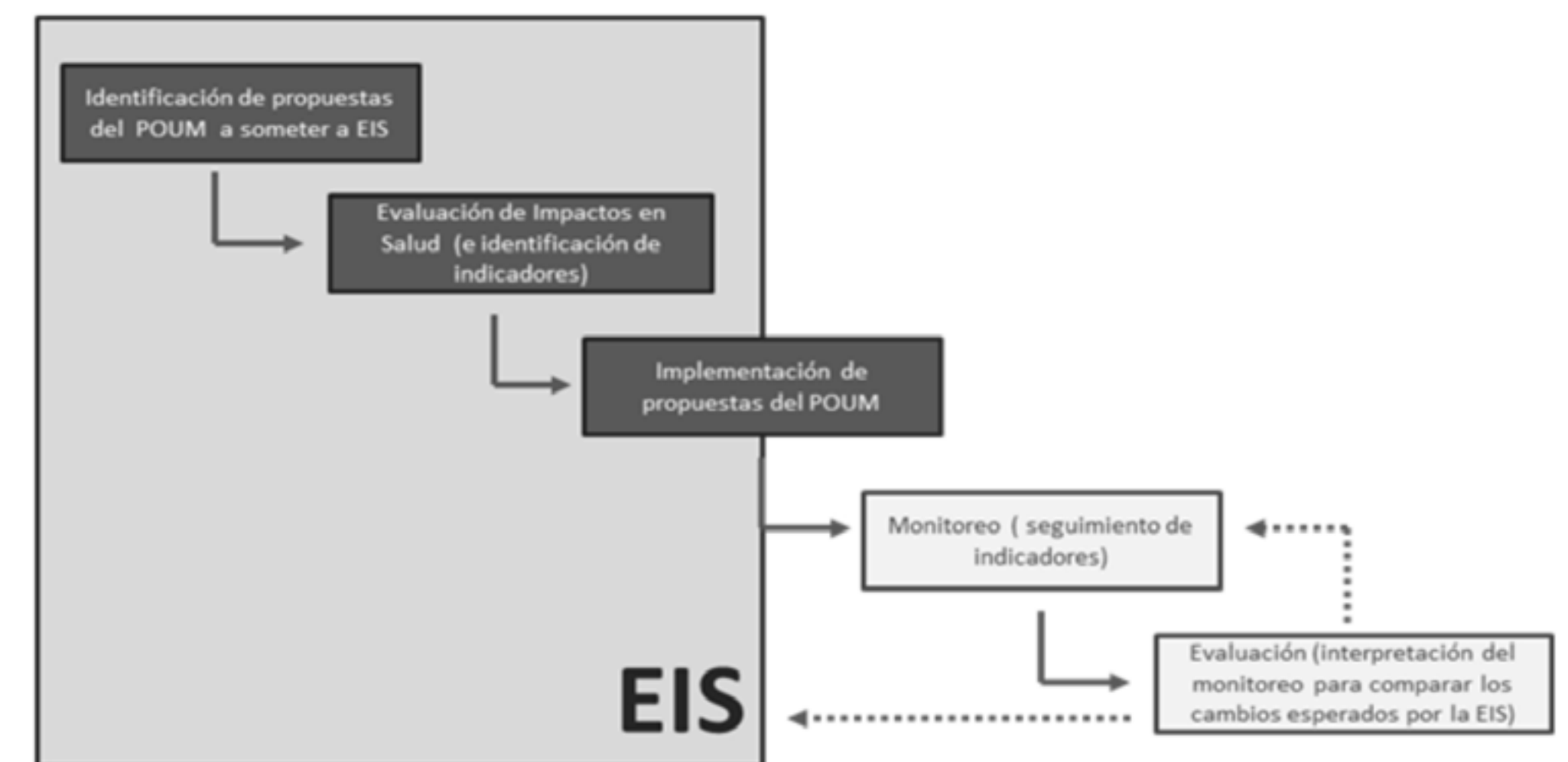
Guía para la implementación de la herramienta de Evaluación de Impactos en Salud (EIS) en los Planes de Ordenamiento Urbanístico Municipales (POUM).

Octubre 2016

David Rojas Rueda

ISGlobal

Diputació de Barcelona



- Cribado ¿La EIS agregara algún valor? ¿Es factible?
- ↓
- Alcance Determinar los posibles efectos en la salud, poblaciones afectadas, la evidencia disponible etc.
- ↓
- Evaluación Analizar el estado basal y los posibles efectos en la salud.
- ↓
- Recomendaciones Desarrollar recomendaciones en salud y un plan realista para su aplicación (indicadores)
- ↓
- Reportar Diseminar el informe al público, los interesados.
- ↓
- Seguimiento y evaluación Monitorear los resultados de la EIS / salud y evaluar los resultados de la EIS

<https://www.diba.cat/web/seep/butlleti-territori-i-ciutat/-/newsletter/53616886/59/110589153/5-reptes-per-a-la-planificacio-urbanistica-d-entorns-urbans-saludables>



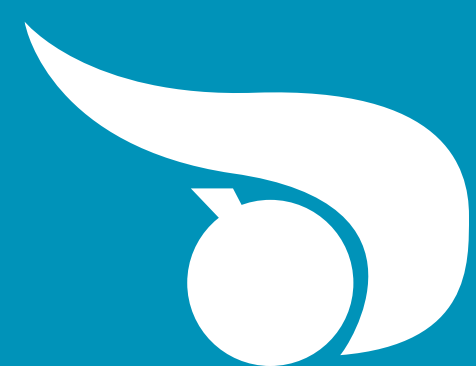
Otros proyectos en marcha

- Aplicación de la herramienta HEAT en un Plan Director del Espacio Público
<http://www.diba.cat/web/seep/butlet-i-territori-i-ciutat/-/newsletter/53616886/59/111308112/aplicacio-de-l-avaluacio-d-impacte-en-salut-al-pla-director-de-l-espai-public-de-collbato>
- Activación temporal de espacios vacíos con criterios saludables
<http://www.diba.cat/web/espais-buits>
- Detección, intervención y rehabilitación de viviendas para el fomento de la ciudad saludable
<http://www.diba.cat/web/hua/index>
- Adaptación al cambio climático y ciudades saludables
<http://www.diba.cat/web/mediambient/canviclimisost>
- Guía nuevos parámetros de diseño del espacio público

Determinantes de la Salud, Derechos Humanos y Objetivos de Desarrollo Sostenibles

Sr. Pau Batlle Amat

Jefe del Área de Políticas y Promoción
de la Salud del Organismo de Salud
Pública de la Diputación de Girona



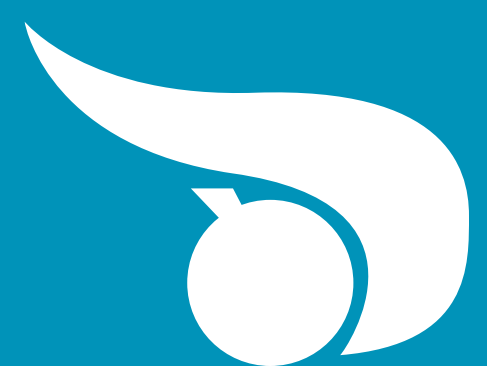
Consenso de Shanghái sobre Ciudades Saludables – 2016

«Nosotros – más de 100 alcaldes de todo el mundo – nos hemos reunido el 21 de noviembre de 2016 en Shanghái sabedores de que la salud y el desarrollo urbano sostenible est n inextricablemente unidos...»

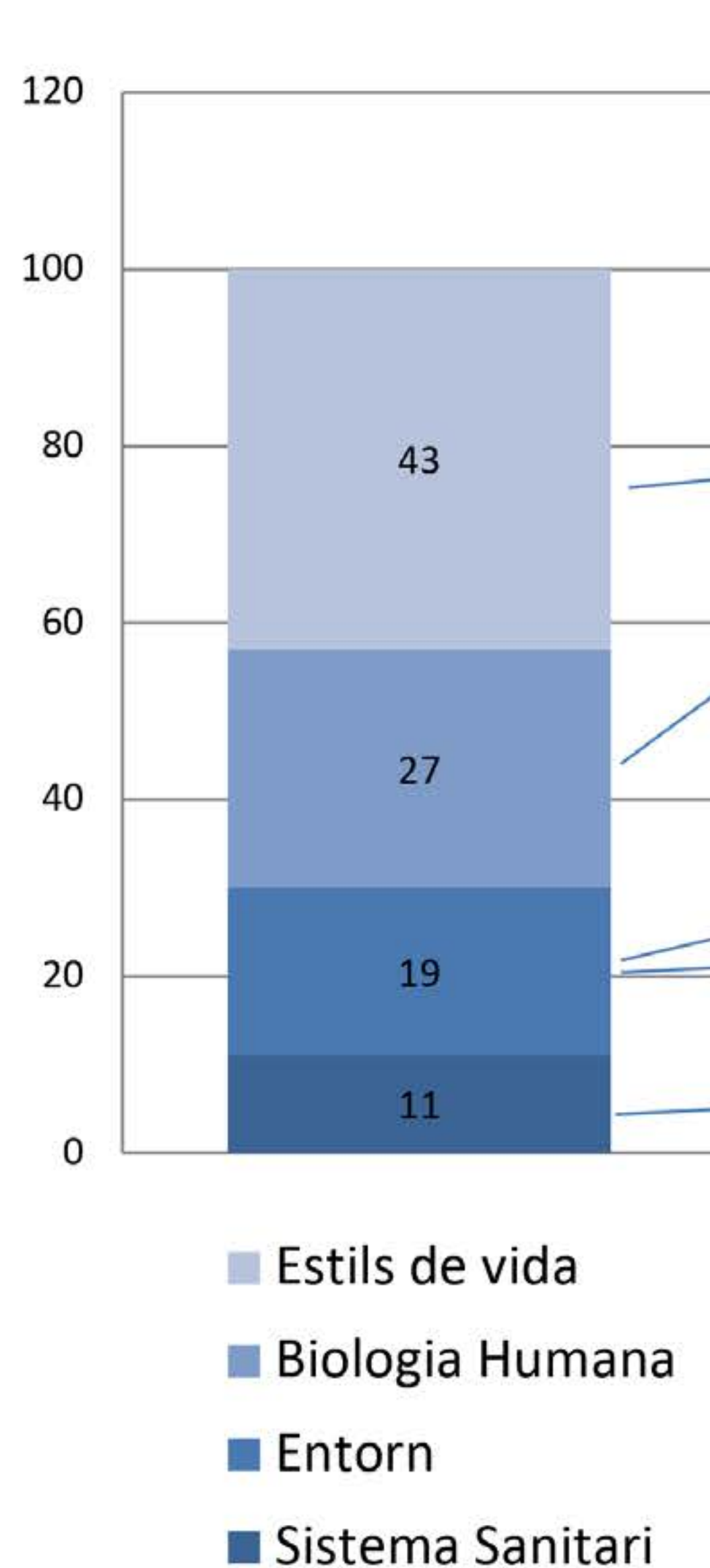
«Nosotros – más de 100 alcaldes de todo el mundo – nos hemos reunido el 21 de noviembre de 2016 en «La salud se forja en el  mbito local, en los entornos de la vida cotidiana, en los barrios y comunidades en los que personas de todas las edades viven, aman, trabajan, estudian y juegan»

«La salud para todos no es posible sin liderazgo en el plano local»

«... dar prioridad a la opción política que favorezca la salud en todos los  mbitos de la gobernanza municipal y a calibrar los efectos para la salud de todas nuestras políticas y actividades»

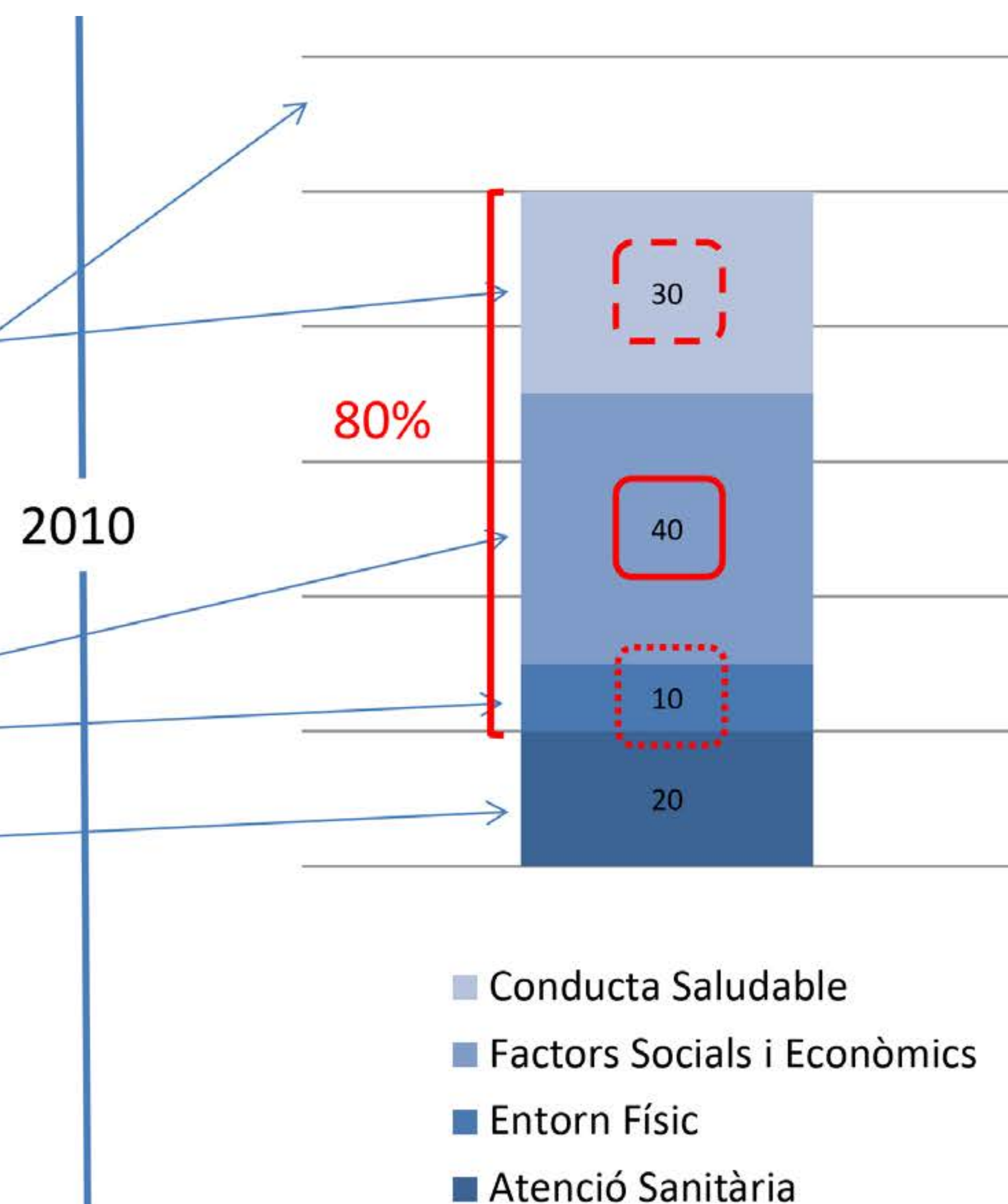


Contribución potencial a la reducción de la mortalidad (en %)

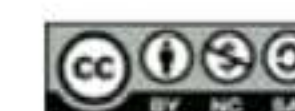


Lalonde. Canada. 1974

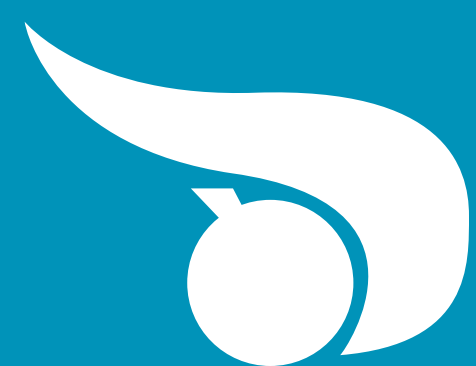
Factores que contribuyen a la salud de un país (en %)



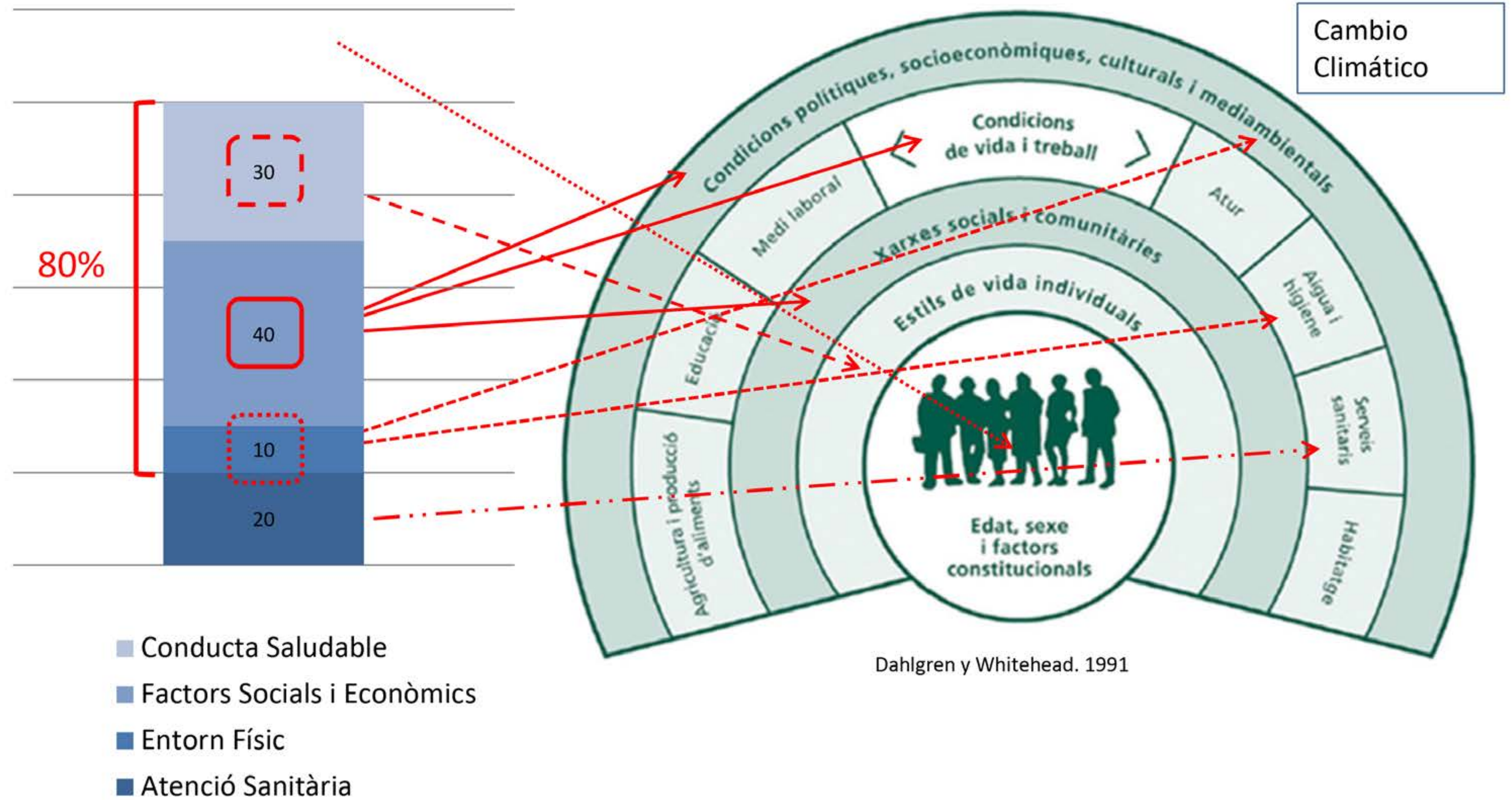
©Country Health Rankings model 2014. UWPHI.



Pau Batlle. Dipsalut 2015



Factores que contribuyen a la salud de un país (en %)

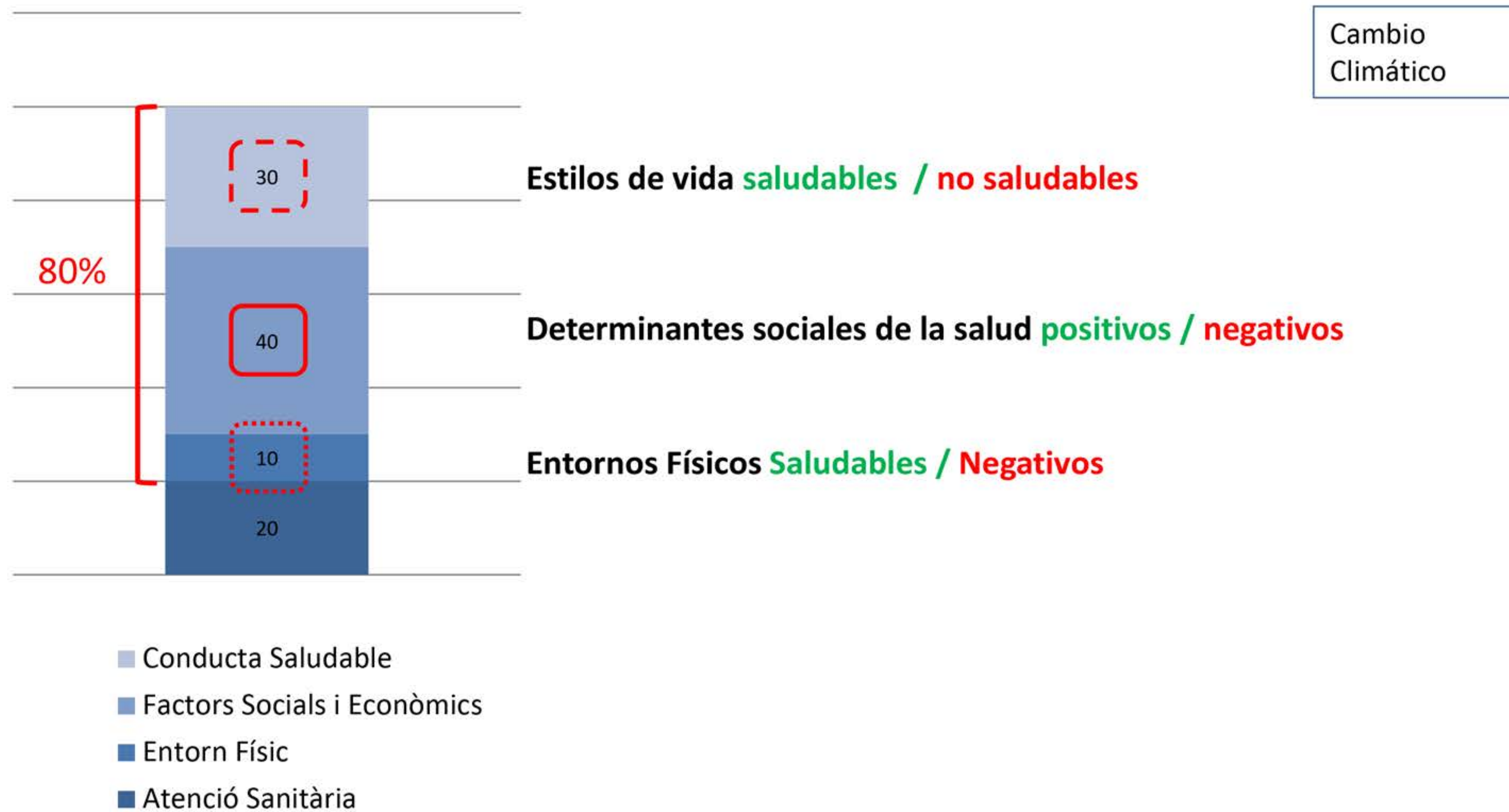


©Country Health Rankings model 2014. UWPHI.

Pau Batlle. Dipsalut 2015

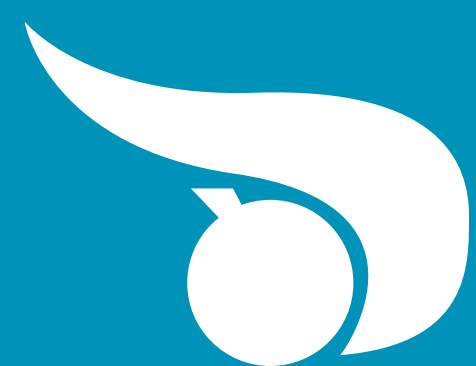


Factores que contribuyen a la salud de un país (en %)



©Country Health Rankings model 2014. UWPHI.

Pau Batlle. Dipsalut 2015



Los objetivos de desarrollo sostenible y la promoción de la salud

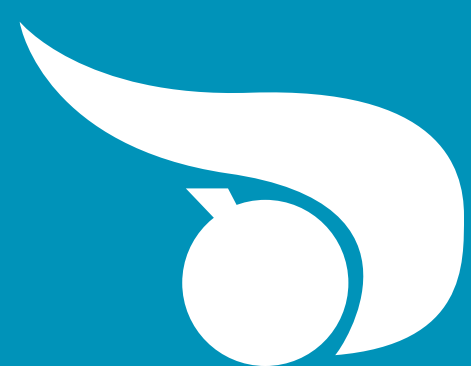
Ambientales

Estructurales

Intermedios

Transversales





Derechos humanos – Naciones Unidas 1948

Art. 1

Iguales en dignidad

Art. 3

Derecho a la vida y a la libertad

Art. 7

Iguales frente la ley.
Derecho a la protección contra la discriminación

Art. 23

Derecho al trabajo y protección contra el paro

Art. 25.1

«La maternidad y la niñez tienen derecho a una atención y a una asistencia especiales.»

Art. 25.2

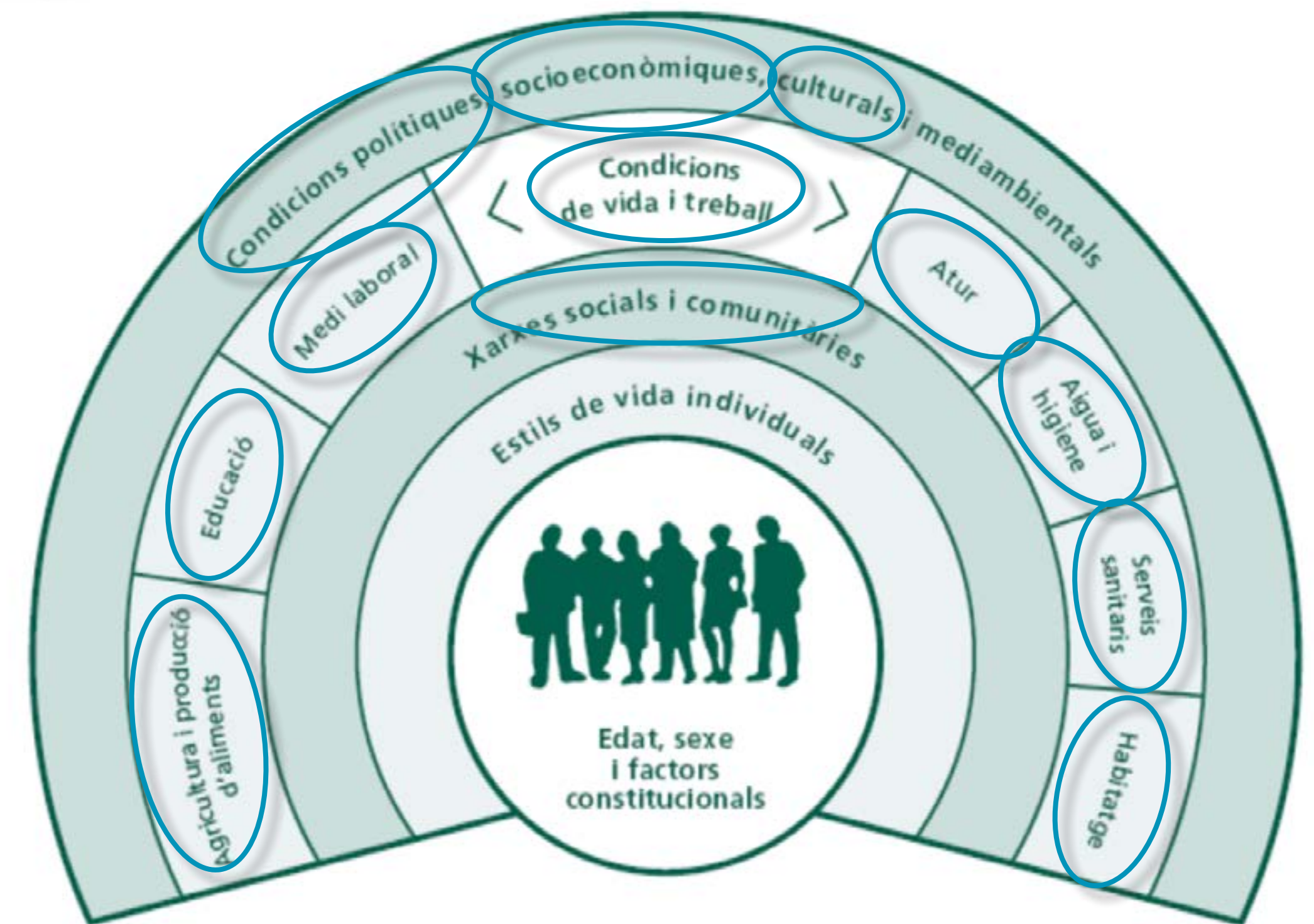
Derecho a la salud
Derecho al bienestar
Derecho a la alimentación
Derecho a la vivienda
Derecho al vestir
Derecho a asistencia médica
Derecho a los servicios sociales

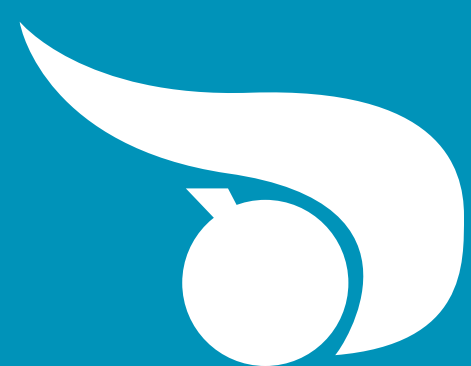
Art. 26

Derecho a la educación

Art. 27

Derecho a participar en la vida cultural y del progreso científico





Convención de los Derechos de la Infancia – Naciones Unidas 1983

Art. 3

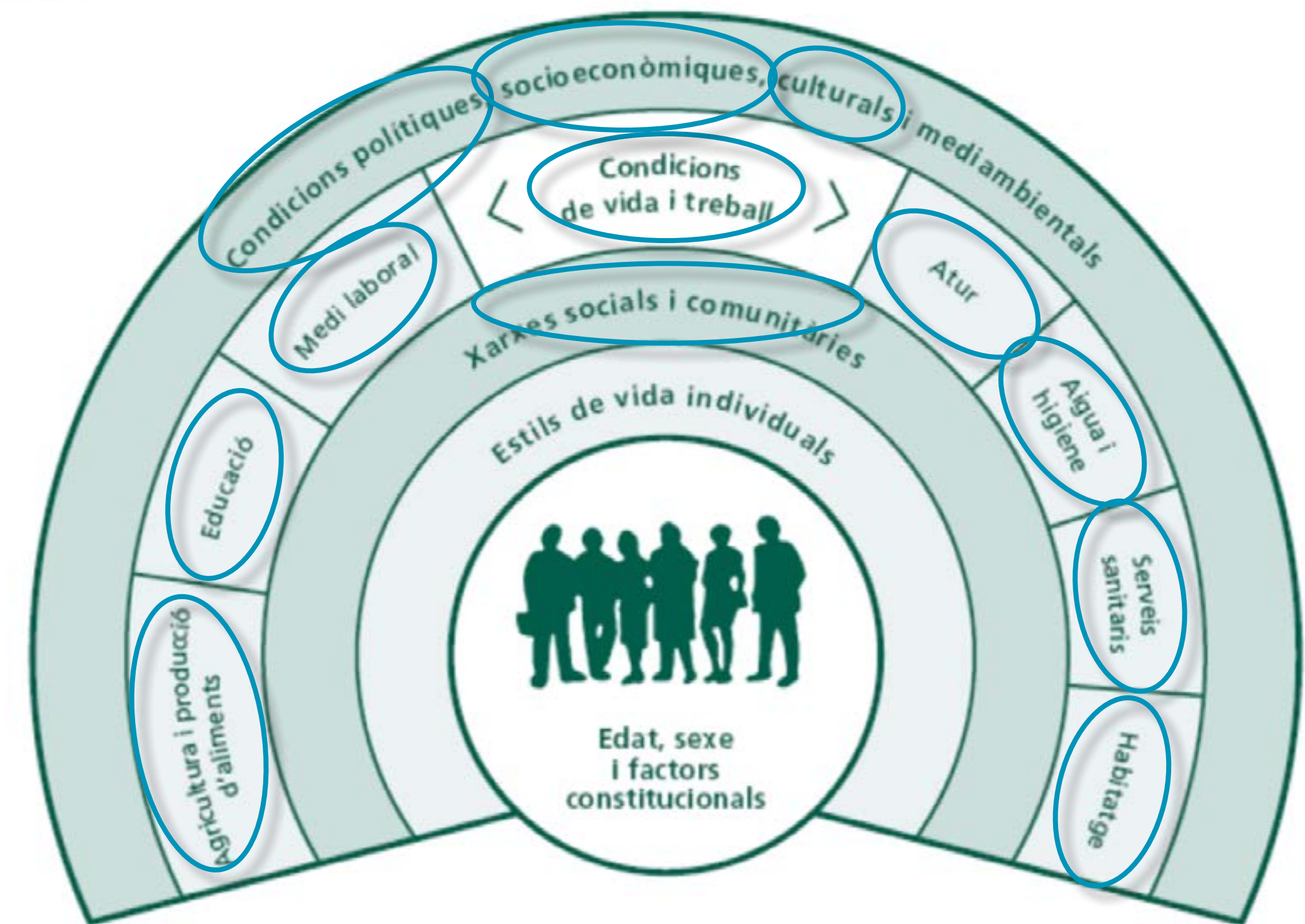
2. «Los Estados miembros se comprometen a asegurar a la infancia total la protección y atención necesarias para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y los deberes de sus pares, tutores legales o otras personas que en tengan la responsabilidad legal.»

Art. 6

2. «Los Estados miembros tienen que asegurar al máximo posible la supervivencia y el desarrollo de la infancia»

Art. 24

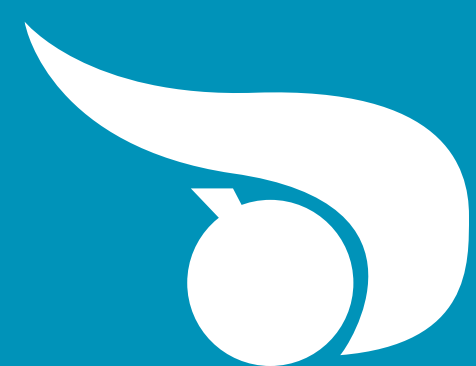
1. «Los Estados miembros reconocen el derecho de la infancia al disfrute del nivel de salud más alto posible y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.»



Art. 27

1. «Los Estados miembros reconocen el derecho de todos los niños/as a un nivel de vida adecuado a su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.»

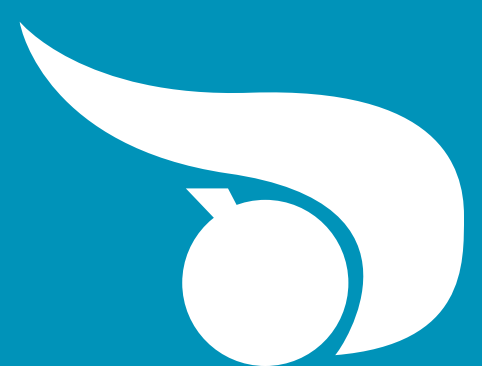
3. «Los Estados miembros, de acuerdo con las condiciones nacionales y según sus medios, tiene que tomar las medidas apropiadas para ayudar a las familias y las otras personas responsables de la infancia a hacer efectivo este derecho y, en caso de necesidad, tienen que dar ayuda material y programas de apoyo, principalmente a lo que refiere a la nutrición, la vestimenta y la vivienda.»



Consenso de Shanghái sobre Ciudades saludables – 2016

5 Principios de Gobernanza

1. Integrar la salud como consideración fundamental en todas las políticas
2. Abordar todos los determinantes de la salud: sociales, económicos y ambientales
3. Promover la participación firme de la comunidad
4. Reorientar los servicios sanitarios y sociales hacia la equidad
5. Evaluar, vigilar el bienestar, la carga de morbilidad y los determinantes de la salud



Modelos de intervención a la comunidad

Projectes catapulca

Subvencions



PLA INCLUSIÓ

FESTIC

DIPGI - 3

PIMCAT

TRIS3CAT

Projecte de coordinació de

Ciutat dels infants

Pobles sostenibles

Projectes informals

Organitzacions locals

Alguns estudis

Pla urbanístic

Projectes Europeus

Projectes locals

Ciutats intel·ligents

Pla Municipal de Salut i Benestar

Salut i crisi

Pla comunitari d'immigració

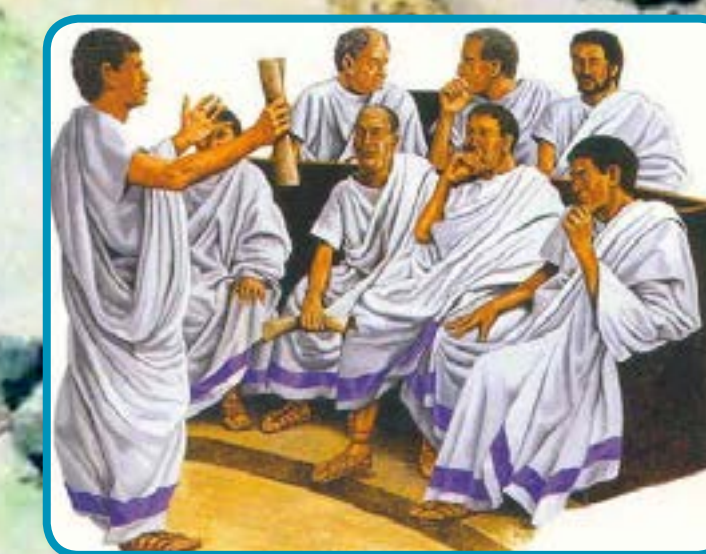
Servei d'aigües

Parcs urbans de salut

Manteniment de cementiris

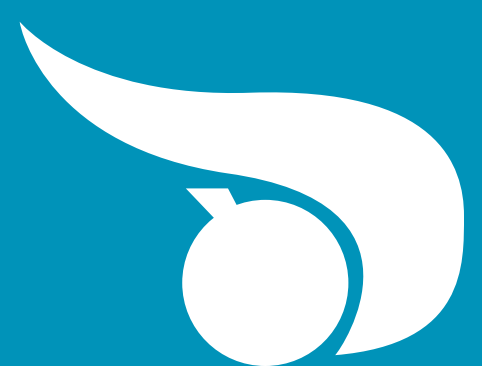
Servei de control de plagues

Servei d'escombraries

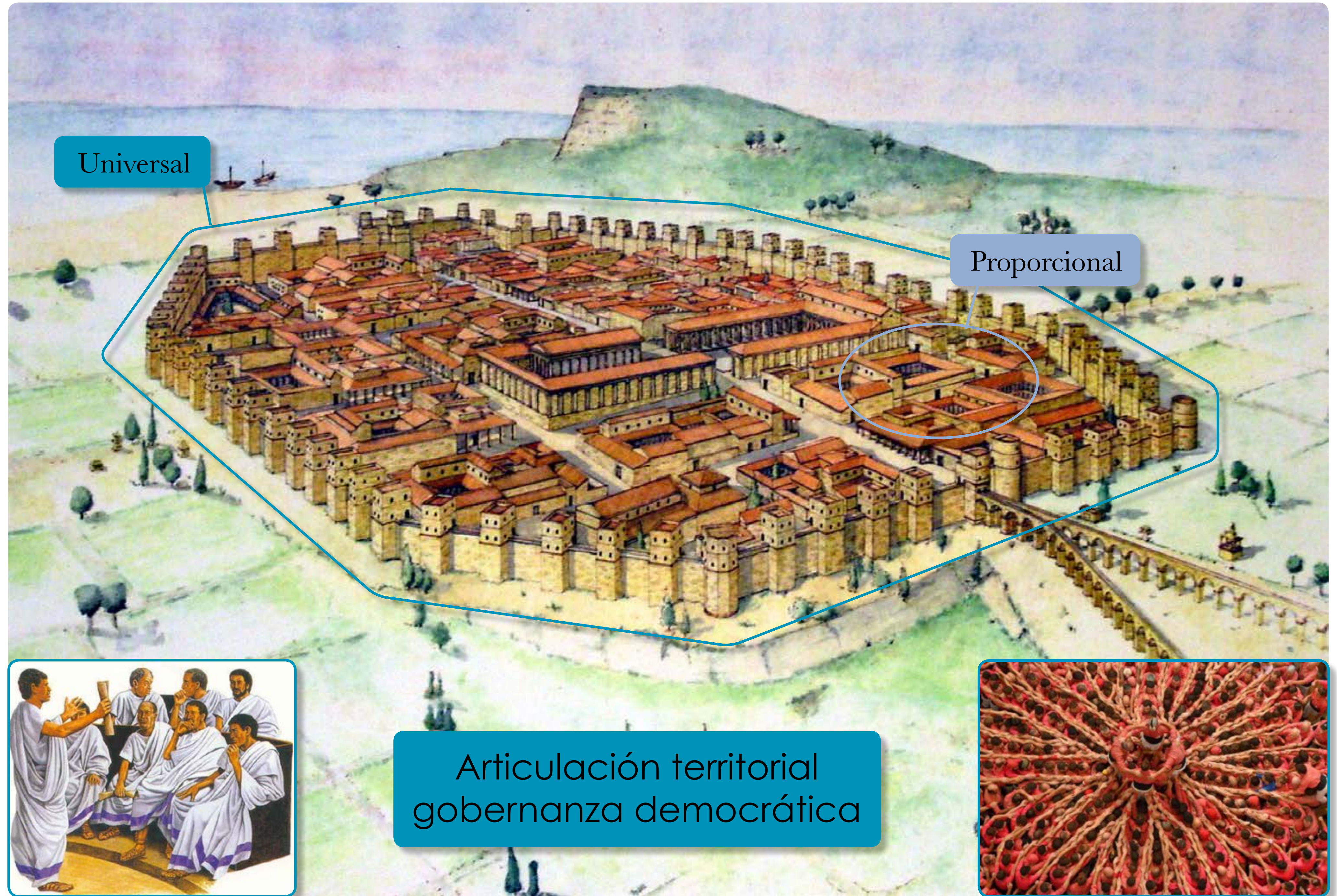


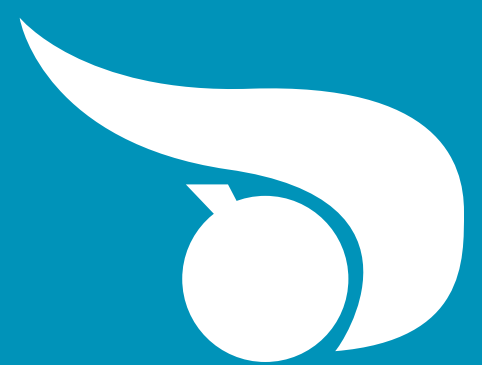
Prestació de serveis

Governança democràtica-participativa



Planes Municipales de Salud y Bienestar Estrategias de articulación territorial -local





Gobernanza democràtica

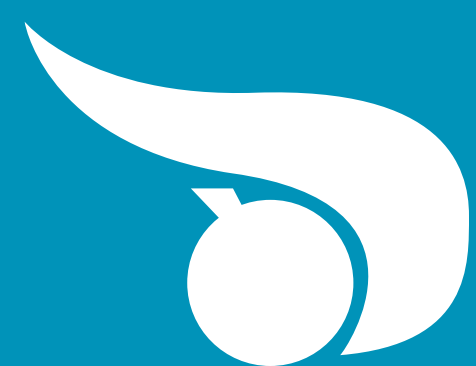
Principios y herramientas

- Respeto al territorio
- Participación y trabajo en red
- Liderazgo difuso
- Inteligencia compartida
- Gestión de la complejidad
- Construcción PROCESAL

Requerimientos

- Transparencia y Confianza
- Paciencia y Generosidad
- Complicidad y Corresponsabilidad
- Reconocimiento y Respeto mutuos
- Negociación y Mediación
- TIEMPO

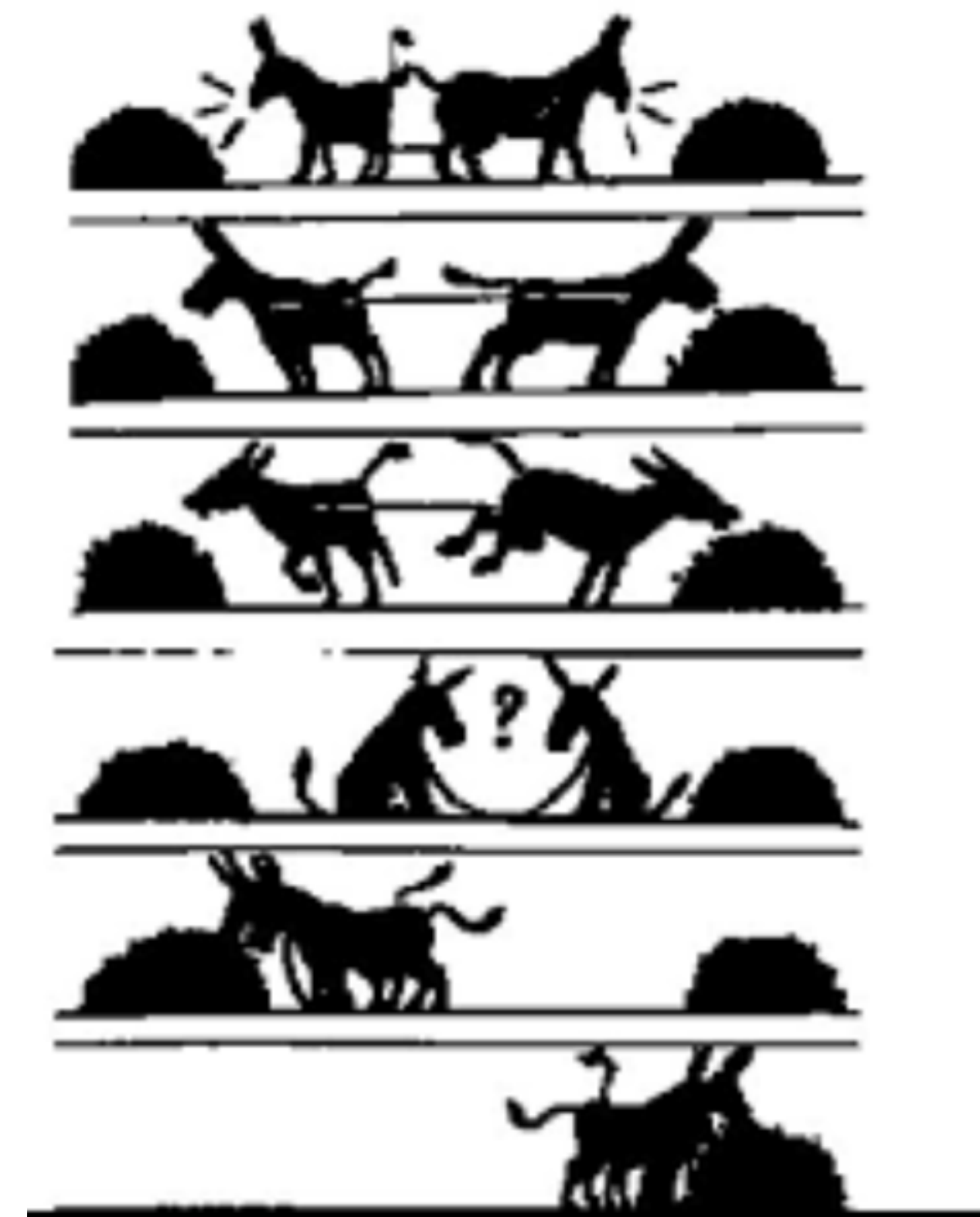




Gobernanza democràtica

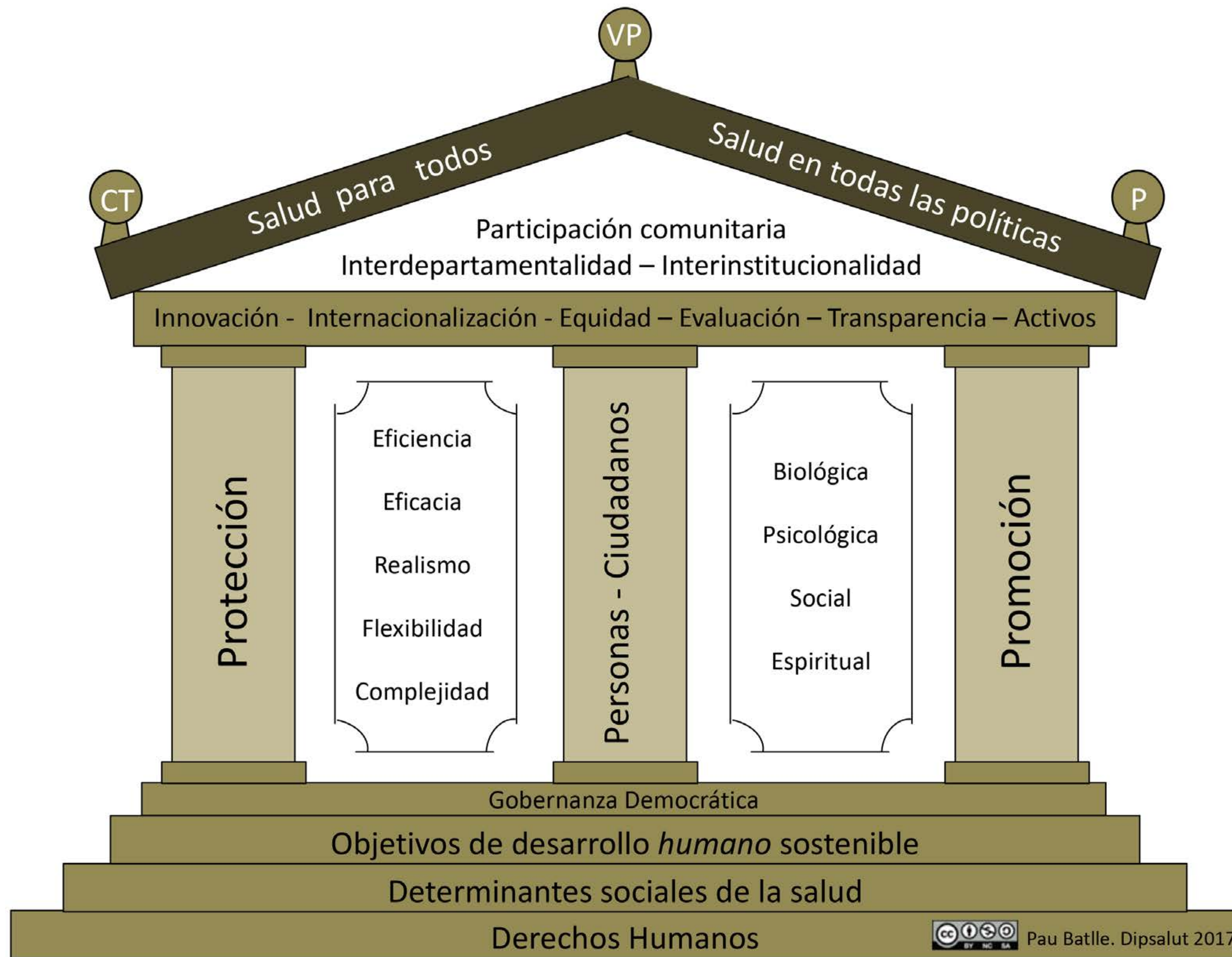
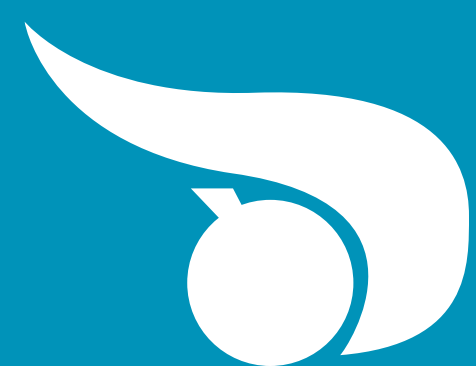
Nuevo liderazgo en un mundo global y complejo

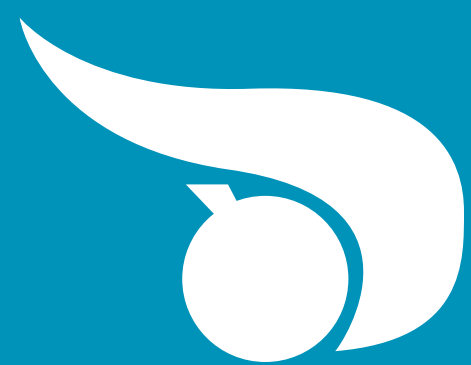
- Mandar - Consensuar
- Decidir - Codecidir
- Dirigir - Articular
- Obligar - Facilitar
- Coordinar - Cooperar
- Gobernar - Participar
- Ordenar - Contribuir



... de la competencia por los recursos al trabajo por proyectos !!

... de la coordinación a la cooperación !!

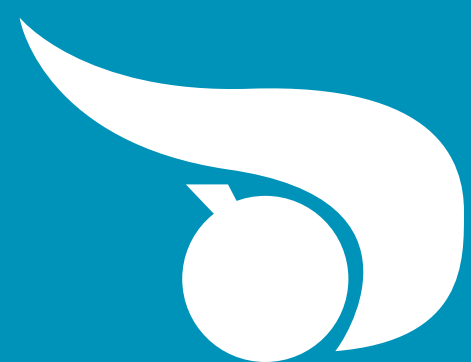




Clarifying the vision of health literacy within health promotion

Dr. Luís Saboga Nunes

National School of Public Health
Lisboa, Portugal



Anchoring social teleonomy

Health literacy is linked to literacy and it entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply information to take decisions in everyday life in terms of healthcare, disease prevention and health promotion to maintain and improve quality of life during the life course.

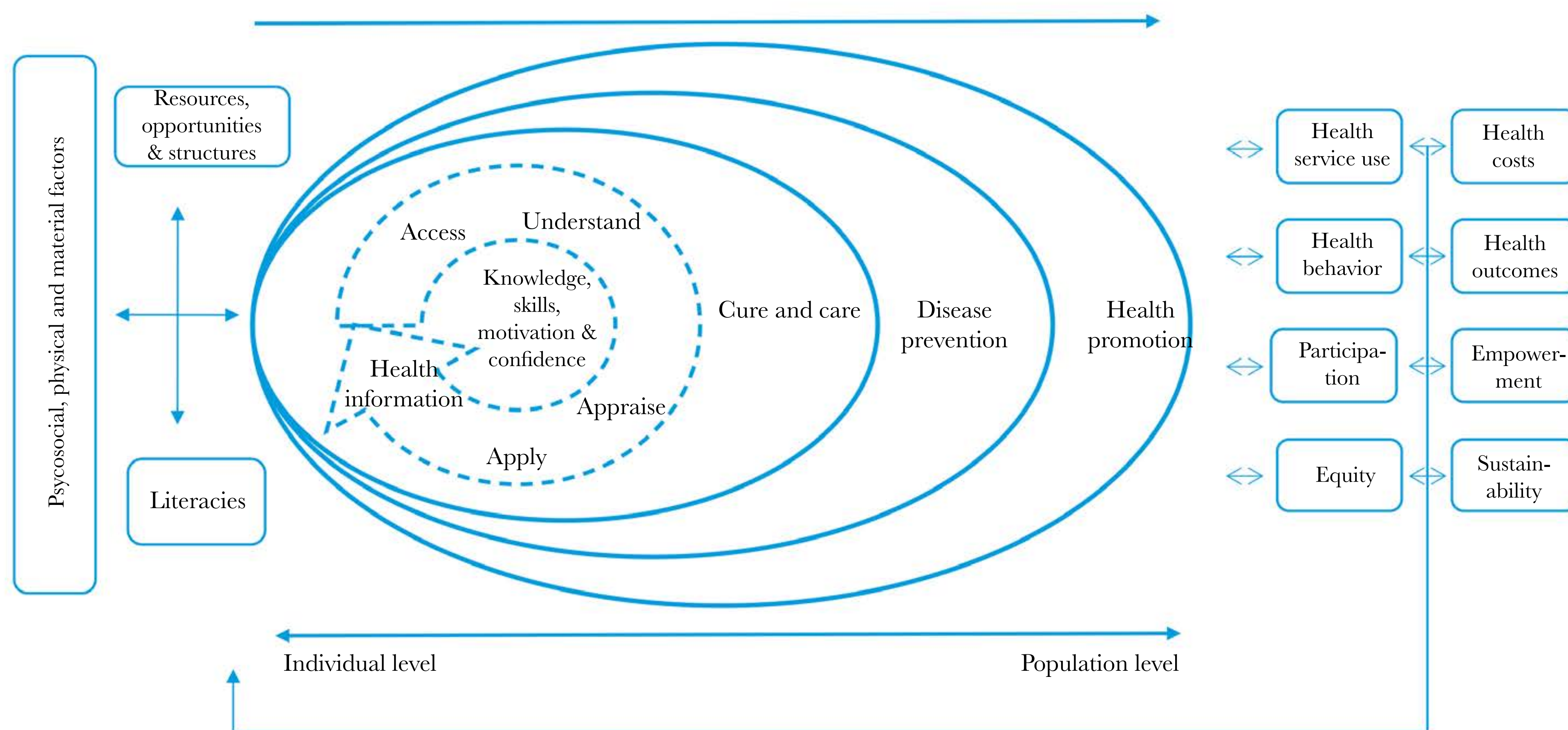
Sørensen et al. 2012

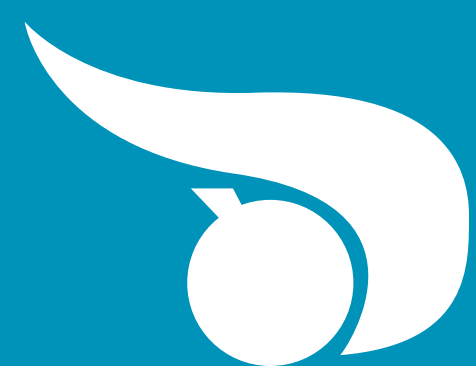


Anchoring social teleonomy



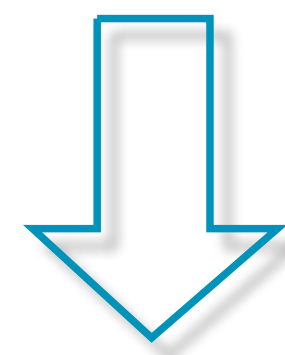
HLS-EU Conceptual model





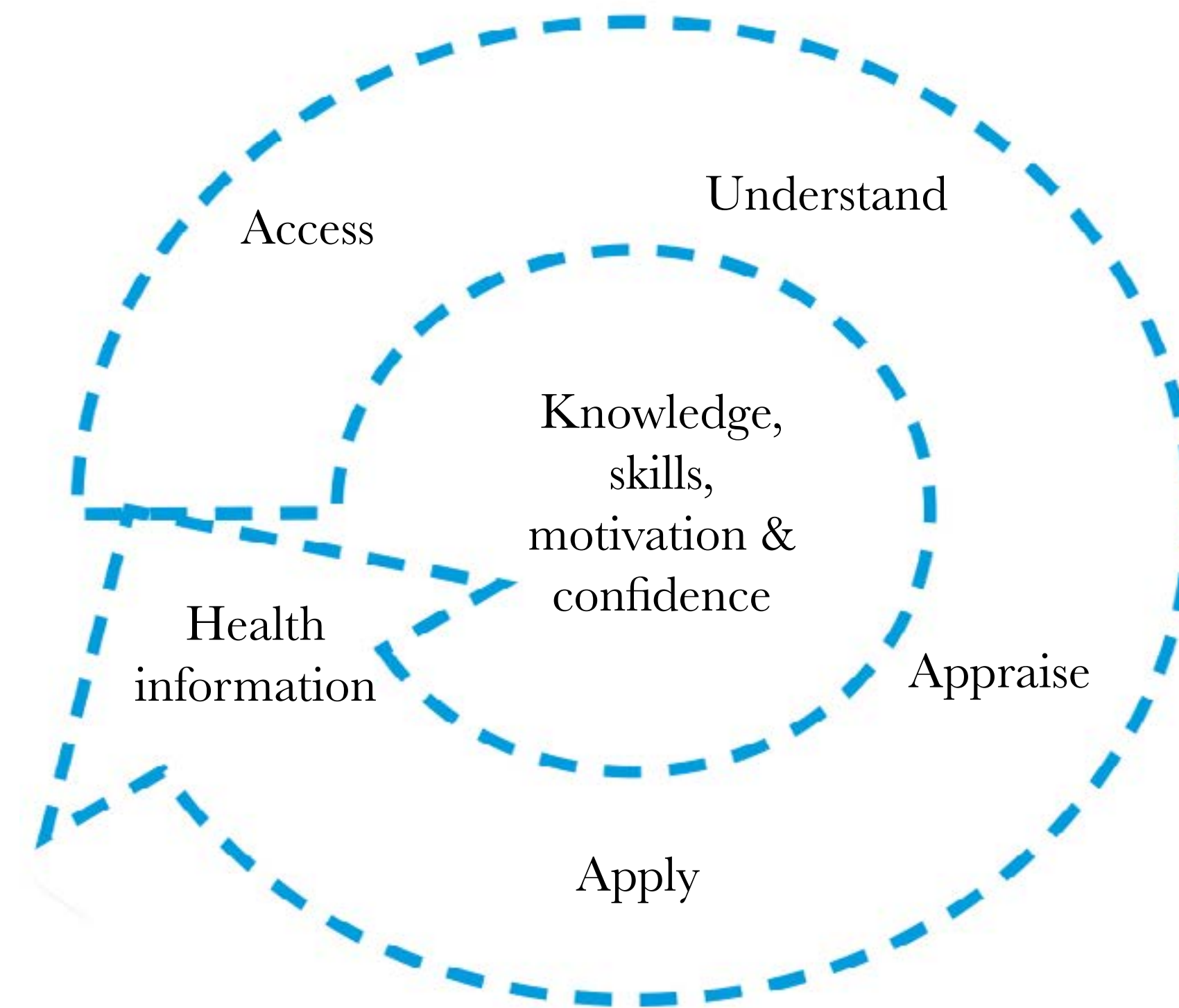
Redefining the concept beyond

Information



health literacy

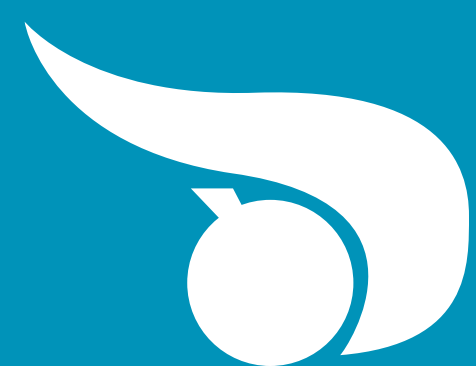
health promotion



Information

unidirectional
linearity of the
universe

$$S = \frac{1}{I}$$



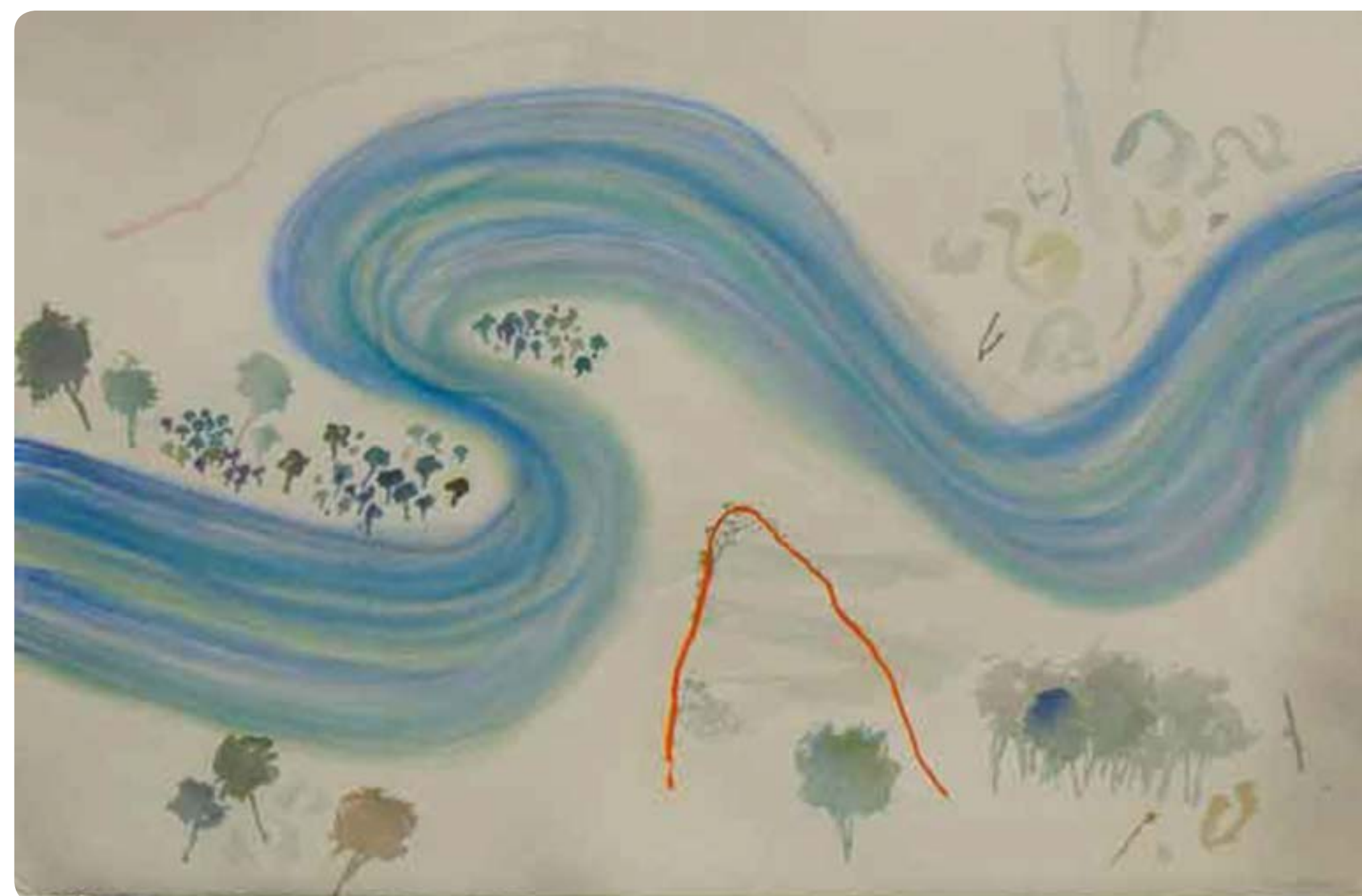
Do What Thou Wilt

Abbey of Thélème, built by the giant Gargantua

Science without **conscience** is the ruin of the soul

Integrity . principles . sense of right and wrong . ethics . morality . scruples
conscientia : science with conhecimento (knowledge)

How is knowledge (information) produced & translated to be integrated?

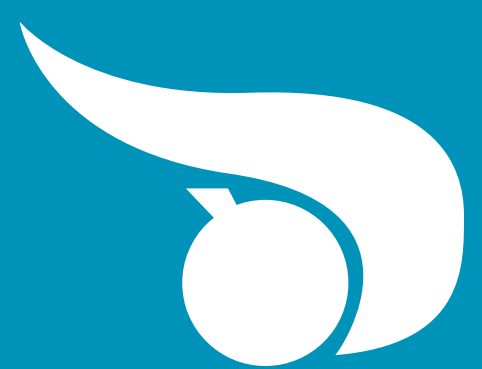


Guy Warrren River people 6 2011
watercolour 66 x 102cm

My proposal to you is that heterostasis, imbalance, suffering are inherent in human existence, just as death is. We are all, to continue with the metaphor, in the river from the moment of our conception until we pass over the brink of the waterfall to die.

The human organism is a system and, as all systems, subject to the force of entropy.

Aaron Antonovsky
Lecture at the Congress for Clinical
Psychology and Psychotherapy,
Berlin, 19 February 1990



Abbey of Thélème, built by the giant Gargantua



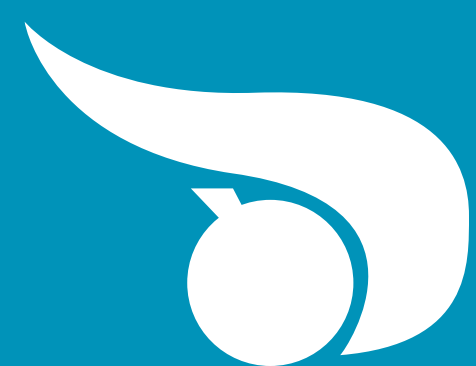
François Rabelais

Grace, honour, praise, delight, Here sojourn day and night. Sound bodies lined With a good mind, Do here pursue with might Grace, honour, praise, delight.

Abbey has a swimming pool, maid service, and no clocks in sight

All their life was spent not in laws, statutes, or rules, but according to their own free will and pleasure. They rose out of their beds when they thought good; they did eat, drink, labour, sleep, when they had a mind to it and were disposed for it.

None did awake them, none did offer to constrain them to eat, drink, nor to do any other thing; for so had Gargantua established it. In all their rule and strictest tie of their order there was but this one clause to be observed



Do What Thou Wilt

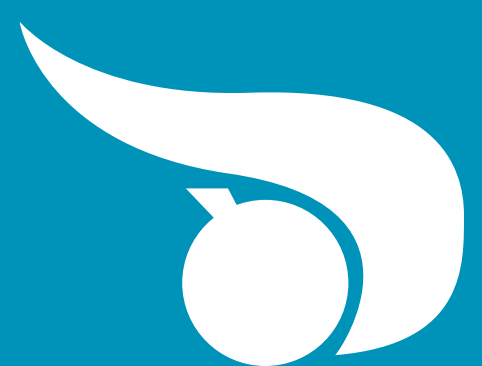
Abbey of Thélème, built by the giant Gargantua

because men that are free, well-born, well-bred, and conversant in honest companies, have naturally an instinct and spur that prompteth them unto virtuous actions, and withdraws them from vice, which is called honour.

Those same men, when by base subjection and constraint they are brought under and kept down, turn aside from that noble disposition by which they formerly were inclined to virtue, to shake off and break that bond of servitude wherein they are so tyrannously enslaved; for it is agreeable with the nature of man to long after things forbidden and to desire what is denied us.



Rabelais, François. Gargantua and Pantagruel. Everyman's Library

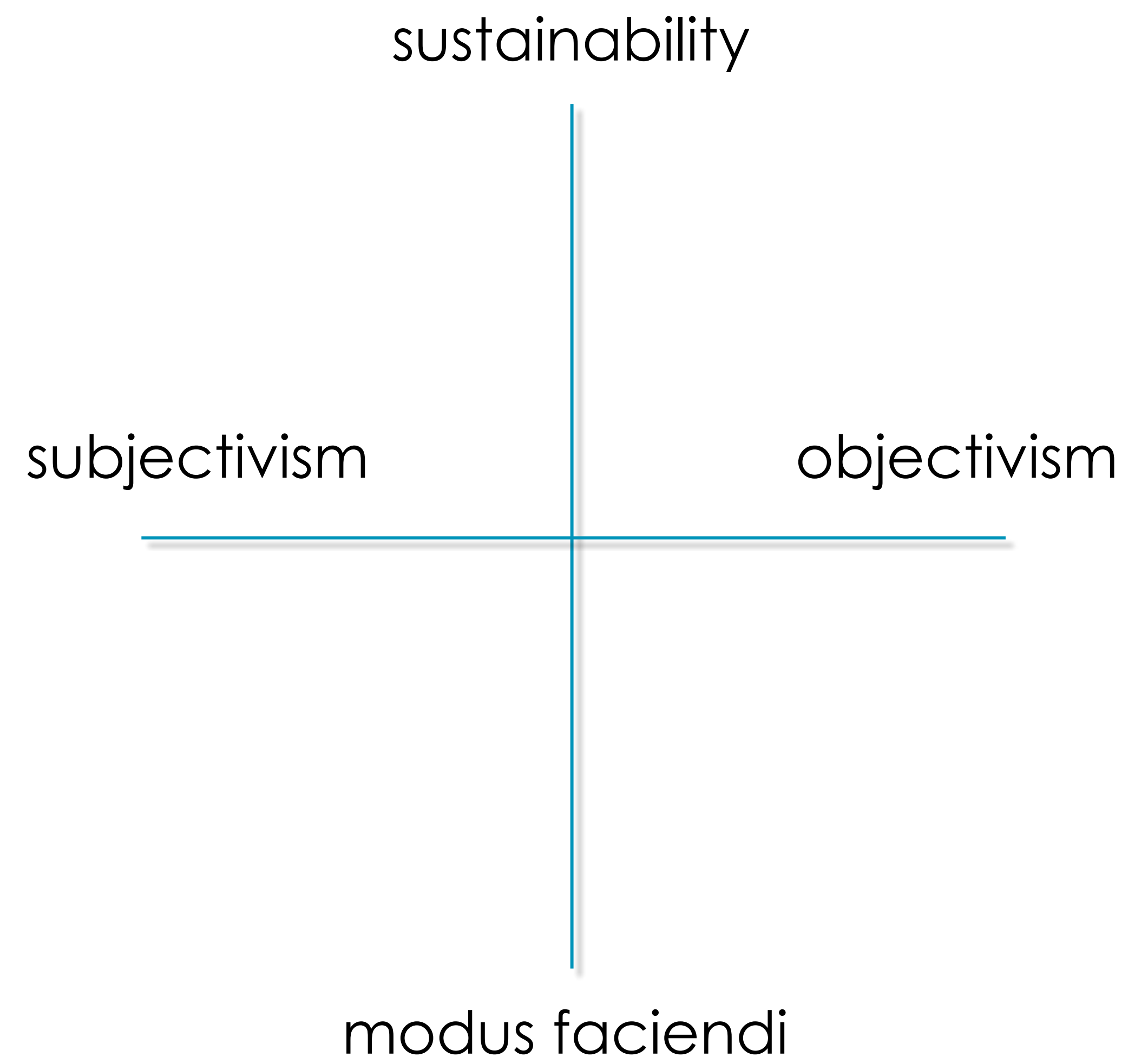


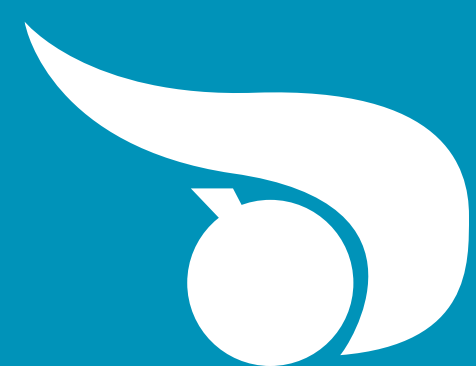
Shanghai 2016

Promoting health, promoting sustainable development: It's our health, our future and our choice

Anchoring social teleonomy

- a) Environmental sustainability (Howard, 2000)
- b) Social sustainability: live together, negotiate & mediate
- c) Cultural sustainability: tolerance & pluralism.





Redefining the concept beyond Information

The screenshot shows the Guardian website interface. At the top, there are navigation links for 'sign in', 'become a supporter', 'subscribe', and 'search'. The main header features the 'theguardian' logo and a 'International edition' dropdown. Below this is a horizontal menu with categories like 'UK', 'world', 'sport', 'football', 'opinion', 'culture', 'business', 'lifestyle', 'fashion', 'environment', 'tech', and 'travel'. A secondary menu lists geographical regions: 'home', 'world', 'US', 'americas', 'asia', 'australia', 'africa', 'middle east', 'cities', 'development', and 'europe'. The main article is titled 'Donald Trump 'taking steps to abolish Environmental Protection Agency'' under the 'Trump administration' sub-header. The article text mentions Myron Ebell, a key presidential aide, and discusses climate education material and car fuel efficiency standards. A large image of Myron Ebell is featured with his name overlaid. To the right of the article is a dashboard with four indicators: Defense (+9%), EPA (-31%), Homeland Security (+7%), and State (-29%). Each indicator is accompanied by a relevant icon (jet, flame, star, and globe).

sign in | become a supporter | subscribe | search | jobs | dating | more | International edition

theguardian

UK | world | sport | football | opinion | culture | business | lifestyle | fashion | environment | tech | travel | browse all sections

home > world > US | americas | asia | australia | africa | middle east | cities | development | europe

Trump administration

Donald Trump 'taking steps to abolish Environmental Protection Agency'

Myron Ebell, a key presidential aide, said climate education material could be 'withdrawn' and review of car fuel efficiency standards could be reopened

Myron Ebell

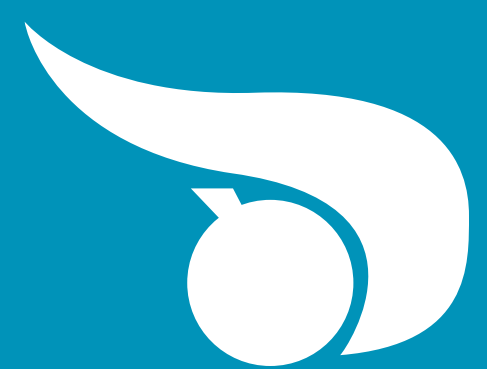
This article is 2 months old

Arthur Neslen in Brussels

Thursday 2 February 2017 01:13 GMT

Myron Ebell, who led Trump's EPA transition team, has described the environmental movement as 'the greatest threat to freedom in the modern world'. Photograph: Yves Herman/Reuters

Defense	▲ 9%	EPA	▼ 31%
Homeland Security	▲ 7%	State	▼ 29%



Anchoring social teleonomy

nature of society
sustainability

«A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity»

WHO Constitution

Goal: Health Promotion



Photo exhibit part 1: 1940-1959



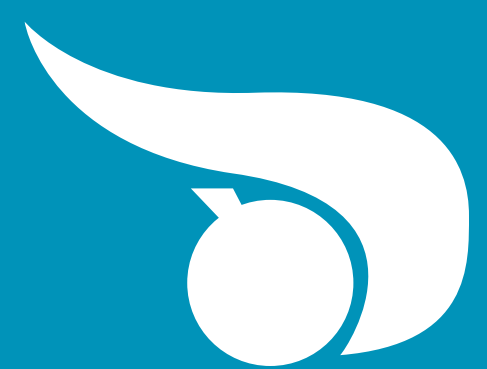
1948

The World Health Organization Constitution comes into force on 7 April.



- people's involvement
- cooperation between sectors of society
- primary health care as its foundation.

**Alma Ata (1978)
emphasizing**



Anchoring social teleonomy

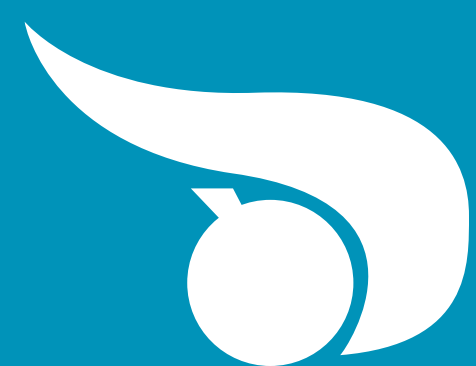
nature of society

sustainability

Goal: Health
Promotion



«The process of enabling people to increase control over, and to improve, their health»



The Charter set the challenge for a move towards the new public health by reaffirming social justice and equity as prerequisites for health, and advocacy and mediation as the processes for their achievement.

- Healthy policies
- Supportive environments
- Reinforcement of community action
- Personal skills
- Reorienting health services

Strategies of health promotion- Ottawa



Equity

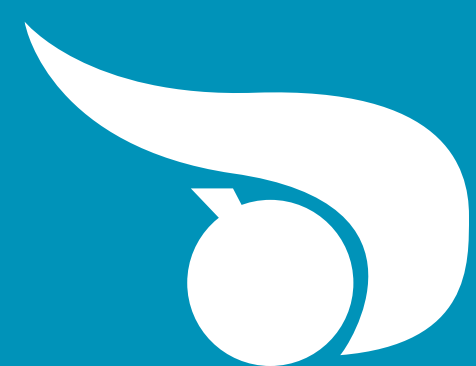
Public participation

Empowerment

Intersectoriality

Sustainability

Verona Benchmark I



Health Promotion (HP) as the epicenter for sustainability

What is the problem about **equity**, a foundation principal of HP?



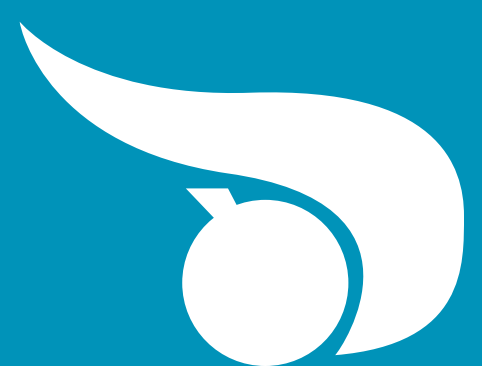
It contradicts the founding principles of our (democratic) societies:

- Egalité, Fraternité, Liberté
- The best fit are entitled to survive
- and it is natural (acceptable) that the others will not

Equity?

“ Of all inequalities, injustice in health is the most shocking and inhumane ”

Martin Luther King



Health inequalities can be defined as the:

«systematic differences in the health of people occupying unequal positions in society»¹

1 Graham, H. (2009). The challenge of health inequalities, In: Graham H. Understanding health inequalities. Maidenhead: Open University Press.

SCIENCE *The New York Times*

English Village Becomes Climate Leader by Quietly Cleaning Up Its Own Patch

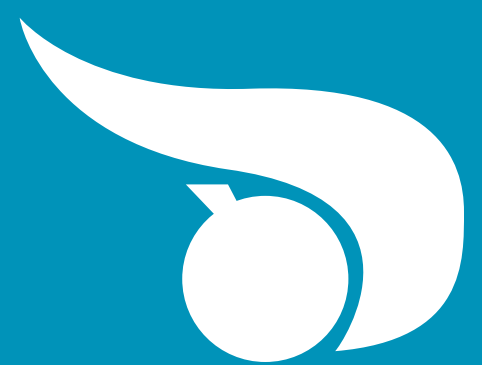
By TATIANA SCHLOSSBERG AUG. 21, 2016



Sociocracy and A Deeper Democracy

“Sociocratic democracy”
[Sharon Villines](#)

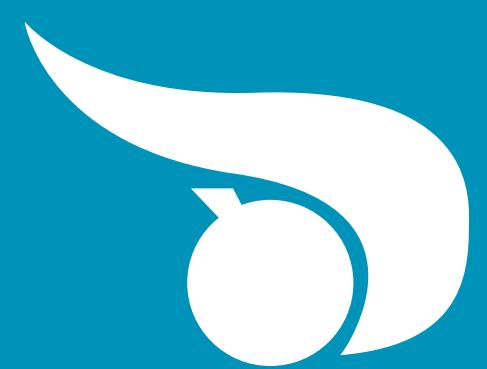
<https://www.nytimes.com/2016/08/22/science/english-village-becomes-climate-leader-by-quietly-cleaning-up-its-own-patch.html?ribbon-ad-idx=6&rref=science&module=Ribbon&version=context®ion=Header&action=click&contentCollection=Science&pgtype=article>



Adelaide, Australia 1988



- Healthy Public Policy
- The value of health
- Equity, access and development
- By the year 2000 the actual differences in health status between countries and between groups within countries should be reduced by at least 25% by improving the level of health of disadvantaged nations and groups
- Accountability for Health



Sundsvall, Sweden 1991

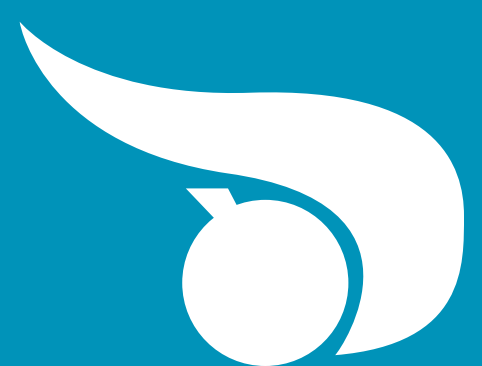
4 aspects of supportive environments

4. The need to recognize and use women's skills and knowledge in all sectors

Third International Conference on Health Promotion



Photo by: Jan Olby, Sundsvalls Tidning



Anchoring social teleonomy

nature of society

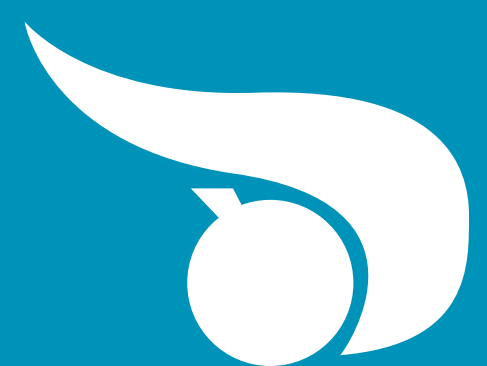
sustainability

Goal: Health Promotion

JAKARTA Declaration (1997)

Social responsibility for health

Evitar prejudicar a saúde de outras pessoas



Anchoring social teleonomy

nature of society

sustainability

Goal: Health
Promotion

México, 2000

- **C. To support the preparation of country-wide plans of action for promoting health, if necessary drawing on the expertise in this area of WHO and its partners.**

Fifth International Conference on Health Promotion





Anchoring social teleonomy

nature of society

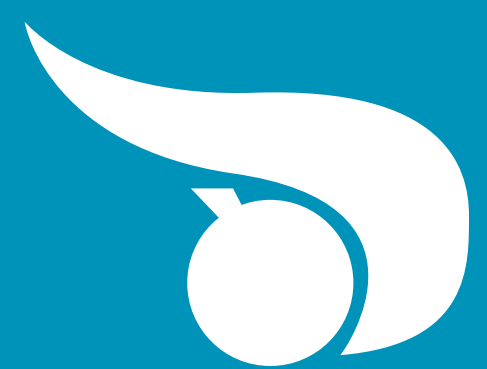
sustainability

Goal: Health
Promotion

Bangkok, 2005



- The Bangkok Charter identifies actions, commitments and pledges required to
- address the determinants of health in a globalized world through
- health promotion



Anchoring social teleonomy

nature of society

sustainability

Goal: Health
Promotion

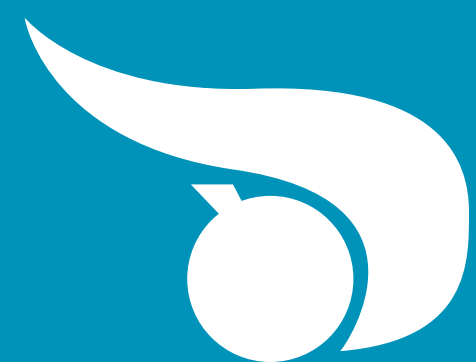
Nairobi, 26-30 October 2009


**Health Literacy
and Health Promotion**

Definitions, Concepts and Examples
in the Eastern Mediterranean Region

Individual Empowerment
Conference Working Document





Anchoring social teleonomy

9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016
 Promoting health, promoting sustainable development: It's our health, our future and our choice

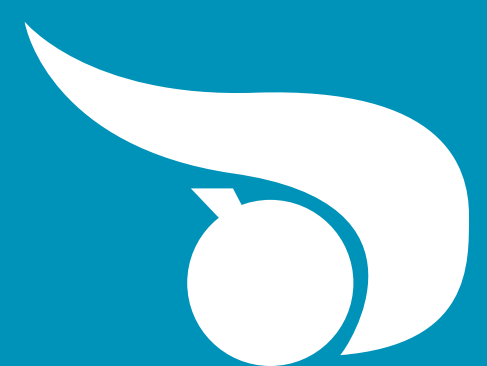


Shanghai Declaration



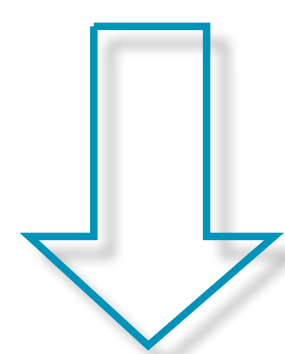
The conference outcome will be a Declaration on Health Promotion which will be endorsed by the participants of the conference.
 – Zero draft Shanghai Declaration

21–24 November



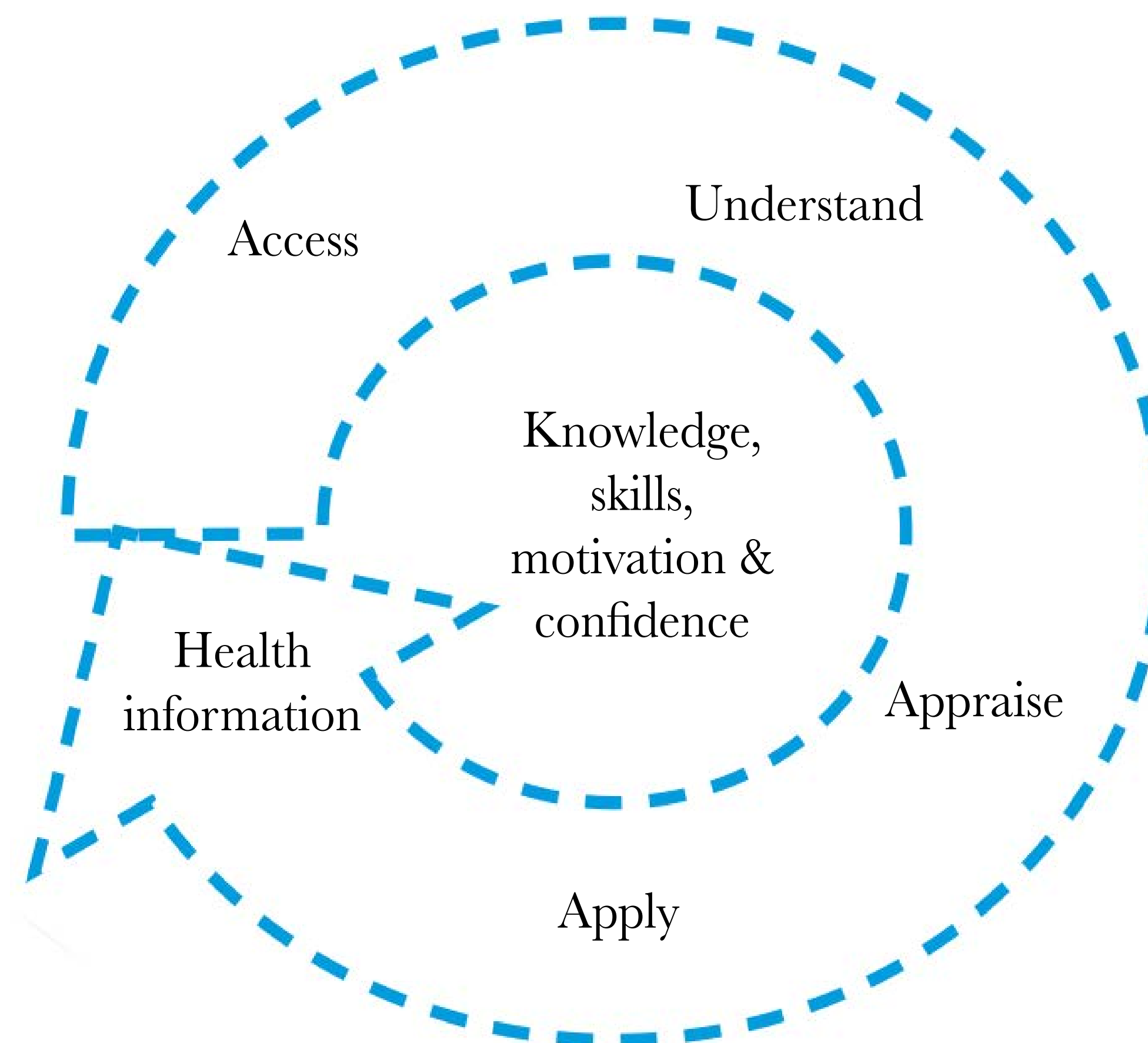
Redefining the concept beyond

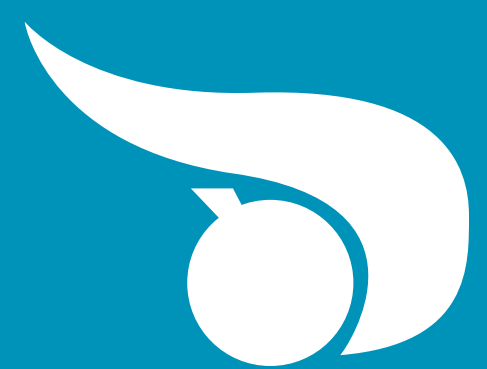
Information



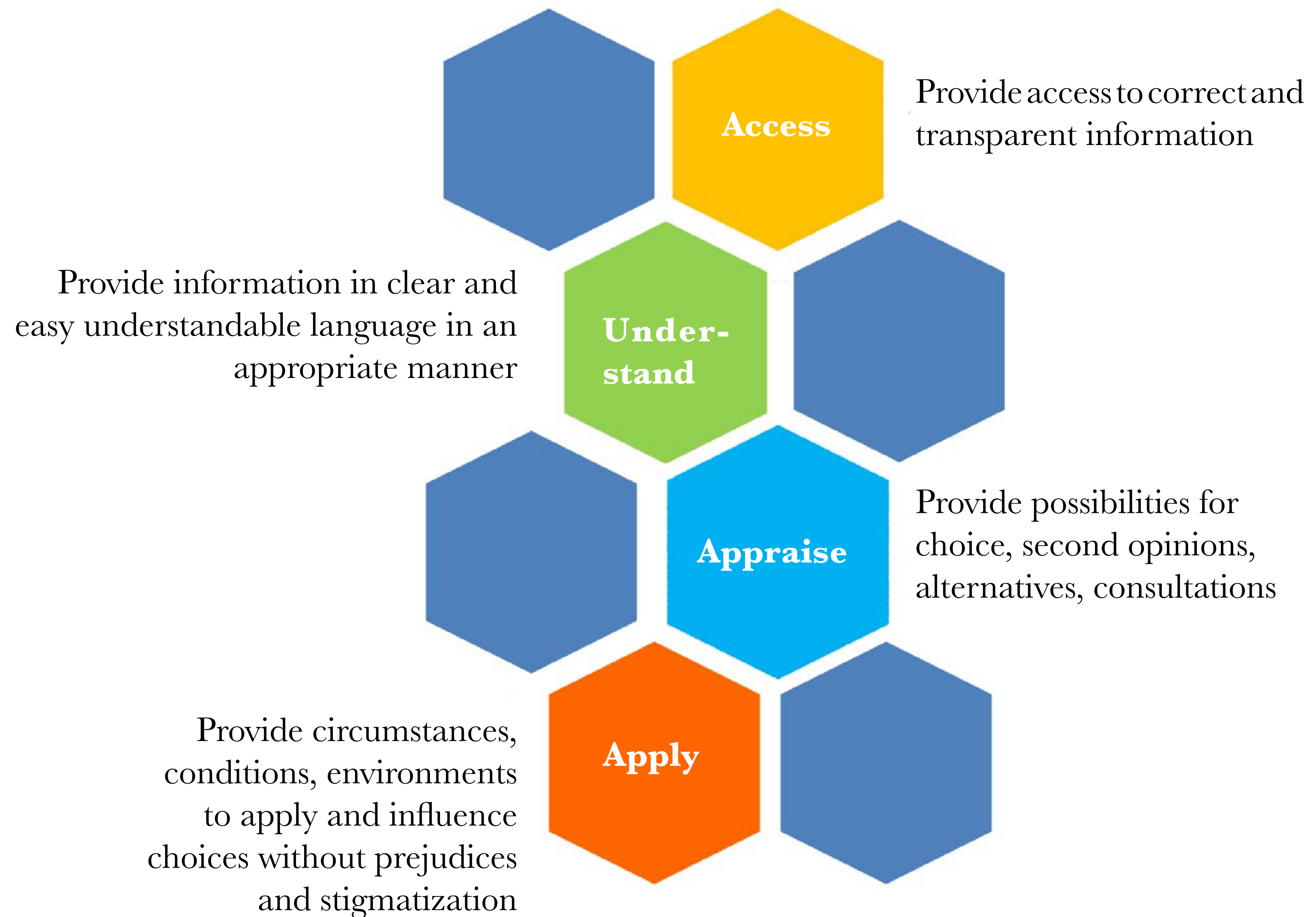
health literacy

health promotion





Creating a health literate society



7. Health literate
engaged, decision-
making citizens in
health literate systems

6. Health literate
citizens engaged in
decision-making

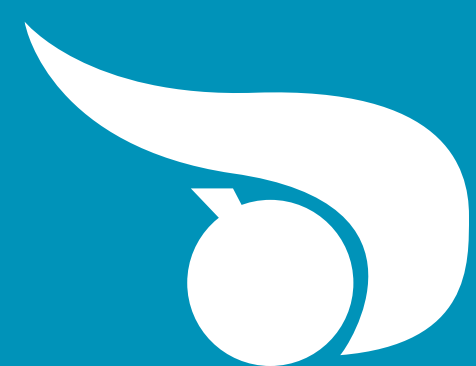
3. Active citizens
(5 levels)

5. Engaged,
decision-making
citizens in health
literate systems

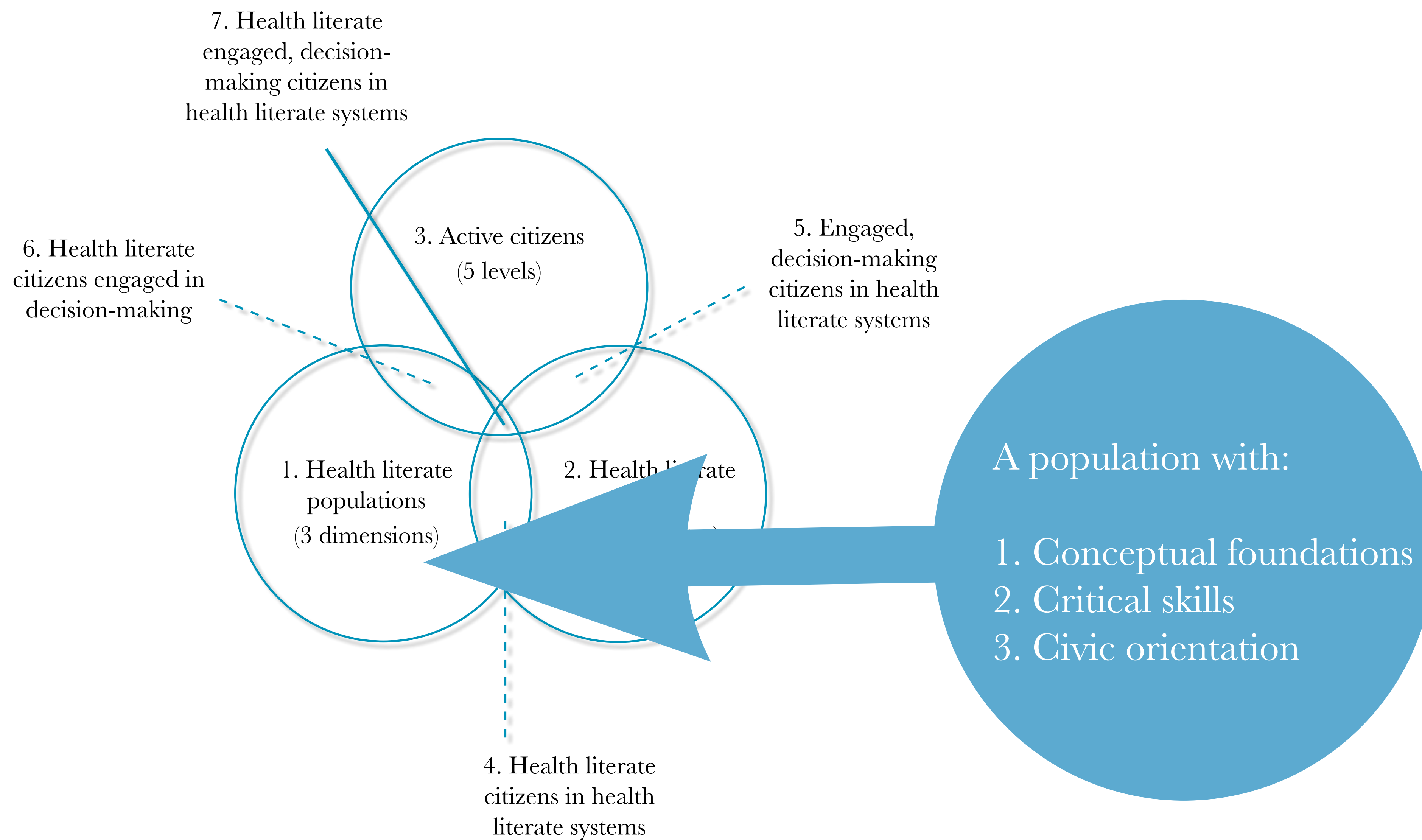
1. Health literate
populations
(3 dimensions)

2. Health literate
systems
(10 attributes)

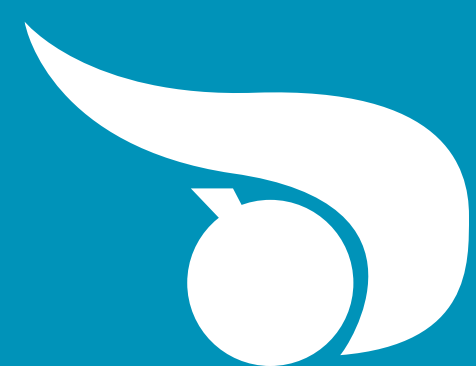
4. Health literate
citizens in health
literate systems



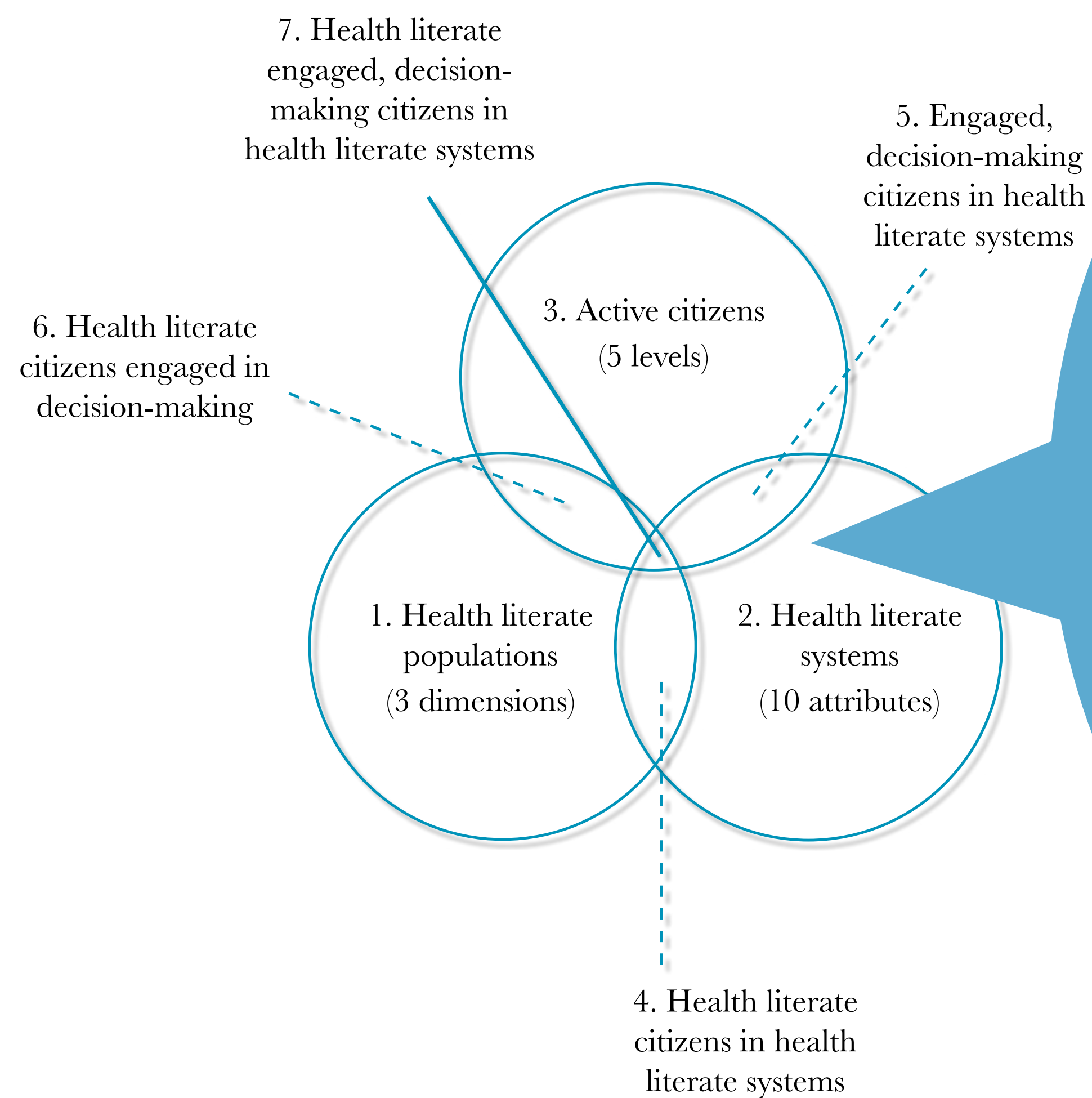
Health literate populations



Freedman et al. 2009



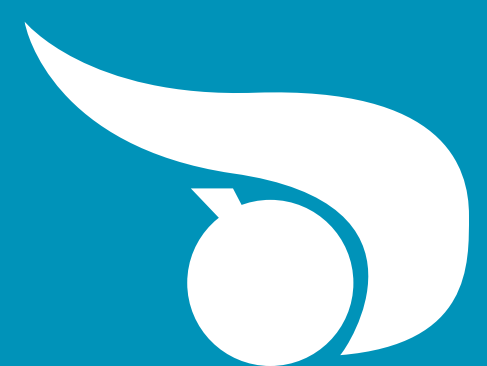
Health literate systems



A system that includes:

1. Leadership, which integrates health literacy into the organizational mission, structure, and operations,
2. Integrating health literacy into planning, evaluation measures, patient safety, and quality improvement,
3. Preparing the workforce to be health literate and monitors progress,
4. Populations served in design, implementation, and evaluation of health information and services,
5. Meeting the needs of populations with a range of health literacy skills while avoiding stigmatization,
6. Using health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact,
7. Providing easy access to health information and services and navigation assistance,
8. Designing and distributing print, audiovisual, and social media content that is easy to understand and act on,
9. Addressing health literacy in high-risk situations, including care transitions and communications about medicines, and
10. Communicating clearly what health plans cover and what individuals will have to pay for services.

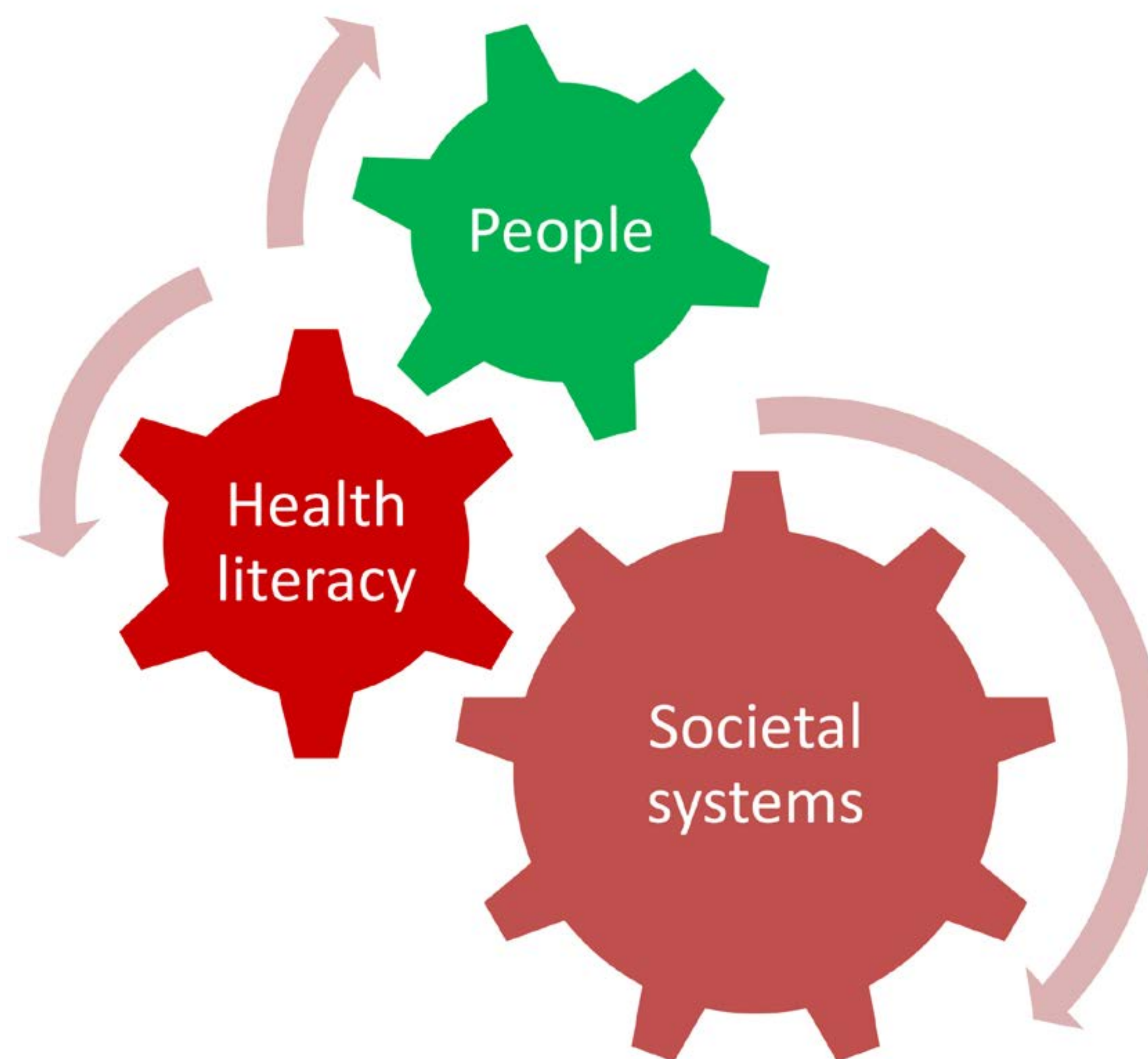
Brach et al. 2012

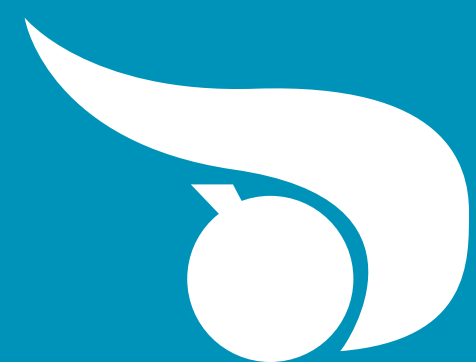


Making the match between people's needs and the capabilities of the societal systems...

If One Is Truly to Succeed in Leading a Person to a Specific Place, One Must First and Foremost Take Care to Find Him Where He is and Begin There...

Kierkegaard





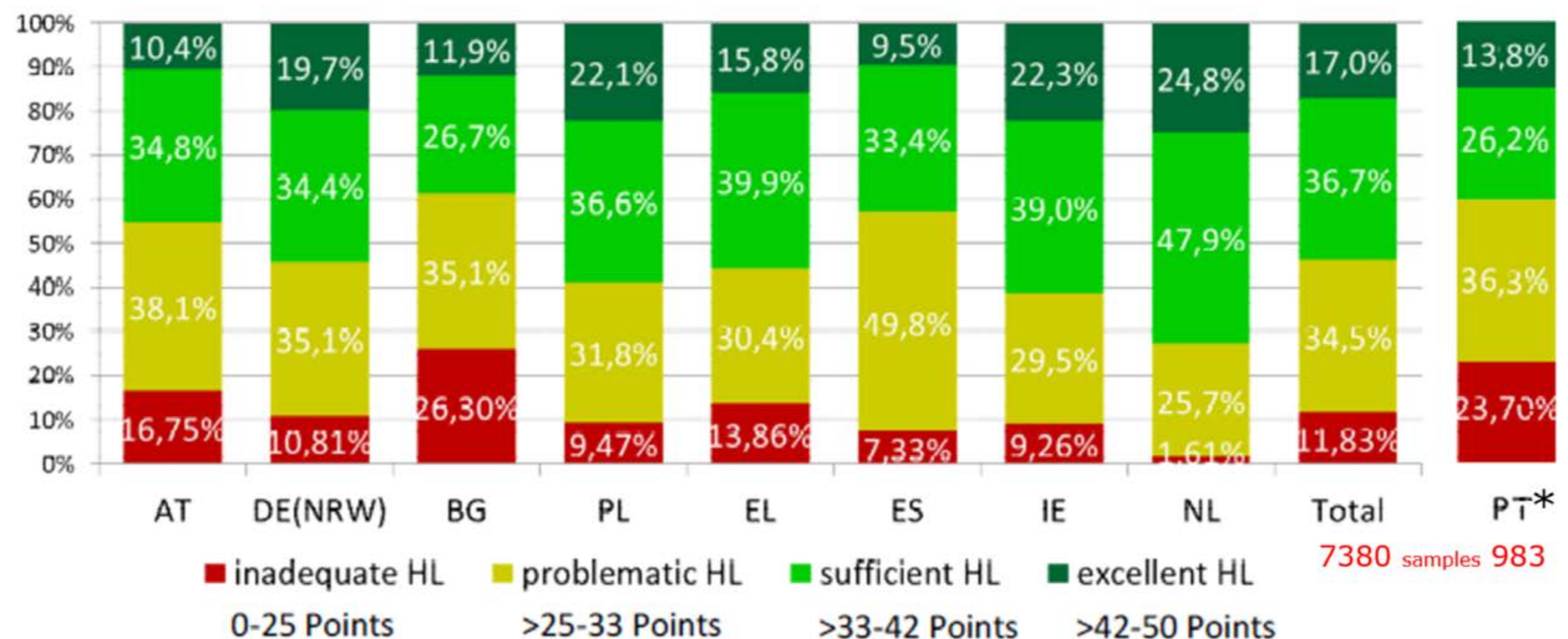
Anchoring social teleonomy



The European Health Literacy Project 2009-2012
Brussels, 22.11.2011 Pelikan/Röthlin/Ganahl (LBIHPR)

General Health Literacy Index, for 8 countries and total sample + PT*

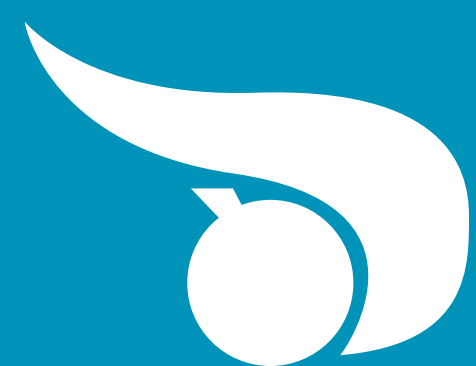
The general HL Index is based on means of all 47 items of the HLS-EU Instrument. It is standardized between 0 and 50 where 0 is the minimal possible health literacy and 50 is the maximal possible health literacy



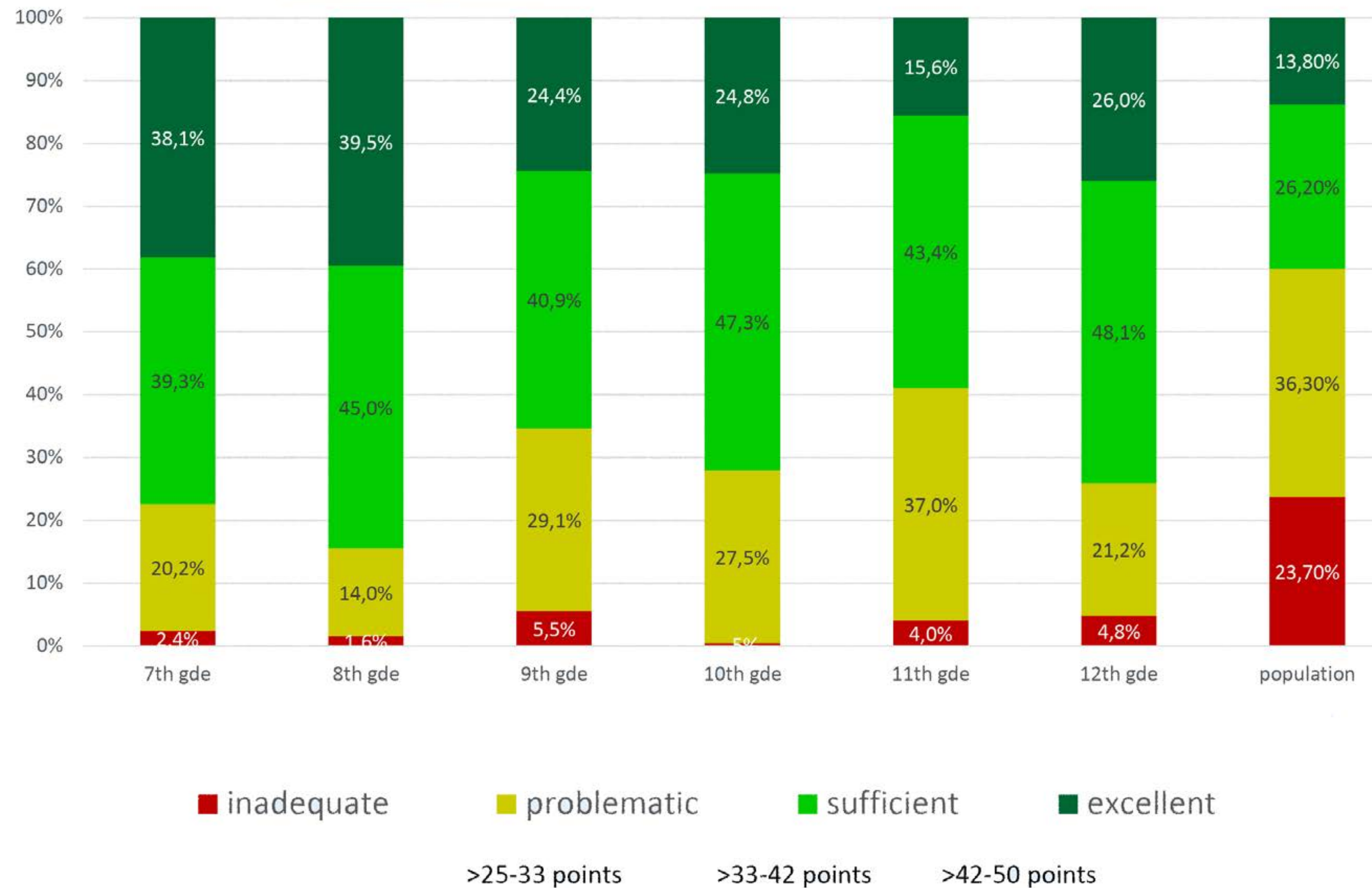
* Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., Pelikan, J., Cunha, M., Rodrigues, E., Paixão, E. (2014) Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). *Aten Primaria*, 2014, 46: 13

Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., Pelikan, J., *The role of health literacy to prevent/control the global burden of non-communicable diseases: results of the validation in the Portuguese context of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT)*. 4º Congresso Nacional de Saúde Pública. Fórum de Lisboa, Lisboa, DGS, 2014

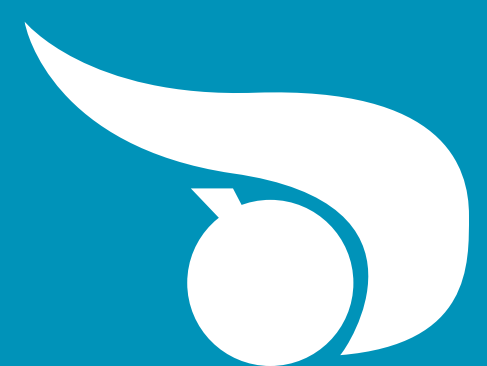




HL & grade distribution

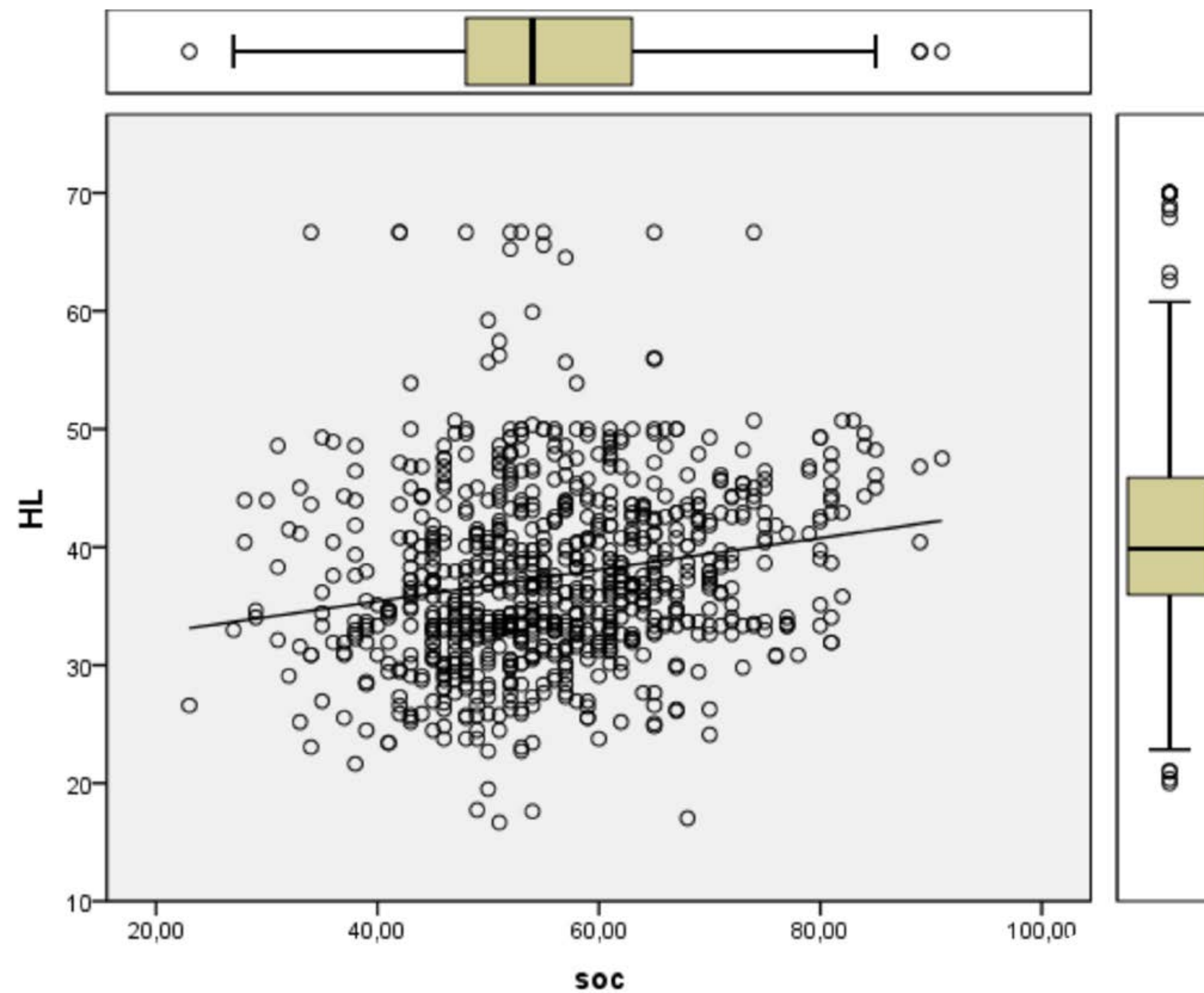


source CrAdLiSa project n= 832
www.literacia-saude.info

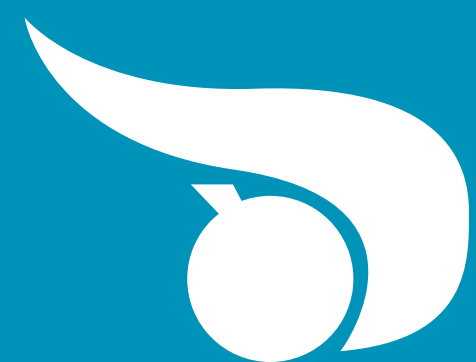


Anchoring social teleonomy

Sense of coherence & health literacy: CrAdLiSa project n= 832



source CrAdLiSa project n= 832
www.literacia-saude.info

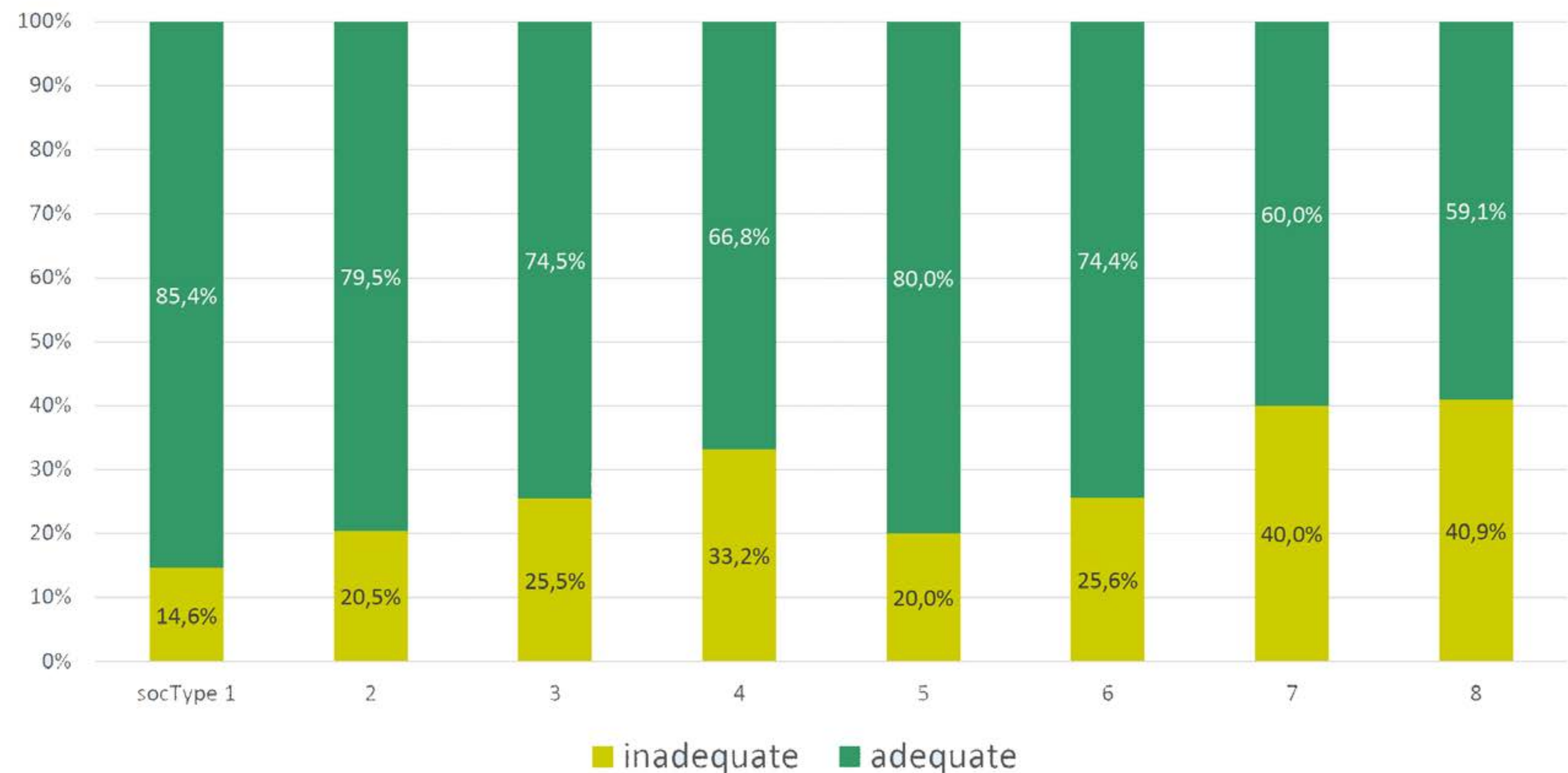


Sense of coherence & health literac

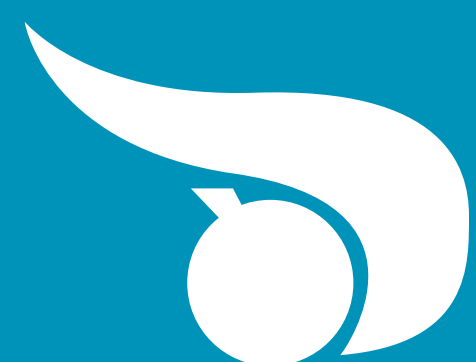
Eight predictable types and correspondences with the dimensions of SOC

Source: Antonovsky, 1987

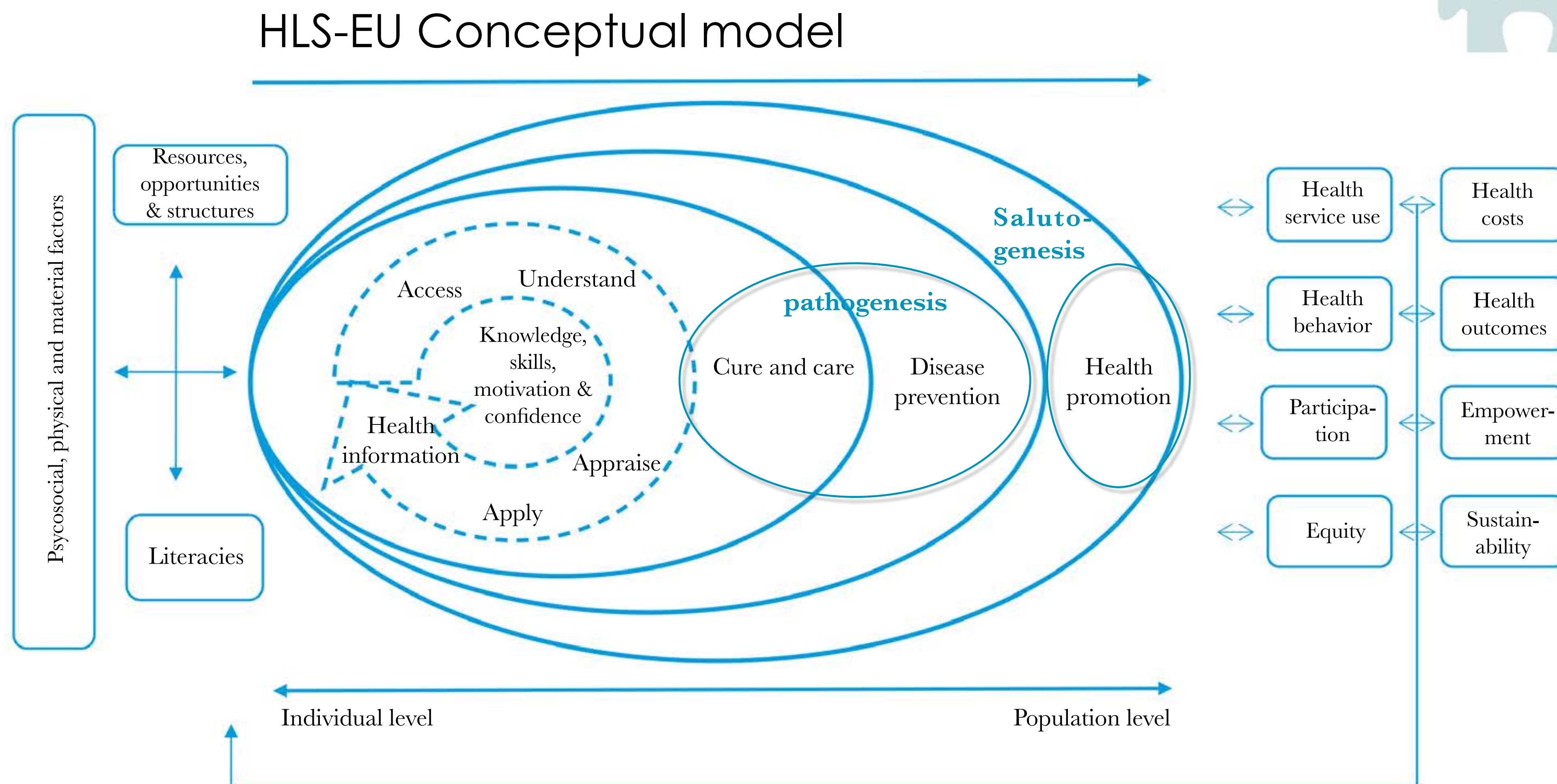
Type	Comprehensibility	Manageability	Meaningfulness	Prediction
1	High	High	High	Stable
2	Low	High	High	Rare
3	High	Low	High	Pressure to move up
4	Low	Low	High	Pressure to move up
5	High	High	Low	Pressure to move down
6	High	Low	Low	Pressure to move down
7	Low	High	Low	Rare
8	Low	Low	Low	Stable



source CrAdLiSa project n= 832
www.literacia-saude.info



Anchoring social teleonomy

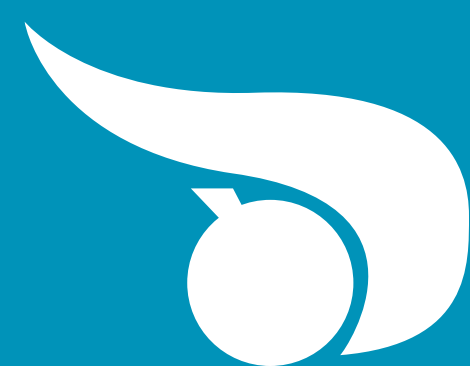


α C global =0.97 α =0.93 α =0.932 α =0.934
adults n=983

α C global=0.97 α =0.931 α =0.933 α =0.94
CrAdLiSa
(adolescentes) n=832

Sorensen et al. 2010

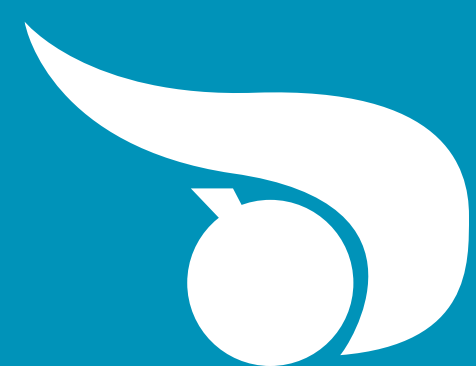
source CrAdLiSa project n= 832
www.literacia-saude.info



Alfabetización para la salud y la educación para la salud

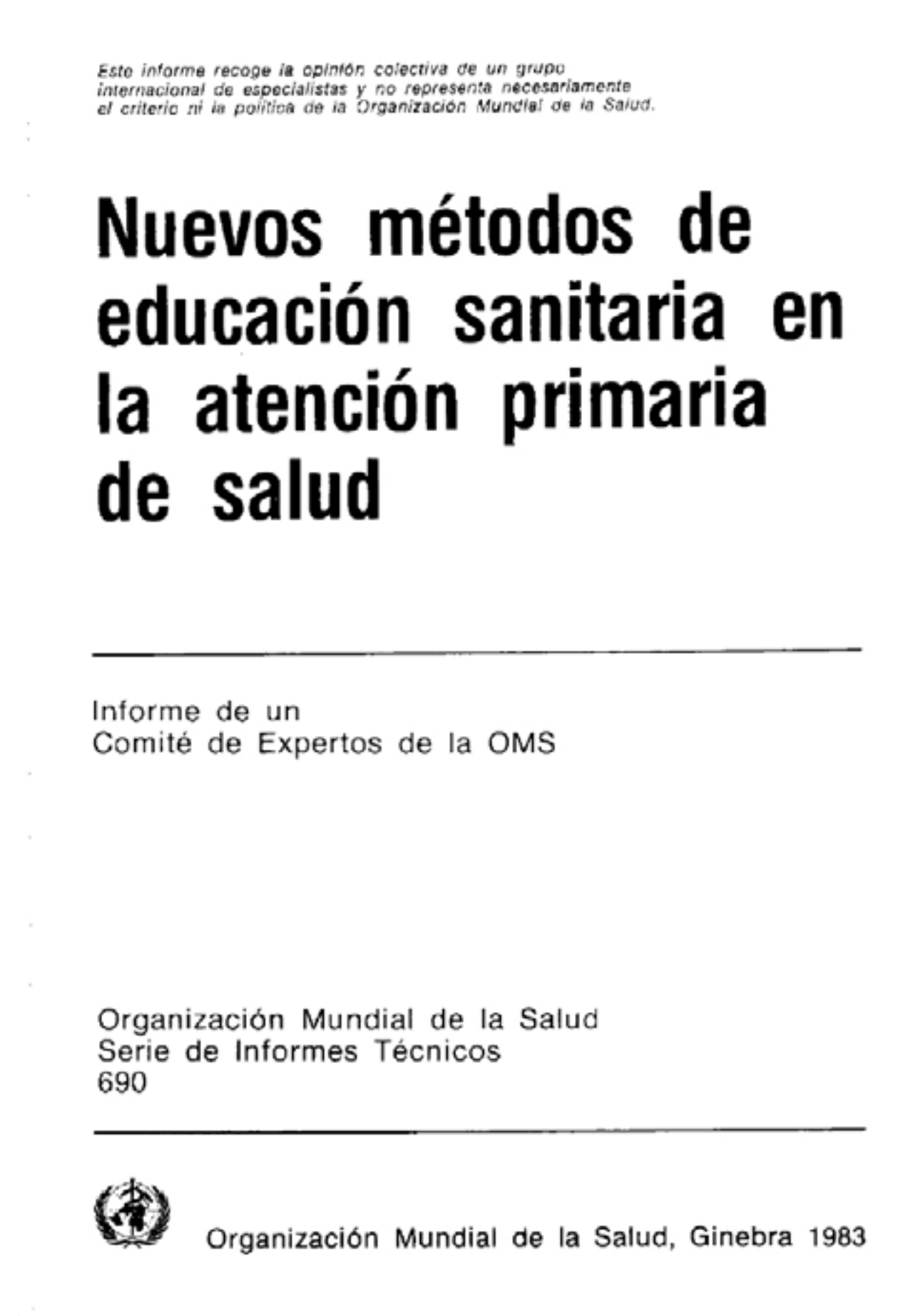
Dr. Javier Gállego Diéguez

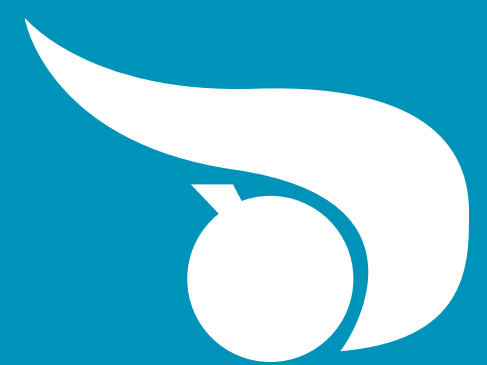
Jefe de la Sección de Educación para la Salud
Dirección General de Salud Pública
Gobierno de Aragón



Guión

- Conceptos de educación para la salud y alfabetización para la salud (Health literacy)
- Orientaciones y enfoque
- Ámbitos: medios, escuela, servicios sanitarios
- Retos

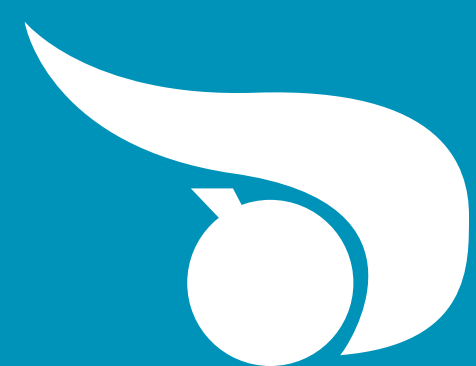




Alfabetización para la salud

Dr. Javier Gállego Diéguez

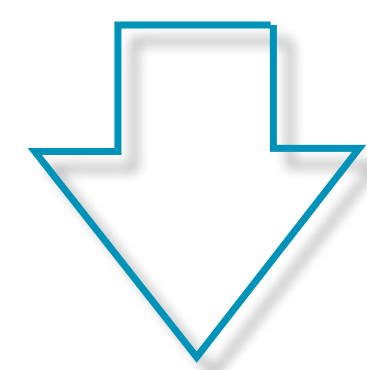




Termino	Definición	Año	Nº referencias	Referencias 2016
Health Education	Education that increases the awareness and favorably influences the attitudes and knowledge relating to the improvement of health on a personal or community basis.	1.966	493.480	31.733
Health Promotion	Encouraging consumer behaviors most likely to optimize health potentials (physical and psychosocial) through health information, preventive programs, and access to medical care.	1.979	113.370	7.956
Health Literacy	Degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.	2.009	11.755	1.352

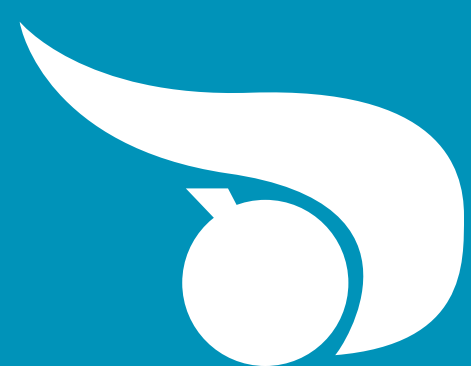
Educación para la salud

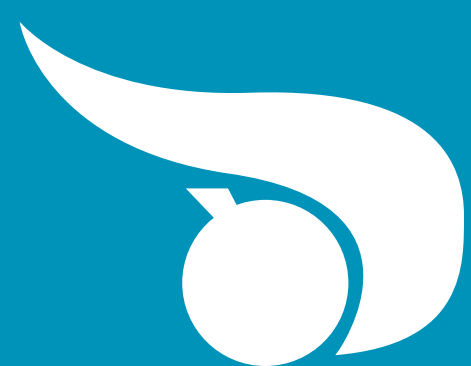
Proceso de enseñanza-aprendizaje



Alfabetización para la salud (health literacy)

Competencias en salud





Educación para la salud OMS

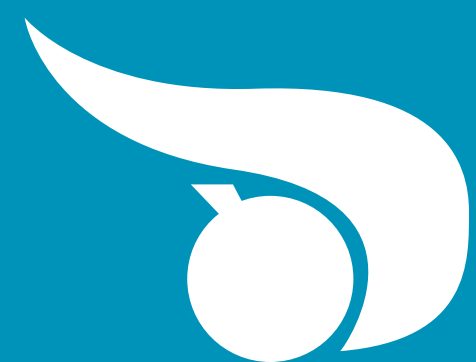
Las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, que incluyen la mejora del conocimiento y el desarrollo de *habilidades personales* que favorecen la salud individual y de la comunidad

Alfabetización Sanitaria OMS

Constituida por las *habilidades cognitivas* y sociales que determinan *la motivación y la capacidad* de las personas para acceder a la información, comprenderla y utilizarla para *promover y mantener una buena salud*.

Educación para la salud Seppilli

- **Proceso de comunicación** interpersonal dirigido a facilitar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud
- **Proceso educativo** que tiende a responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud individual y colectiva
- **Proceso de intervención social** dirigido a modificar los comportamientos en relación con los problemas de salud



Contenidos de educación para la salud

- **Saber** (conocimientos)
Manejo de información suficiente y adecuada que ayude a tomar decisiones racionales
- **Querer** (actitudes)
Actitudes, valores y motivaciones para desear el cambio
- **Poder** (habilidades)
Habilidades y competencias para actuar de acuerdo con los conocimientos, actitudes y valores

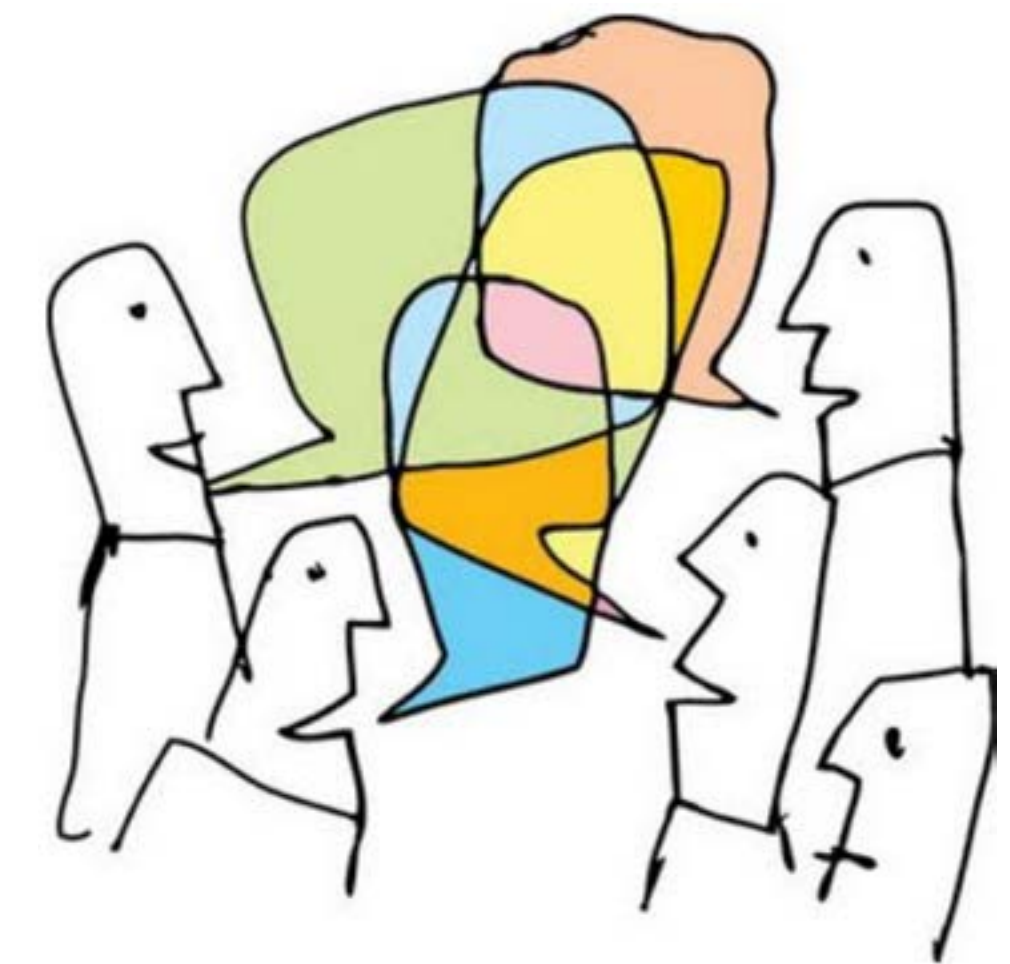
Modelos de educación para la salud



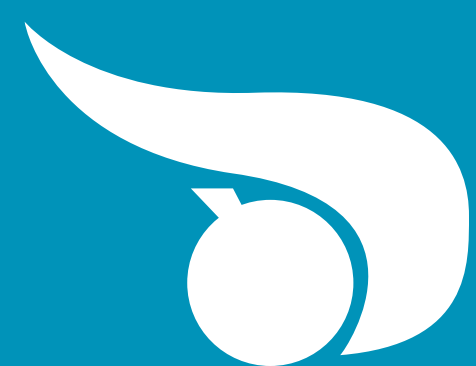
Prescriptivo



Motivacional



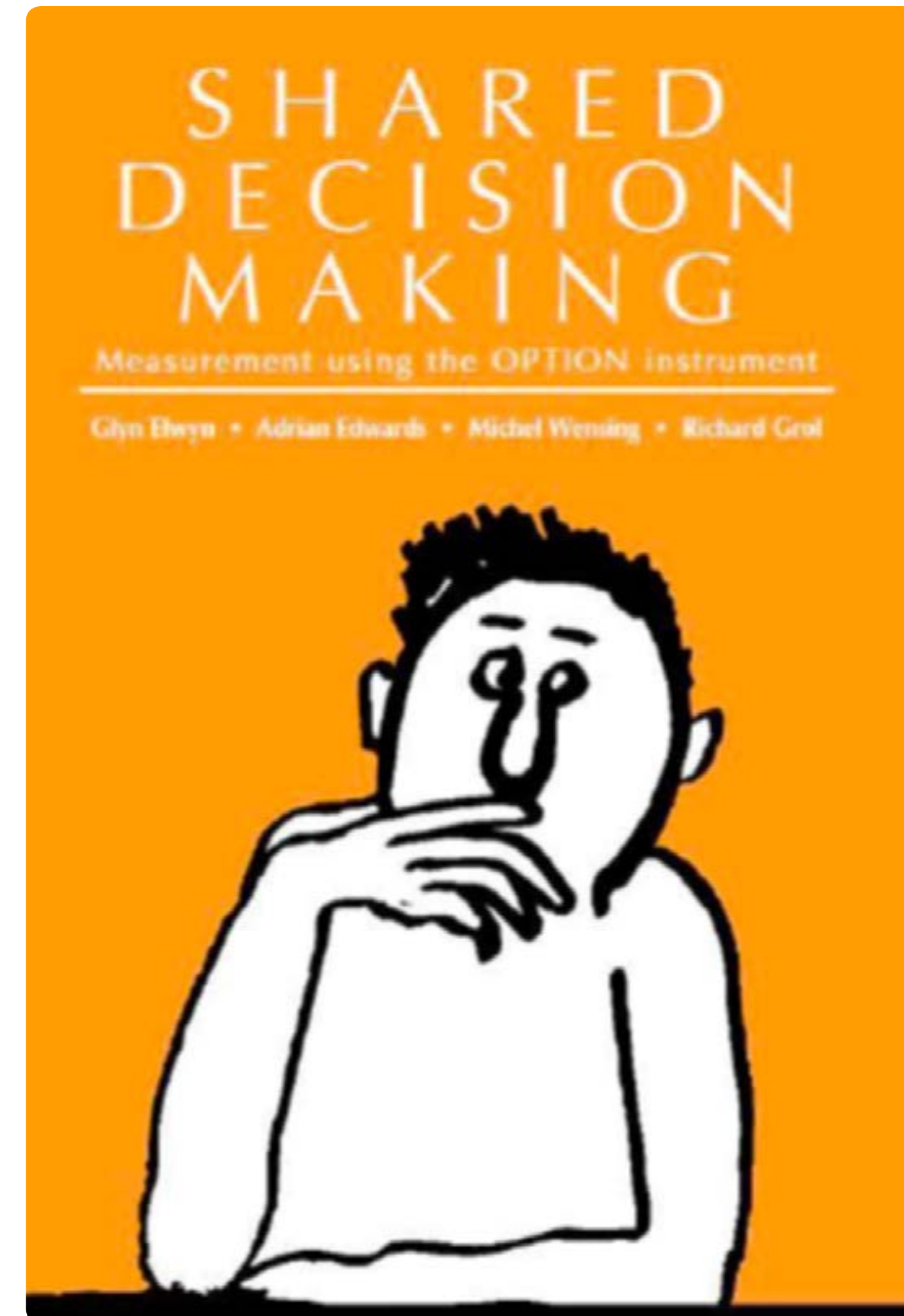
Participativo

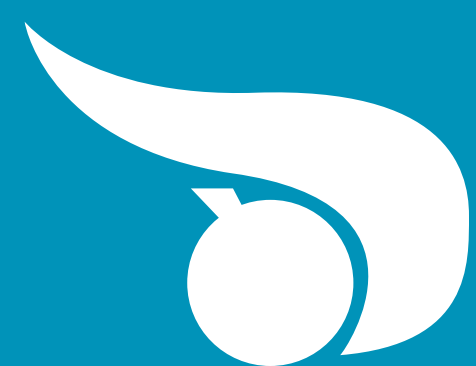


Niveles de alfabetización sanitaria

Nutbeam

- **Alfabetización funcional o básica:**
Asimilación de información sobre salud
- **Alfabetización interactiva:**
Desarrollo de habilidades personales
- **Alfabetización crítica:**
Empoderamiento personal y comunitario



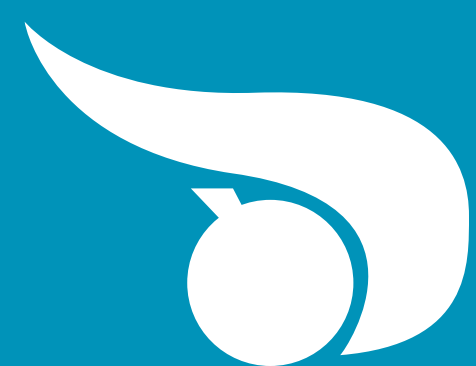


Cuestiones de las competencias de salud (health literacy)

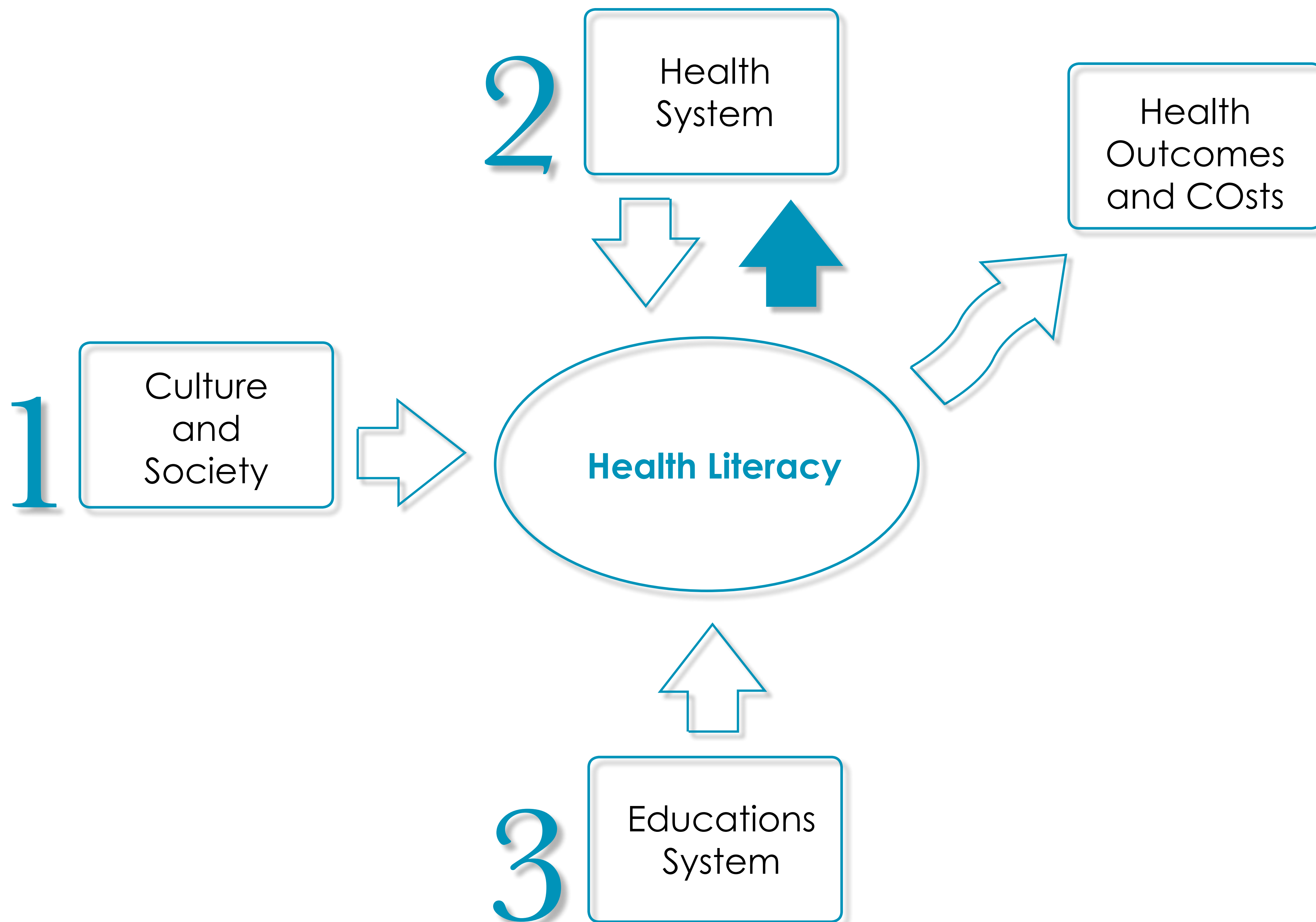
1. Sentirse comprendido y apoyado por profesionales sanitarios
2. Tener la información adecuada para gestionar mi salud
3. Gestión activa de la propia salud
4. Apoyo social para la salud
5. Valoración de la información sobre salud
6. Capacidad para dialogar activamente con profesionales sanitarios
7. Navegación por el sistema de salud
8. Capacidad para encontrar buena información sobre la salud
9. Entender la información de salud como para saber qué hacer

The nine scales of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)



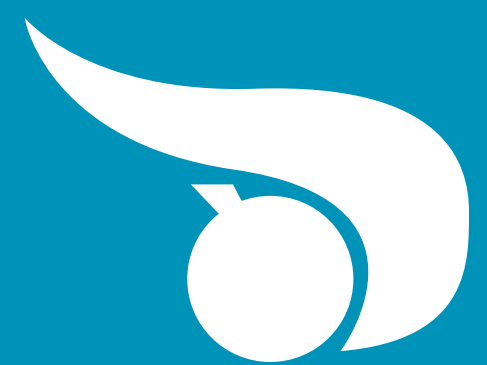


Àmbitos de intervenció



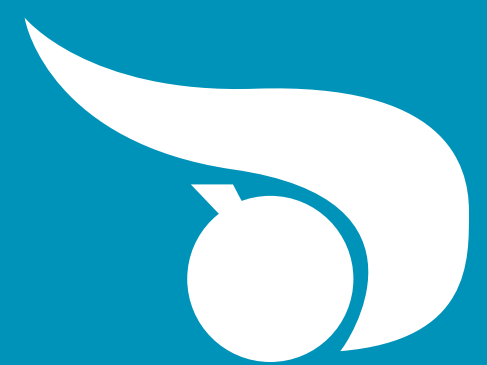
Alfabetització para la salut

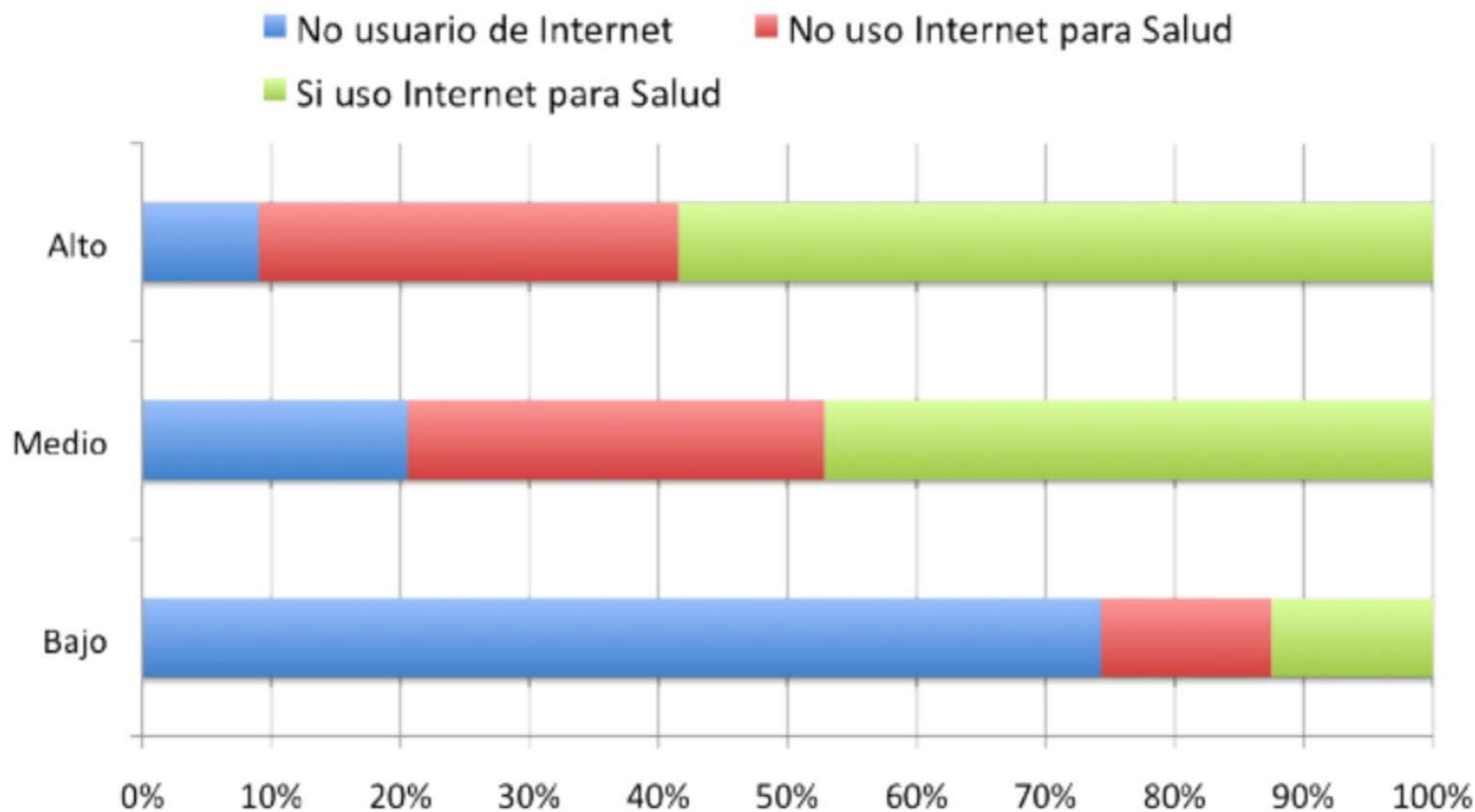
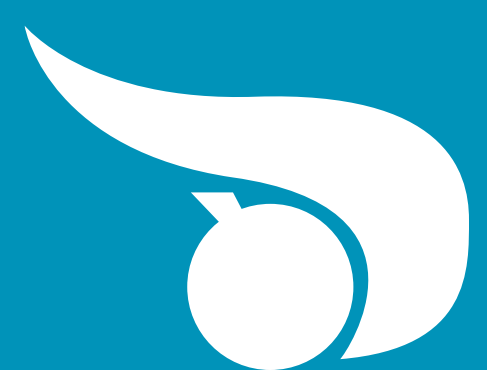
Dr. Javier Gállego Diéguez



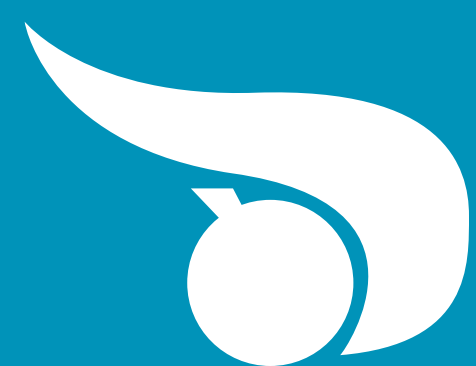
Alfabetització para la salut

Dr. Javier Gállego Diéguez





Usos de Internet relacionados con la salud
Nivel educativo (INE 2011)



Un centro educativo es un centro de salud



CEE Gloria Fuertes. Andorra (Teruel)



IES Santiago Hernández. Zaragoza



CEIP Ramón y Cajal. Alpartir (Zaragoza)



IES Pablo Serrano. Zaragoza





SALUD

Habilidades y competencias clave Factores de protección

Desarrollo personal y social

Dimensión personal

Autocuidado

Actividad física
Salud sexual
Alimentación
Higiene
Autoestima

Dimensión relacional

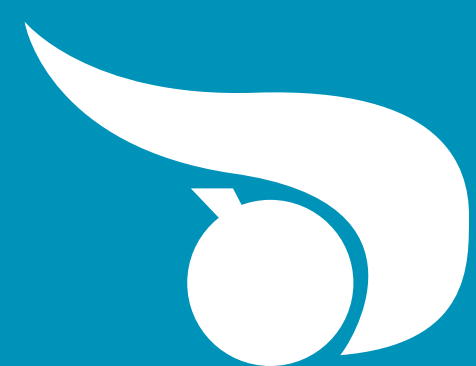
Adaptación social

Relaciones y emociones
Salud sexual
Convivencia
Tabaco, alcohol y otras drogas

Dimensión ambiental

Retos del entorno

Pantallas sanas
Seguridad y prevención de accidentes
Entornos saludables
Globalización y salud



SALUD

Habilidades y competencias clave
Factores de protección

Desarrollo personal y social

Dimensión personal

Autocuidado

Aprender a aprender
Autonomía e iniciativa personal

Dimensión relacional

Adaptación social

Comunicación lingüística
Digital
Social y ciudadana

Dimensión ambiental

Retos del entorno

Matemática, ciencia y tecnología
Conciencia, expresiones culturales

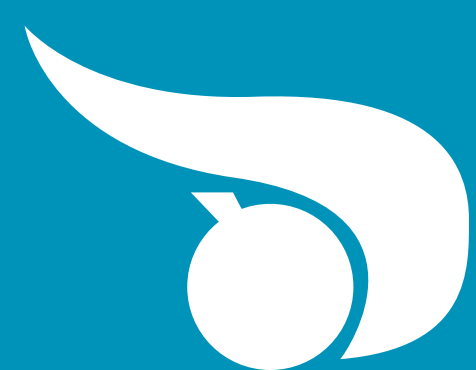


Competencia en Salud

Capacidad de resolver problemas o hacer frente a situaciones relacionados con la salud con la actitud de desear hacerlo.

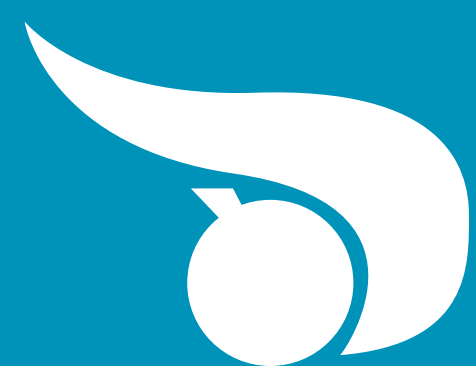
Equipo Valentín Gavidia. Universidad de Valencia





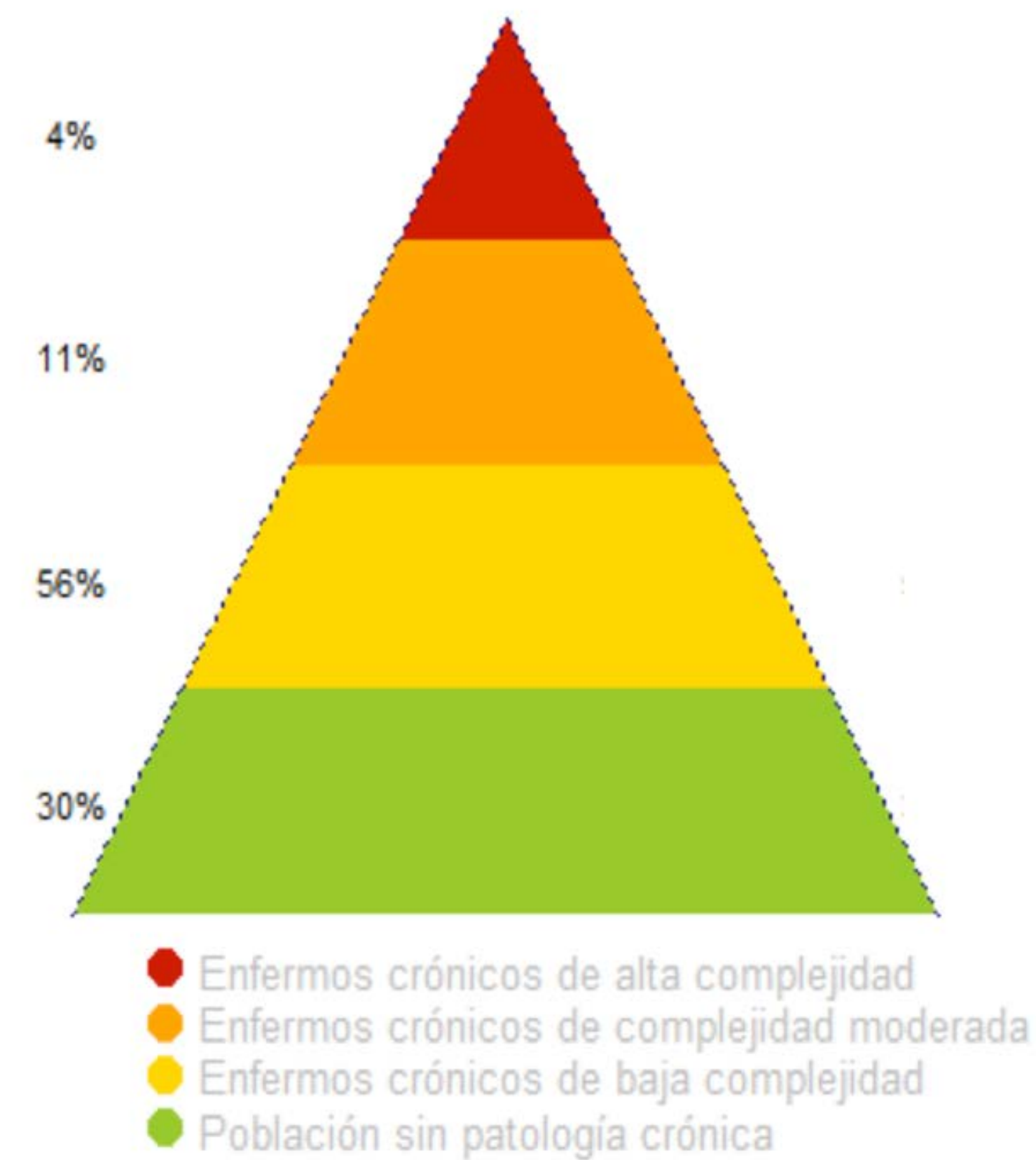
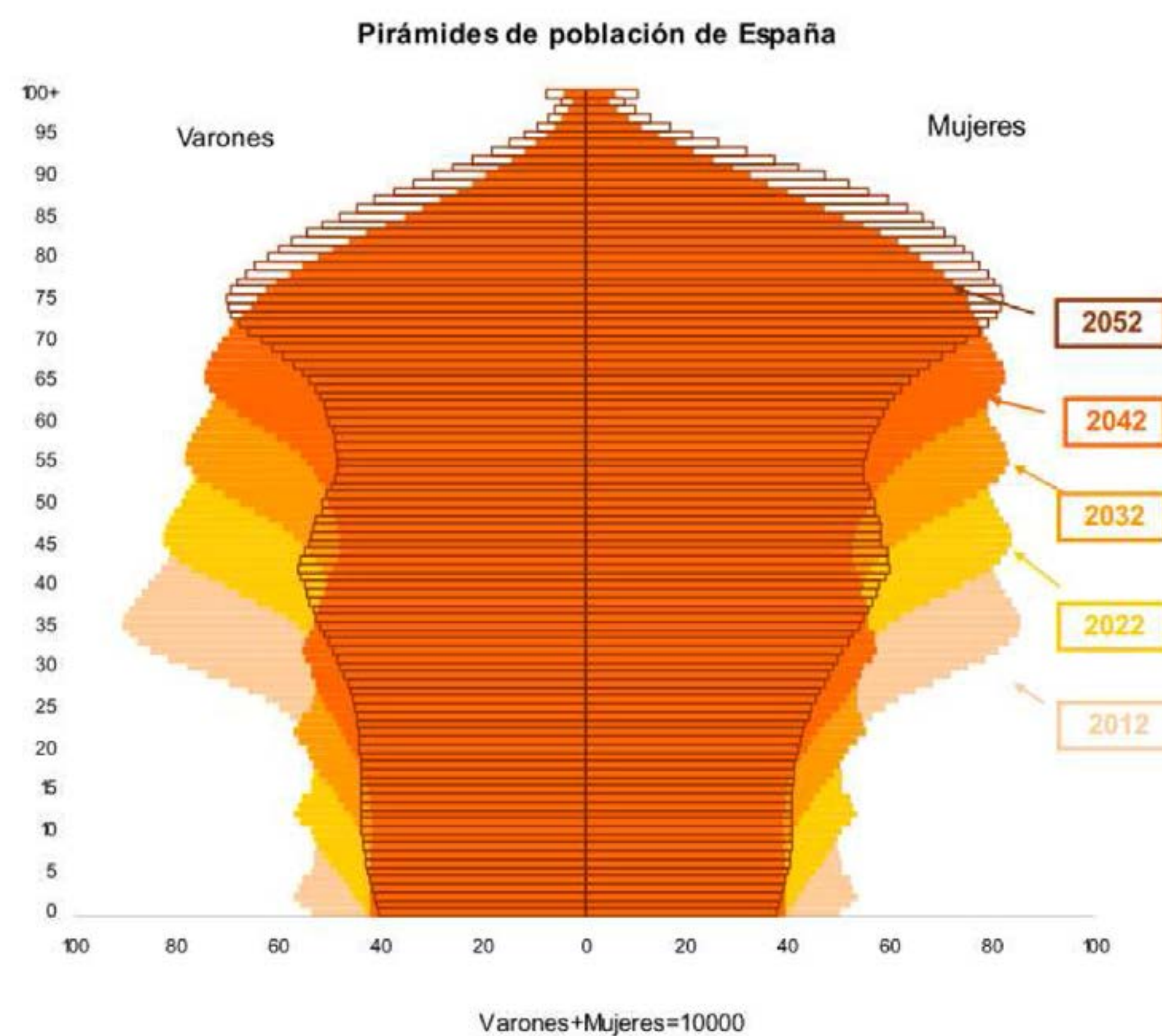
Servicios sanitarios



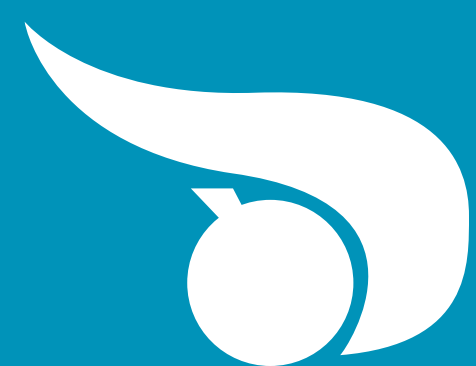


Situación cronicidad y envejecimiento

Figura 16. Pirámide poblacional España. Proyecciones 2012-2052.



Fuente: Proyecto de Población a Largo Plazo. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2012.



Servicios sanitarios competentes

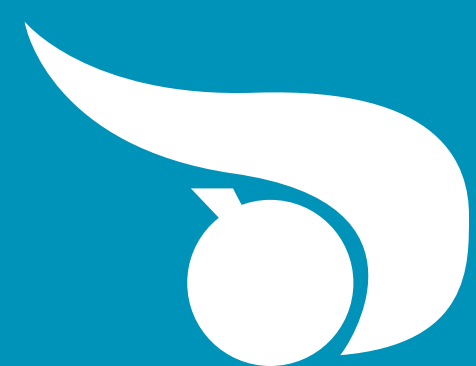
(Health literacy responsiveness). R. Osborne

La manera a través de la cual los servicios producen:

- Información
- Recursos
- Apoyos
- Entornos

Disponibles y accesibles para las personas con limitaciones en las competencias de salud (health literacy)



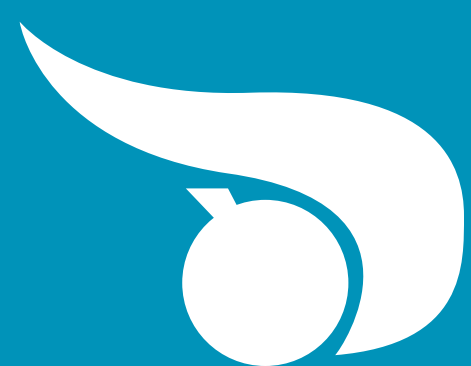


Principios Ophelia

(R. Osborne)

- Dirigido a resultados de salud y bienestar
- Respuesta necesidades locales identificada
- Foco en la equidad y accesibilidad
- Priorizar sistemas, cultura y saber locales
- Implicar en la cocreación e implementación de soluciones
- Integrado en todos los niveles del sistema sanitario
- Logros sostenibles a través de cambios de políticas, culturas, prácticas y entornos
- Variabilidad y cambio de necesidades de personas y comunidades





Estándares internacionales de acreditación de Hospitales: Educación del Paciente y su Familia

EPF.1: La organización proporciona educación que respalda la **participación del paciente y de su familia** en las decisiones y en los procesos de la atención.

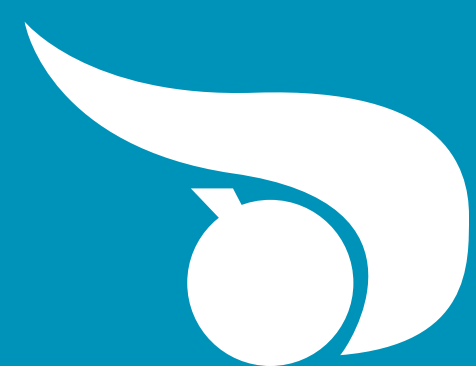
EPF.2: Se evalúan las **necesidades educativas** de cada paciente y se registran en su historia clínica.

EPF.3: La educación y la formación ayudan a atender las **necesidades sanitarias constantes del paciente**.

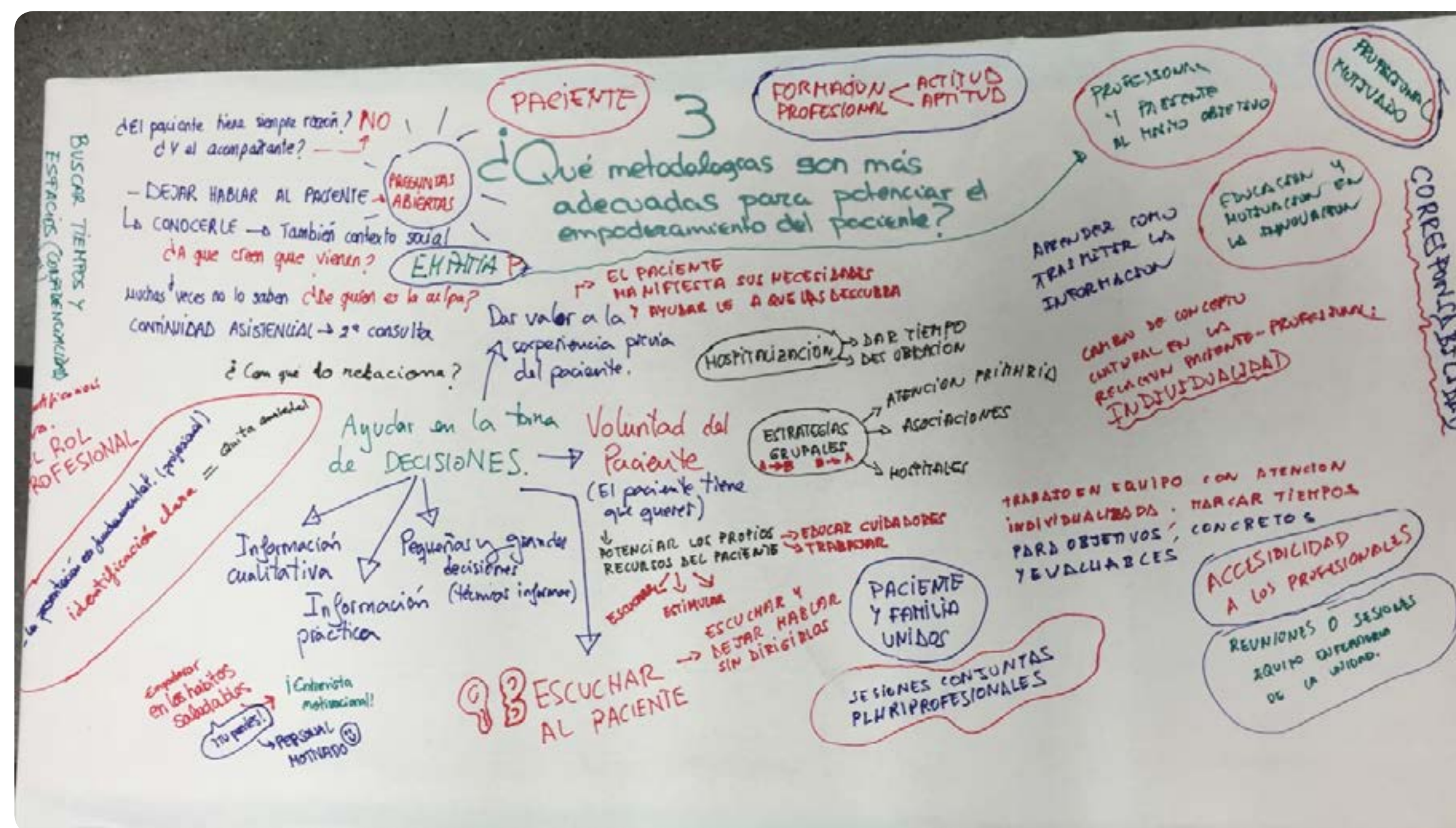
EPF.4: La educación del paciente y de su familia incluye unos **temas** según convengan a la atención del paciente.

EPF.5: Los **métodos educativos** tienen en cuenta las preferencias y los valores del paciente y de su familia, y permiten una interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje

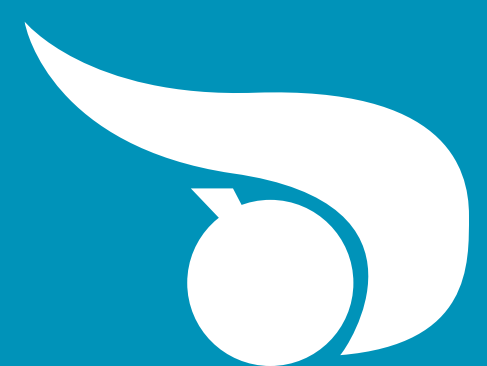
EPF.6: Los **profesionales sanitarios** que atienden al paciente colaboran en la educación.



¿Qué metodologías son más adecuadas para el empoderamiento del paciente?



- Cambio relación paciente-profesional sanitario. Corresponsabilidad, identificación, atención a la individualidad y diversidad de los pacientes y accesibilidad.
- Potenciar los propios recursos del paciente: escuchar, estimular, dejar hablar, formar a los cuidadores. Formación profesional en actitud y aptitud. Educación y motivación para la innovación.
- Utilización de estrategias grupales. Entrevista motivacional. Utilizar preguntas abiertas, conocer su realidad y el contexto social, continuidad asistencial.
- Equipo multiprofesional y con paciente y familia. Valorar experiencia de los pacientes, ayudar a descubrir las necesidades, definir objetivos.



Redes de salud comunitaria y modelo de activos



El impulso del trabajo en red

Zaragoza, 17 febrero 2015

#RAPPS15 @rediniciativas

XIV Jornadas RAPPS

red de Salud GOBIERNO DE ARAGON

red aragonesa de proyectos de promoción de salud

DESPIERTA

ALTO GÁLLEGO

Formación PROFESIONAL **FOROS de FAMILIA**

Sensibilización COMUNITARIA

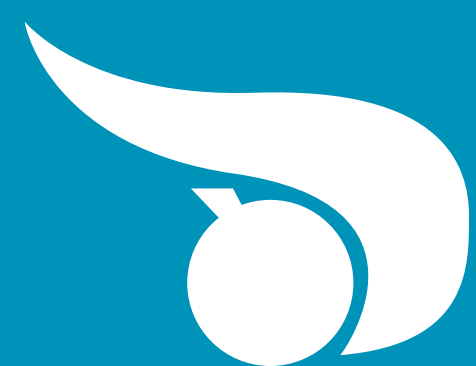
ACTIVIDADES para NIÑOS y JÓVENES

Nuestros PROYECTOS

Por y para la salud

ENTIDADES trabajamos juntas

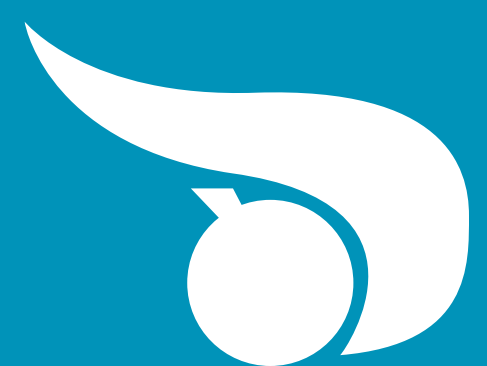
GOBIERNO DE ARAGON ALTO GÁLLEGO



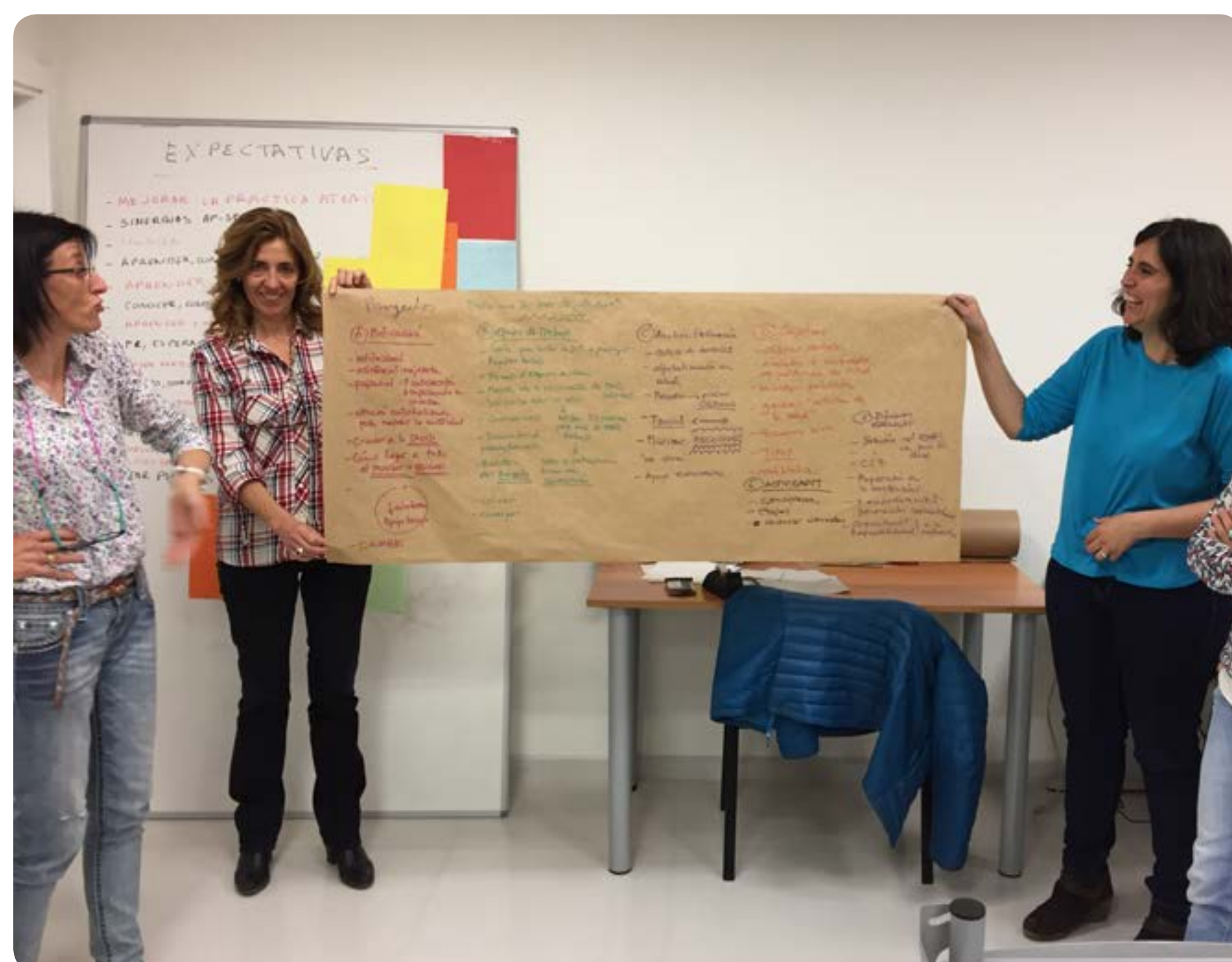
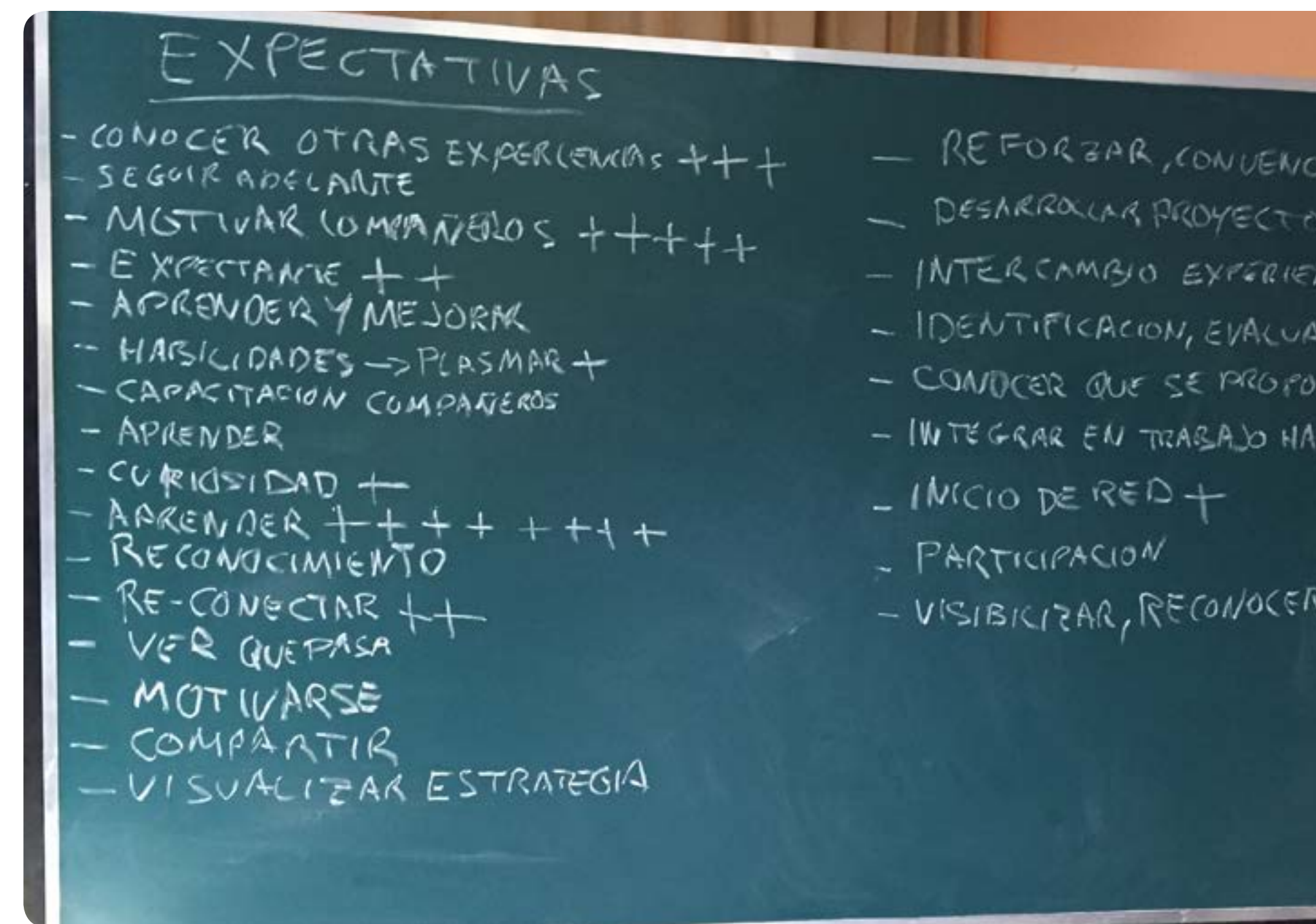
Ayuda mutua y educación entre iguales

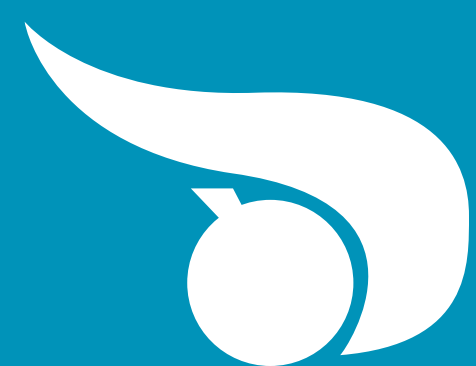
Aquellas medidas llevadas a cabo por no profesionales, con el fin de movilizar los recursos necesarios para promover, mantener o restaurar la salud de los individuos y de las comunidades



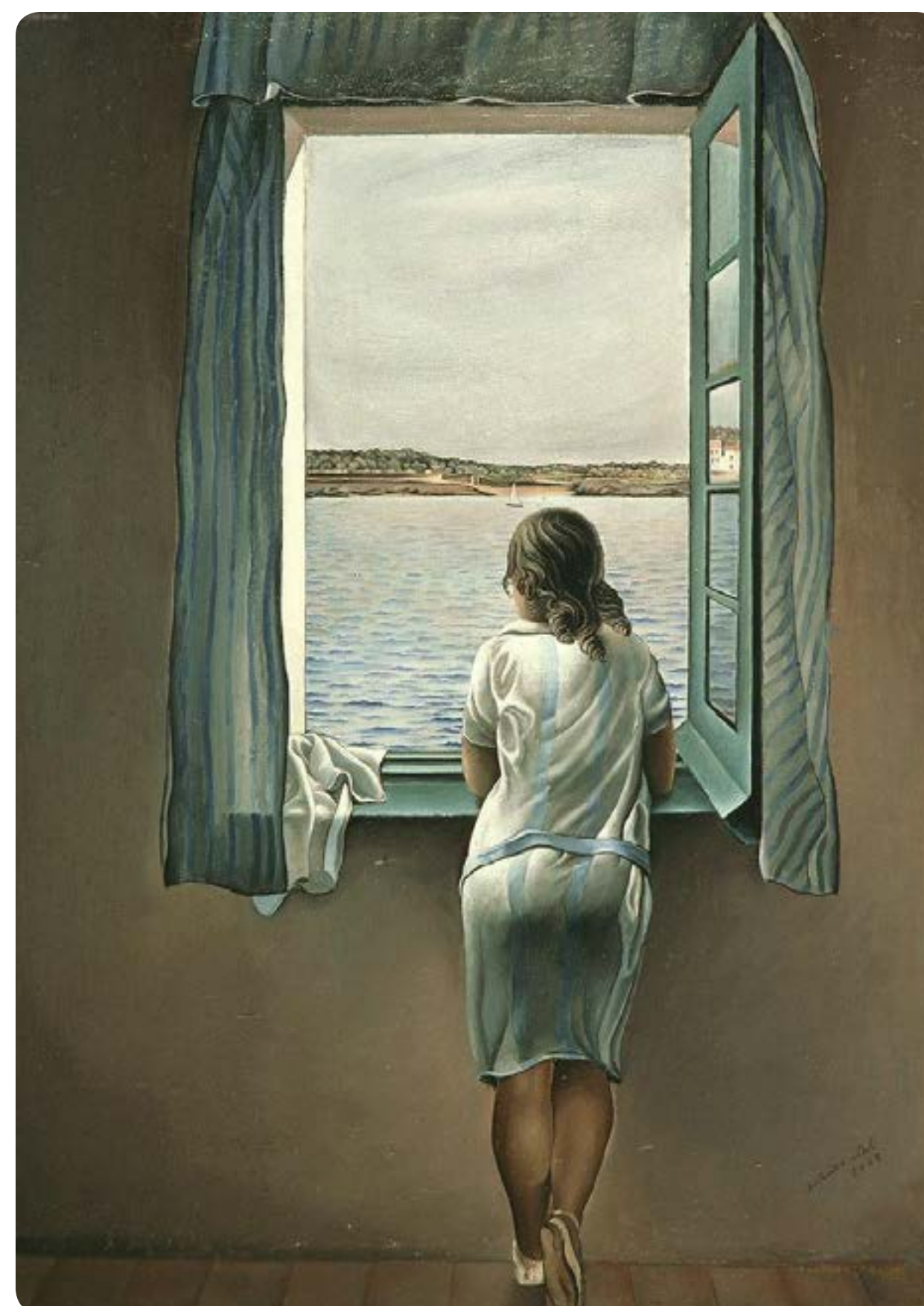
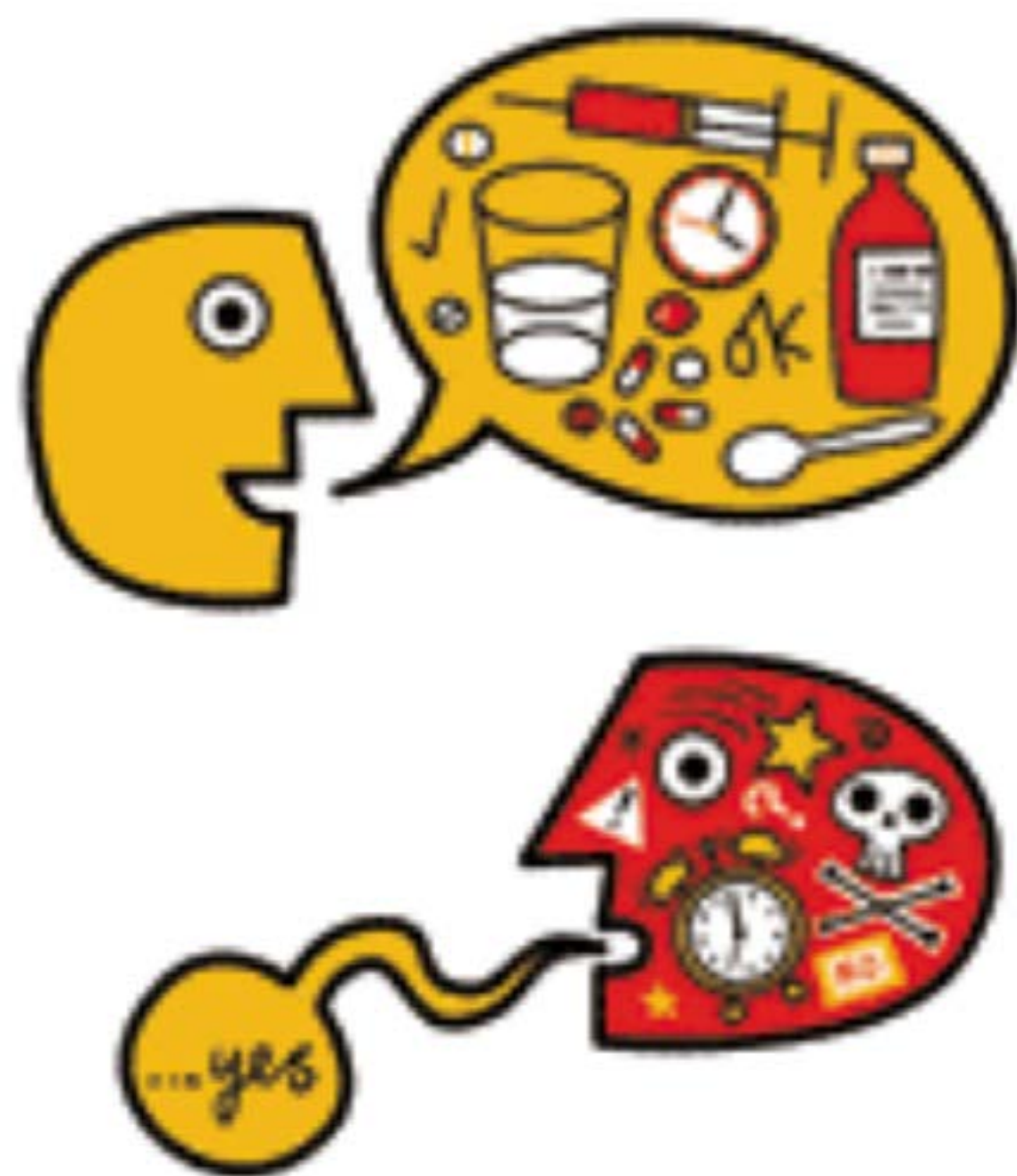


Reto 1: Formación de los profesionales





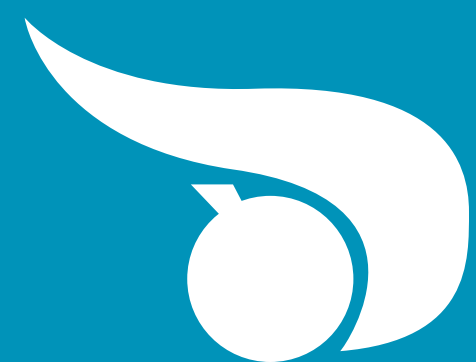
Reto 2: Empoderamiento de los pacientes. Estrategias de coproducción





Reto 3: Innovación, equidad, creación de capacidad en los servicios sanitarios



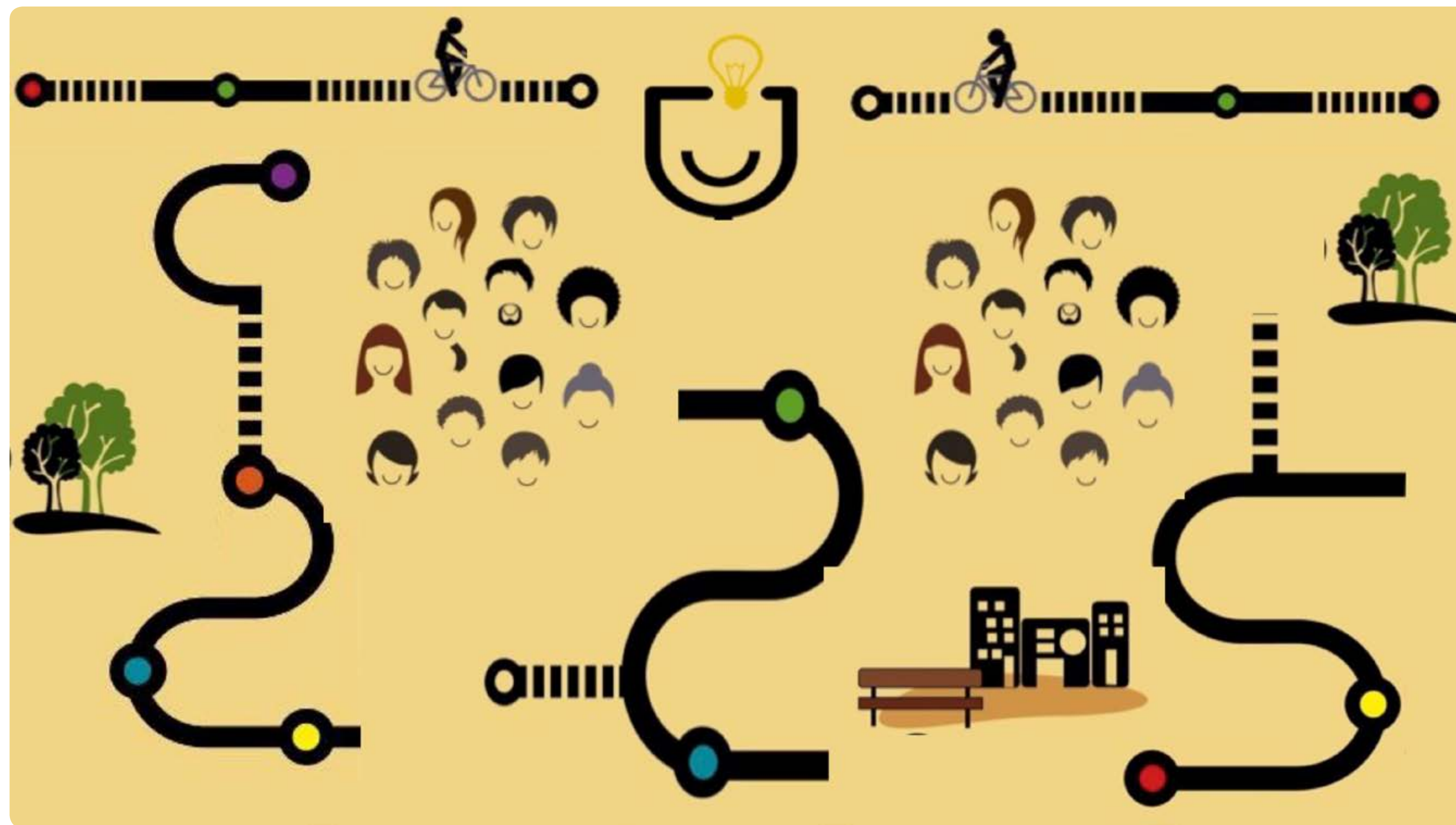


Reto 4: Salud digital en sociedad del conocimiento





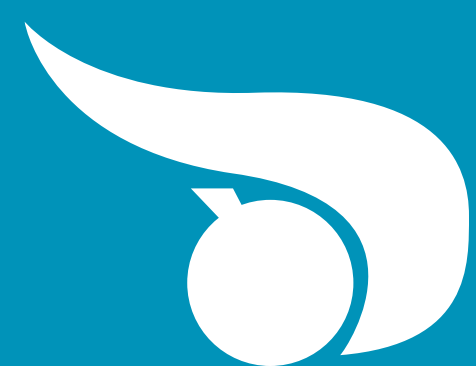
Reto 5: Trabajo en red entre los servicios públicos de la zona



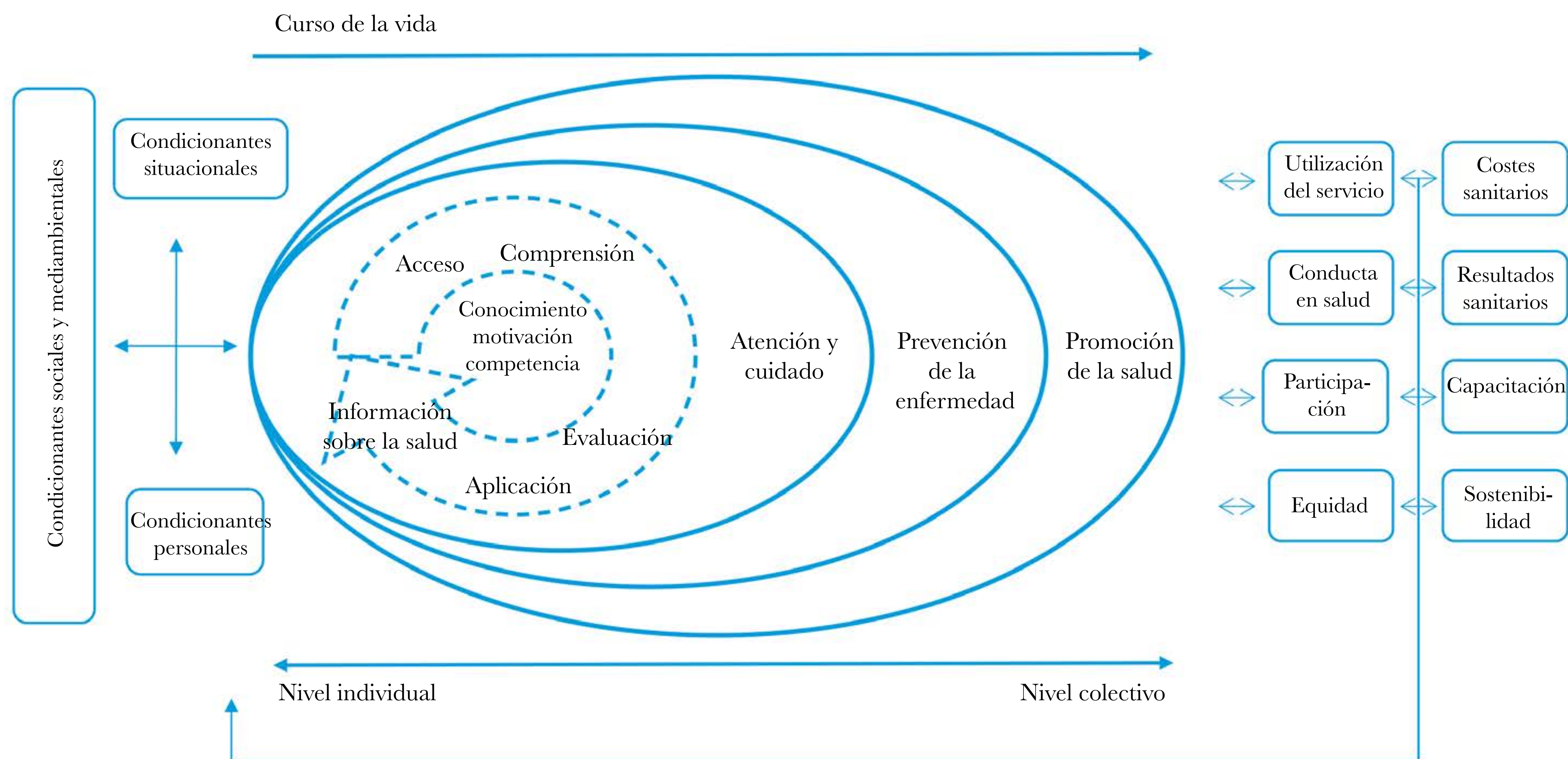
Centros Educativos

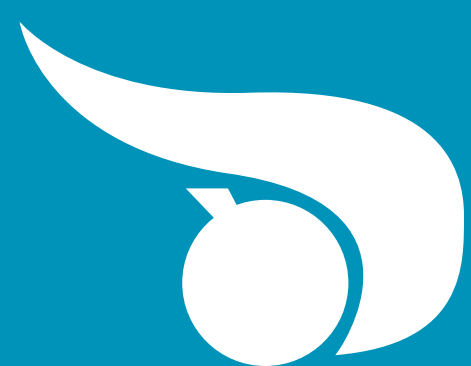
Servicios Sanitarios

Servicios Municipales



Modelo conceptual Europeo de Alfabetización de HLS-EU





Sectores de intervención de la alfabetización para la salud

Dra. Maria Rosa Suñer Soler

Departamento de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad de Girona



1. Introducción:  reas de Promoción de la Salud

Marco de referencia: Nueve Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud (1986-2017)

- A nivel macro: políticas públicas de los países, estados, gobiernos, organizaciones de control de la salud, responsables de actividades comunitarias
- A nivel micro: comunidades saludables,  mbitos cotidianos (sociales, familiares, de educación, de salud, culturales,..)

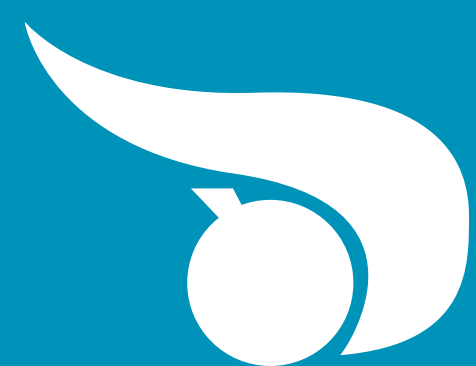
2. Introducción: Hechos probados

(Wilkinson, Marmot 1998; OMS 2003, 2006)

Los estilos de vida y las condiciones de vida y trabajo influyen en la salud de las personas

Específicamente:

- La importancia de una infancia en un entorno saludable
- La importancia de un entorno laboral saludable evitando el estrés crónico
- La necesidad de evitar la exclusión social
- Evitar las adicciones
- La importancia de la cohesión social



Sector de intervenció: Educació

Buenas prácticas

Intervenciones en la escuela y en la universidad para aumentar una mayor conciencia sobre la salud, un mejor cuidado individual y conductas saludables, que promueva la autoestima y el desarrollo psicosocial y las habilidades para la vida, que fomente lazos entre el centro, la familia y la comunidad, que capacite al profesorado, y que haya coordinación con los servicios de salud

«Una escuela promotora de la salud es aquella que constantemente fortalece su capacidad como ambiente saludable para vivir, aprender y trabajar»

(OMS)

Ejemplos:

- Programas preescolares participativos que promuevan el desarrollo saludable con perspectivas multidisciplinares
- Escuelas promotoras de la salud
- Universidades saludables

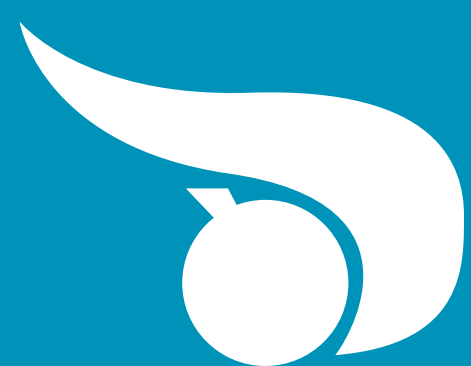


<https://www.aspb.cat/>



http://www.who.int/school_youth_health/en/





Sector de intervención: Educación

Evidencias (intervenciones que aumenten la alfabetización para la alfabetización para la salud)

Resultados más efectivos en las intervenciones evaluadas en el entorno escolar que incorporen los criterios de Escuelas Promotoras de Salud (OMS)

- La educación para la salud con diversas intervenciones (*Multicomponent interventions*) es eficaz para promover la salud sexual, el embarazo en la adolescencia, prevenir la violencia, las adicciones, pero los efectos son desiguales y a menudo a corto plazo (Fletcher *et al.*, 2008; Blank *et al.*, 2010; Langford *et al.*, 2014; Shackleton *et al.*, 2016)
- Dichas intervenciones deben incluir un análisis colectivo del centro y la evidencia conocida sobre intervenciones efectivas (*¡Hagamos salud!*) (Ramos *et al.*, 2013)

Sector de intervenció: Trabajo

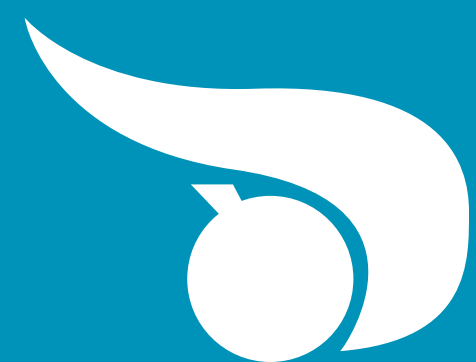
Buenas prácticas

- Entorno que proporcione salud, seguridad, bienestar e igualdad
- Programas en el trabajo que informen y motiven a los trabajadores a la salud de forma constante y al autocuidado
- Prevención del tabaquismo y la obesidad
- Mayor control del propio trabajo. Equipos autogestionados.
- Trabajo en equipo y liderazgo transformacional
- Más oportunidades de crecimiento profesional
- Más comunicación informal y menos formal
- Medidas conciliadoras de la vida laboral, personal y familiar
- Compromiso de la empresa con la sociedad

Ejemplos: *The European Network for workplace health promotion*



Iniciativas 1997-2013. <http://www.enwhp.org/>



Sector de intervención: Trabajo

Ejemplos: Novartis. Programa "Be Healthy"

NOVARTIS Nuestro trabajo Sobre Novartis Noticias Trabaja con nosotros

Programa 'Be Healthy'

La iniciativa *Be Healthy*, instaurada en 2011 siguiendo una tradición de programas de bienestar para los colaboradores de Novartis, incluye actualmente más del 95% de los empleados del Grupo Novartis en todo el mundo.

El programa promueve la salud y el bienestar, tanto físico como emocional, y por ello organiza durante todo el año diversas iniciativas basándose en cuatro pilares: *move*, *choose*, *know* y *manage* (muévete, elige, conoce y gestiona).



Semana 'Be Healthy' 2016

Semana "Be Healthy" 2016

Cerca de 3.000 empleados del Grupo Novartis han participado este año en la Semana "Be Healthy", organizada por la compañía para mejorar la salud y el bienestar de sus colaboradores a través de la promoción de hábitos de vida saludables tanto dentro como fuera del trabajo. En su sexta edición, la

NOVARTIS Nuestro trabajo Sobre Novartis Noticias Trabaja con nosotros

Semana 'Be Healthy' 2016

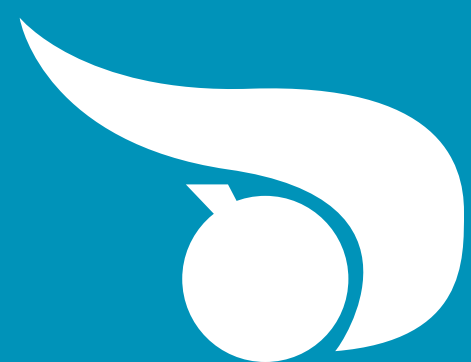
Enmarcado en el pilar temático "*Choose*", los empleados se han podido realizar un chequeo de la retina con uno de los sistemas más innovadores que existen actualmente para hacerse esta prueba. También se han trabajado los correctos hábitos alimentarios promoviendo una dieta sana entre los trabajadores con degustaciones de *green smoothies* elaborados con productos 100% ecológicos y a través de una charla centrada en psiconutrición, que ha analizado la relación entre los alimentos y las emociones. Asimismo, y por tercer año consecutivo, se ha ofrecido a los colaboradores de Novartis la posibilidad de suscribirse a la plataforma interactiva online de ejercicio físico *Ictiva*, a través de la cual los empleados podrán hacer ejercicio a cualquier hora y en cualquier lugar.

Por otro lado, en el marco de la jornada "*Know*", centrada en el conocimiento del propio cuerpo como herramienta clave en el cuidado de la salud, los colaboradores de Novartis han tenido la oportunidad de conocer más de cerca una enfermedad como la insuficiencia cardíaca y descubrir cómo es el día a día de las personas que la padecen. Los trabajadores de la compañía han tenido, además, la posibilidad de realizarse diferentes chequeos, entre ellos tomarse la presión arterial, la frecuencia cardíaca o calcular el índice de masa corporal.



Semana 'Be Healthy' 2016

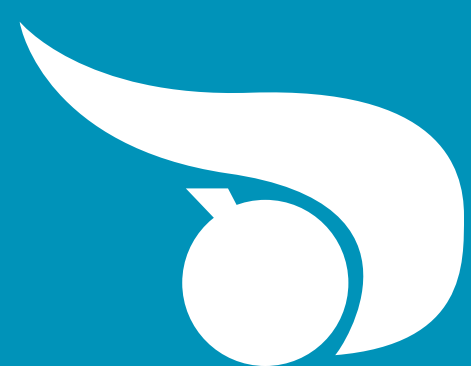
<https://www.novartis.es/sobre-novartis/responsabilidad-social/accion-social/programa-be-healthy>



Sector de intervenció: Trabajo

Evidencias (intervenciones que aumenten la alfabetización para la alfabetización para la salud)

- Los programas de promoción de la salud en el trabajo mejoran el ambiente laboral y estimulan el desarrollo personal (Breucker y Schröer, 2000), pero los efectos en la capacidad laboral y la productividad aún tiene evidencia insuficiente (Rongen et al., 2013)
- Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo dirigidos a un pequeño número de empleados con mayor riesgo de enfermedad crónica proporcionan una mayor eficacia y ahorro de costes (Meng et al., 2017)
- Las personas con riesgo de enfermedad cardiovascular se benefician de los programas de promoción de la salud (Groeneveld et al., 2010)
- Los programas de intervenciones con actividad física reducen el dolor musculoesquelético general (Moreira-Silva et al., 2016)
- Mejorar la satisfacción en el trabajo, mejora la salud (Faragher et al., 2005; Fischer et al., 2009)
- Los líderes transformacionales en general predicen medidas positivas de bienestar entre los trabajadores (Arnols, 2017)



Sector de intervenció: Entorns sanitaris

Buenas prácticas

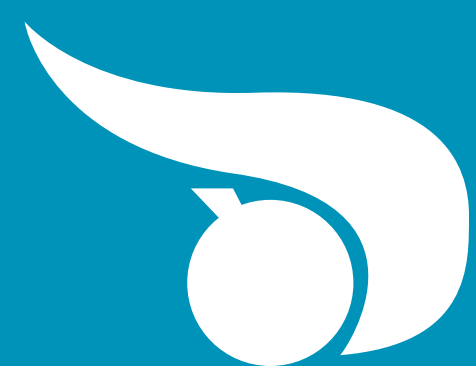
Hacer que las organizaciones de salud sean más saludables para los pacientes basadas en la información, comunicación efectiva educación estructurada (Nutbeam *et al.*, 2017)

- Navegabilidad (señalización comprensible y simbología universal) y evaluación externa (Rudd y Anderson, 2006; 2010)
- Calidad de la información interna (TICs)
- Calidad de la información externa (comprensible, fácil lectura, TICs)
- Procedimiento establecido para evaluar la información
- Profesionales específicos para medir comprensibilidad
- Prácticas de consulta a usuarios
- Programas de educación sanitaria que tengan en cuenta a las personas con niveles insuficientes de alfabetización para la salud (educación entre iguales, adaptar materiales,...)

Ejemplos a nivel internacional, estatal y local:

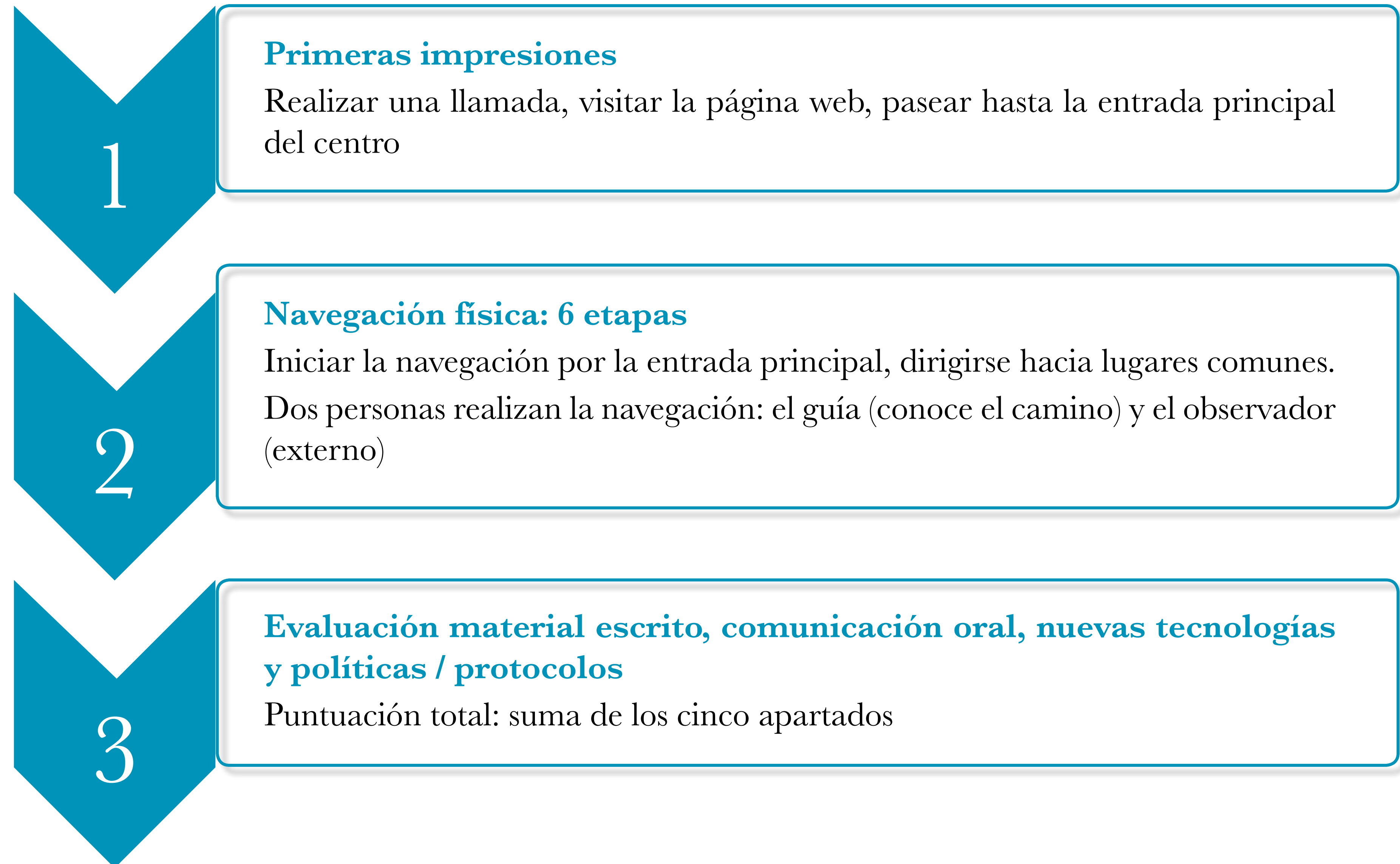
- Escuela de pacientes
- Universidad de pacientes
- Programas de pacientes activos
- Programas de pacientes expertos
- Programas de educación para la salud, comunes a pacientes de alto riesgo, pacientes vulnerables y pacientes complejos

Grupos de ayuda mutua



Fases de la evaluación del entorno

(Rudd R y Anderson J, 2006; 2010)



Redes de hospitales y centros promotores de la salud y sociedades científicas como potenciadores de buenas prácticas para aumentar la alfabetización para la salud



HPH Catalunya
Xarxa d'Hospitals i Centres
Promotors de la Salut
Health Promoting Hospitals



Sector de intervención: Entornos sanitarios

Evidencias (intervenciones que aumenten la alfabetización para la alfabetización para la salud)

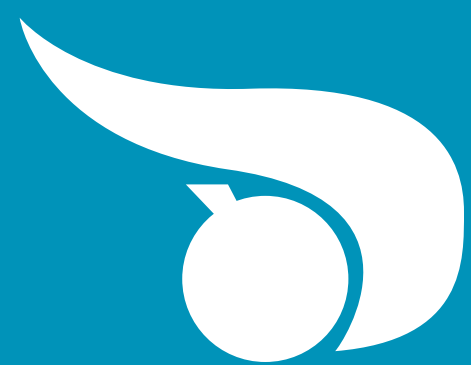
Diabetes

Programas adaptados de educación para la salud para personas con < HL consiguen mejorar el perfil glucémico, sobretodo a corto plazo (Wolff *et al.*, 2009; Hawthorne *et al.*, 2008; Attridge *et al.*, 2014)

Educación culturalmente sensible en grupos de personas inmigrantes con diabetes consiguen resultados en HbA1c y reducción triglicéridos a corto plazo (Creamer *et al.*, 2016; Hawthorne *et al.*, 2010; H lzel *et al.*, 2016; Pottie *et al.*, 2013)

Insuficiencia cardíaca

Los programas que incorporan las nuevas tecnologías (teleasistencia, telemonitorización, contactos telefónicos,..) aumentan las habilidades y conocimientos, mejor autocuidado y mejora de síntomas (DeWalt *et al.*, 2004, 2012)



Sector de intervenció: Entorns sanitaris

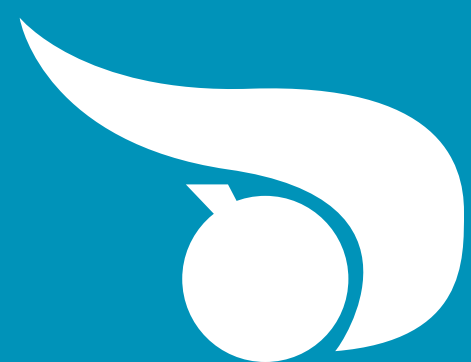
Evidències (intervencions que augmenten la alfabetització para la alfabetització para la salut)

Ictus

Las intervencions multimodales que favorezcan el autocuidado, apoderamiento y estilos de vida saludables son beneficiosas para la prevenci3n de nuevas recurrencias (Lawrence *et al.*, 2015,2016)

Enfermedades musculoesqueléticas

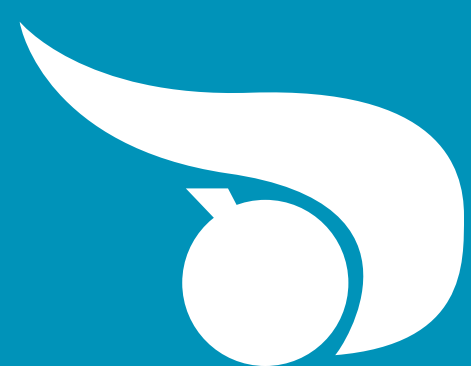
Programas basados en informaci3n y seguimiento, que potencien la autogesti3n de la enfermedad y el manejo del dolor y el estr3s, consiguiendo mejorar el autocuidado y el dolor especialmente en personas con niveles bajos de alfabetizaci3n para la salud (Borkhoff *et al.*, 2011; Lowe *et al.*, 2013)



Conclusiones

Las intervenciones efectivas para mejorar los niveles de alfabetización para la salud son aquellas que:

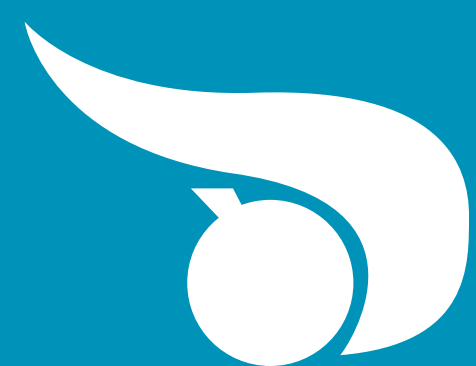
1. Aumenten el apoderamiento
2. Se inicien en edades tempranas y se mantengan en el tiempo
3. Fomenten la adquisición de competencias y habilidades para la vida y para la salud
4. Potencien los estilos de vida saludables
5. Consideren los activos de salud propios del lugar
6. Se adapten a personas especialmente sensibles
7. Impliquen a la familia y a la comunidad



Alfabetización para la salud y empoderamiento

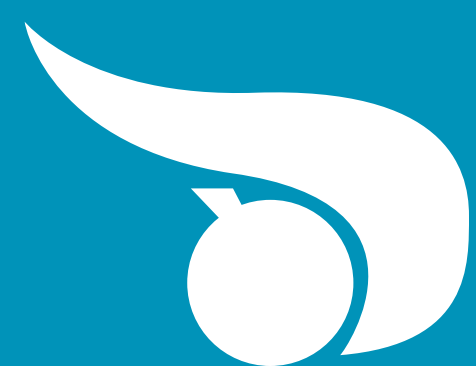
Sra. Paloma Amil Bujan

Programa Paciente Experto de Cataluña
Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad
Dirección General de Planificación en Salud
Departamento de Salud

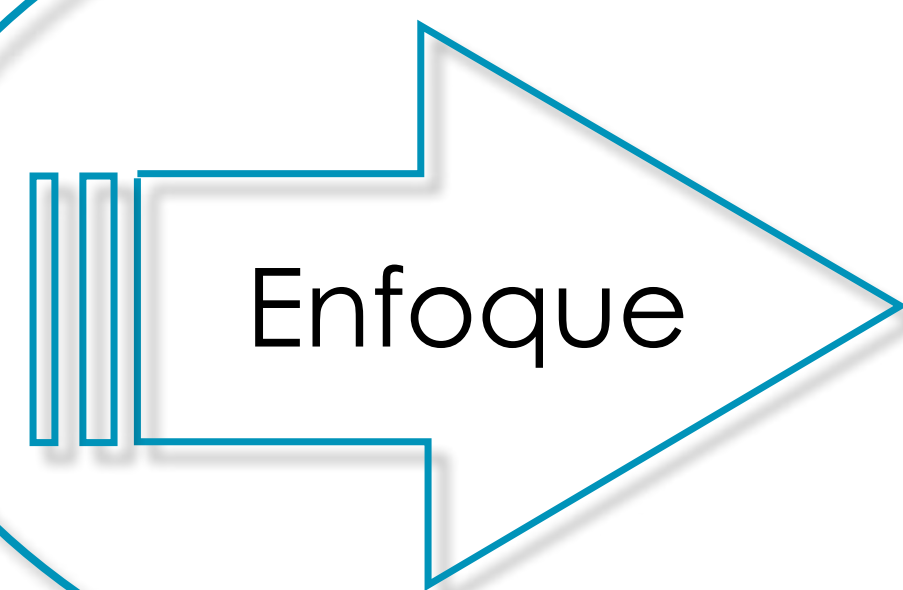


Declaración de Shangai 2016

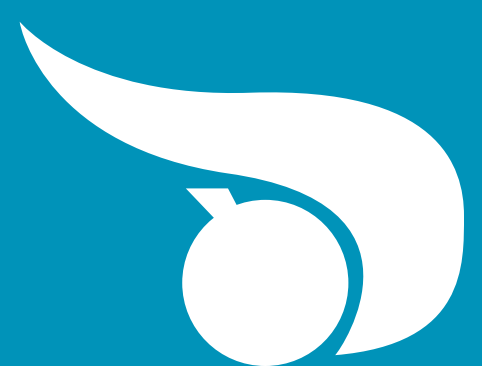




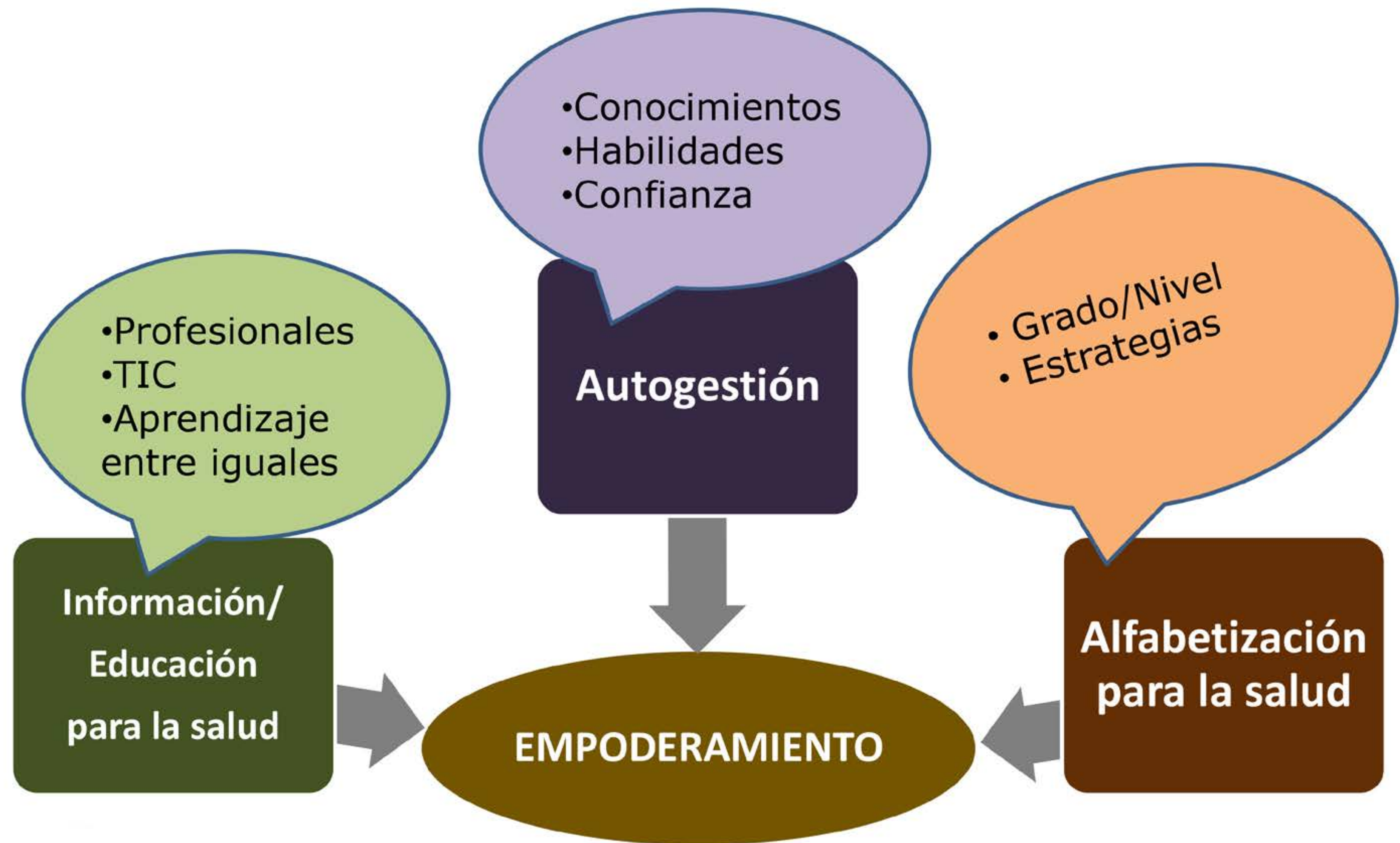
1.Introducción : Áreas de Promoción de la Salud



- Alfabetización para la salud como herramienta de intervención para gestionar y mejorar la salud = empoderamiento
- Empoderamiento como resultado de la alfabetización para la salud



Proceso de empoderamiento



Fuente: Assumpció González Mestre. PPE-CAT



Teoría de las 5 C

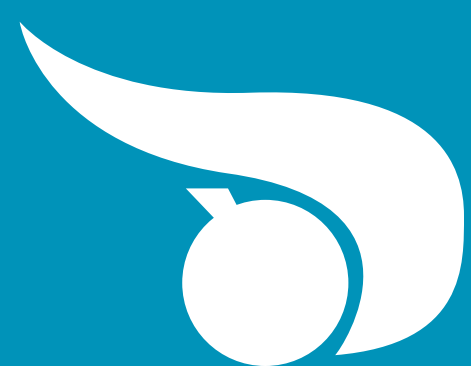


Fuente Teoria : Assumpció González
Mestre 2017

Conocimiento
Conciencia
Capacitación
Confianza
Corresponsabilidad



Fuente imagen:
Ara 16.03.2017. Grup de Programa
Cuidador Expert Catalunya.
Article de Toni Vall



Empoderamiento

“ *Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.* ”

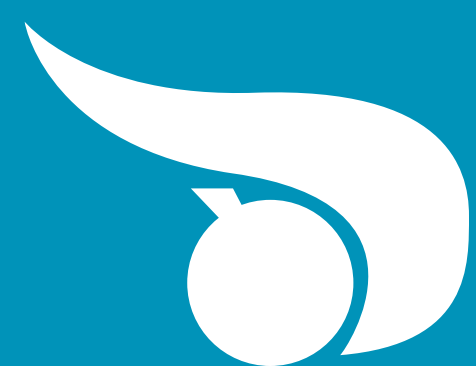
Definición OMS

Individual

Capacidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal

Comunitario

Implica a individuos actuando colectivamente para ganar mayor influencia y control sobre su entorno, es decir, sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad

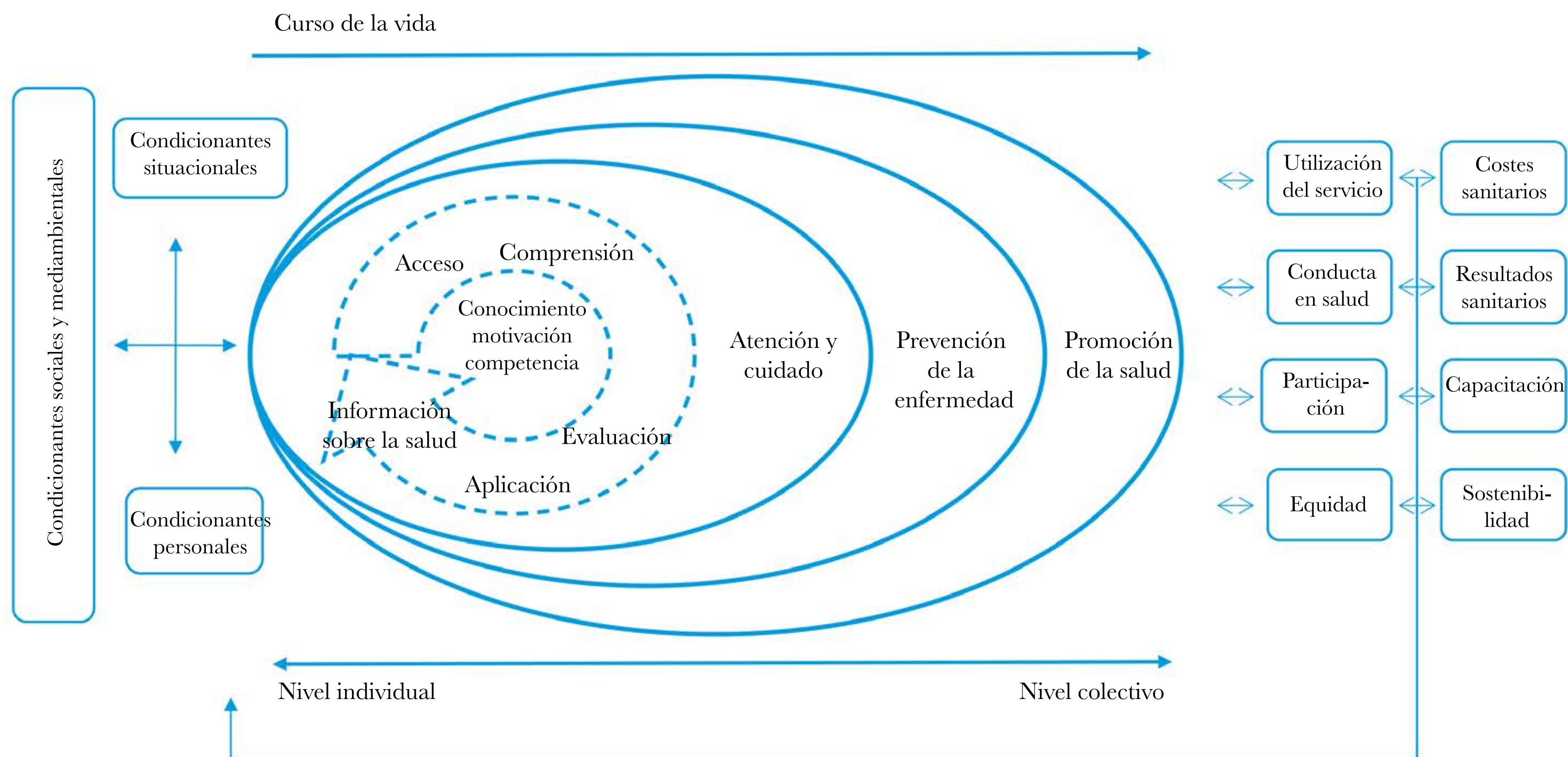


Alfabetización para la salud

“ Las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud ”

Fuente: OMS.

Glosario de Promoción de la Salud (1998)





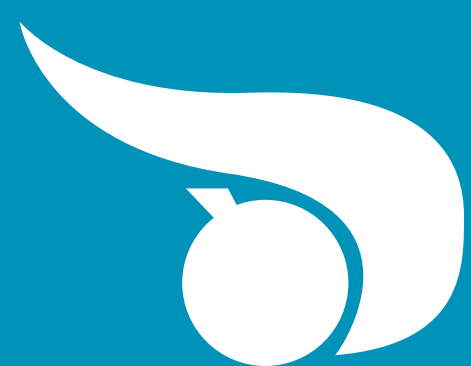
Alfabetización para la salud. Modelo Nutbeam (2000)

Nivel de alfabetización en salud y objetivo educativo	Contenido	Beneficio individual	Comunidad / beneficio social	Ejemplos de actividades educativas
Funcional: la comunicación de la información	La transmisión de información objetiva sobre los riesgos de salud y utilización de servicios de salud	Mejora el conocimiento de los riesgos y servicios de salud, el cumplimiento de las medidas prescritas	Aumenta la participación en los programas de salud de la población (inmunización, cribado)	Transmitir información a través de los canales existentes: contacto interpersonal oportunistas, medios, Internet
Interactiva: el desarrollo de habilidades personales	Como el anterior, y la oportunidad de desarrollar habilidades en un ambiente de apoyo	Mejora de la capacidad de actuar con independencia en el conocimiento, la mejora de la motivación y la confianza en sí mismo	Mejora de la capacidad de influir en las normas sociales, interactuar con los grupos sociales	Comunicación para la salud a medida para necesidades específicas, la facilitación de la comunidad de autoayuda y grupos de apoyo social, se combinan diferentes canales de comunicación
Critica: el empoderamiento personal y comunitario	Igual que el anterior y el suministro de información sobre los determinantes sociales y económicos de la salud y las oportunidades para lograr políticas	Mejora de la resistencia individual a la adversidad económica y social	Mejora de la capacidad de actuar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud, la mejora de empoderamiento de la comunidad	Prestación de asesoramiento técnico para apoyar la acción comunitaria, la comunicación de promoción para los líderes comunitarios y políticos, facilitar el desarrollo comunitario

Fuente: Tabla 3. Basagoiti, I. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf].

Valencia: ITACA/TSB; 2012. ISBN: 978-84-695-5267-4

Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>



Conclusiones



“ *Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.* ”

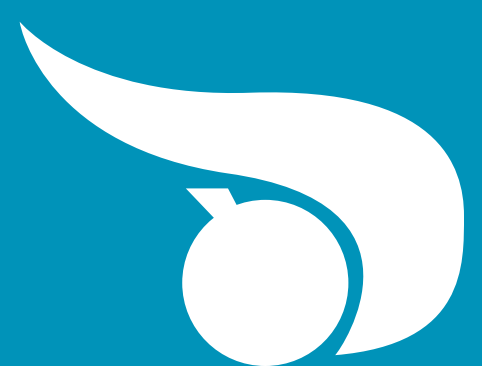
Definición OMS

Individual

Capacidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal

Comunitario

Implica a individuos actuando colectivamente para ganar mayor influencia y control sobre su entorno, es decir, sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad



Retos

Pla de Salut de Catalunya 2016-2020



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

COMPROMÍS I PARTICIPACIÓ

1

Les persones, la seva salut i el sistema sanitari

2

Implicació dels professionals

ATENCIÓ DE QUALITAT

3

Salut pública

4

Accessibilitat i resolució

5

Política farmacèutica i del medicament

6

Atenció integrada i cronicitat

7

Recerca i innovació en salut

BON GOVERN

8

Excel·lència i seguretat

9

Avaluació de resultats i transparència

10

Salut digital

11

Integració territorial

SALUT A TOTES LES POLÍTIQUES

12

Polítiques interdepartamentals i intersectorials

ÀREES PRIORITÀRIES DE SALUT I PROJECTES SINGULARS

Infants i adolescents

Gent gran i discapacitat

Salut mental

Malalties minoritàries

Malalties transmissibles

Aparell locomotor

Aparell respiratori

Sistema vascular

Càncer

Alfabetización para la salud

Para todas las personas entrevistadas

AS. En una escala de "muy fácil" a "muy difícil", indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades: LEER Y MOSTRAR LA TARJETA CON LAS OPCIONES DE RESPUESTA

	1. Muy fácil	2. Fácil	3. Difícil	4. Muy difícil	5. No sabe (sólo debe emplearlo el entrevistador)
1. Encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (por ejemplo: un médico, farmacéutico o psicólogo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entender lo que me dice el médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental como el estrés o la depresión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (por ejemplo: mamografía, prueba de nivel de azúcar en sangre y tensión arterial).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (por ejemplo: TV, Internet u otros medios de información).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (por ejemplo: periódicos, folletos, Internet u otros medios de información).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (por ejemplo: meditación, ejercicio físico, paseos, pilates, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (por ejemplo: Internet, periódicos, revistas, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (por ejemplo: costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio físico, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Generalitat de Catalunya Approaching Health Literacy in Catalonia: interventions and populations

Assumpció González-Mestre¹, Paloma Amil-Bujan¹, Oriol Garcia-Codina², Antonia Medina-Bustos², Dolores Juvinyà-Canals³, Albert Ledesma-Castellori¹, Esteve Saltó-Cerezuela²
¹ Inter-ministerial Health and Social Care and Interaction Plan, Government of Catalonia, (Spain) ² Service of the Health Plan, General Directorate for Health Planning and Research, Health Ministry, Government of Catalonia, (Spain) ³ Chair of Health Promotion, Department of Nursing, Universitat de Girona, (Spain)

Background

The Health Plan for Catalonia (HPC) 2011-2015 is the indicative instrument and framework for all public performances in the field of the Ministry of Health of the Government of Catalonia. 9 lines of action pointing of the HPC, 3 come together to identify health literacy as a key element to face the challenges of community health in the 21st century. These are lines 1 (Objectives and health programmes), 2 (A system that is more focused on chronic patients) and 5 (Greater focus on patients and families).

Population	7,572,908
% population 65 years and over	17.4
% population 65 years and over	2.5
% population (15 and over) without primary education	10.3
GDP per capita (euros)	27,698
Public spending on health services per capita (€)	1,150
Health system coverage	Universal
% population reporting good health status	82.8
Men's health expectancy	79.3
Women's health expectancy	85.3

Source: Ikerbas and Ministry of Health, Government of Catalonia.

Two experiences are being developed in the field of Health Literacy:

1. **Expert Patient Programme of Catalonia™ (EPPC)**, a multidisciplinary initiative based on patient-healthcare professional collaboration and team work.
2. **Health Survey of Catalonia analysis of health literacy** in population aged 15 and over during 2014-2015.

Expert Patient Programme of Catalonia

OBJECTIVE
To promote change in daily life habits to improve quality of patient life, with the exchange and transference of knowledge and experiences between the Expert Patient and other patients.

METHODS
EPPC consists of nine 90 minute sessions over 2.5 months, specifically designed for each chronic disease.
Sessions are divided in 2 blocks, a theoretical and a practical one.
Groups vary from 10 to 12 patients.
EVALUATION PROCESS
Qualitative, during group sessions.
Quantitative, the 6th and the 12th month after the end of group sessions. We estimate the knowledge improvement, change in lifestyles, and the degree of self-care and satisfaction of participants. Secondly we assess the use of healthcare services related to doctor and community nurse, visits at the emergency department and emergency hospital admissions.

Total		140
Gender	Male	78.6%
Age	50-65	19.3%
	66-75	44.4%
	76-85	35.0%
	86+	4.3%
Severity of diagnosis	Level 0	28%
	Level 1	65%
	Level 2	18%
	Level 3	7.2%

Figure 1. EPPC actions 2006-2013



	Knowledge	Habits and lifestyles	Self-care*	Stair George questionnaire*
Start of sessions	63.4%	64.0%	20.9	22.2%
End of sessions	75.4%	69.0%	17.2	31.3%
6 months afterwards	75.9%	69.0%	16.8	29.6%
12 months afterwards	77.6%	71.0%	16.4	31.3%

*Self-care and Stair George questionnaire of quality of life: the lower the score, the better.

	Primary Care	Emergency visits	Hospital admissions
1 year before starting sessions	2.86	0.39	0.19
1 year after finishing sessions	1.64	0.21	0.11

Results

EPPC leads to relevant changes in the role of patients, healthcare professionals and the healthcare system as a whole:
 Patients develop an active role, exchanging knowledge and improving in self-care and quality of life (Table 3).
 Healthcare professionals improve the understanding of challenges of patients suffering from a chronic disease, including changes in lifestyle and habits (Table 4).
 Healthcare system brings about a transition from a paternalistic approach to healthcare to a participative process with the patient.
 ESCA preliminary results (N=624) show that problems seem not to be evenly distributed. However, these results are partial (January-March, thus not representative). Difficulties appear to be associated with:
 People aged 65 and over, but also between 15 and 44 years old.
 Males.
 People without secondary education.
 People who report a bad state of health.

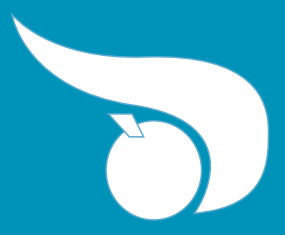
Conclusions

- Promotion of health literacy in patients with chronic diseases by themselves is a good strategy in order to improve self-care skills and quality of life, and to improve the use of health services.
- EPPC leads to a change in the role of patients, but also of professionals and institutions when looking at chronic diseases.
- Problems in health literacy appear to be more frequent in healthcare and disease prevention dimensions than in health promotion.
- Health literacy programmes should address specific problems and focus on particular groups.

References

1. Health Plan for Catalonia 2011-2015. Ministry of Health, Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/hsoc/pdf/hsoc15.pdf>
2. Health Survey of Catalonia. Ministry of Health, Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/hsoc/hsoc15.pdf>
3. HLS-EU CONSORTIUM (2010). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey (HLS-EU). <http://www.health-literacy.eu>

EPPC and ESCA are public programs funded by the Ministry of Health of the Government of Catalonia. Authors declare that have no conflict of interest.

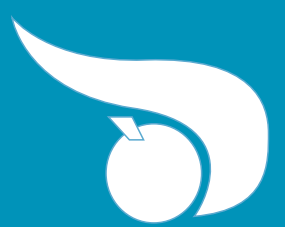


La Salud en todas las políticas. Una posible respuesta a los nuevos retos

Girona, 23 de junio de 2017

Dr. Joan Guix y Oliver

Secretario de Salud Pública de
la Generalidad de Cataluña



Alma Ata 1978



8th Global Conference
 on Health Promotion
HELSINKI 2013

Salud en todas las políticas



Adelaide 1988

Políticas públicas favorables para la salud

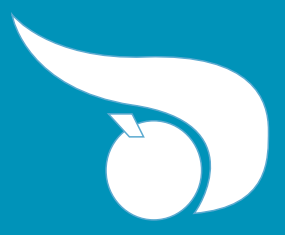




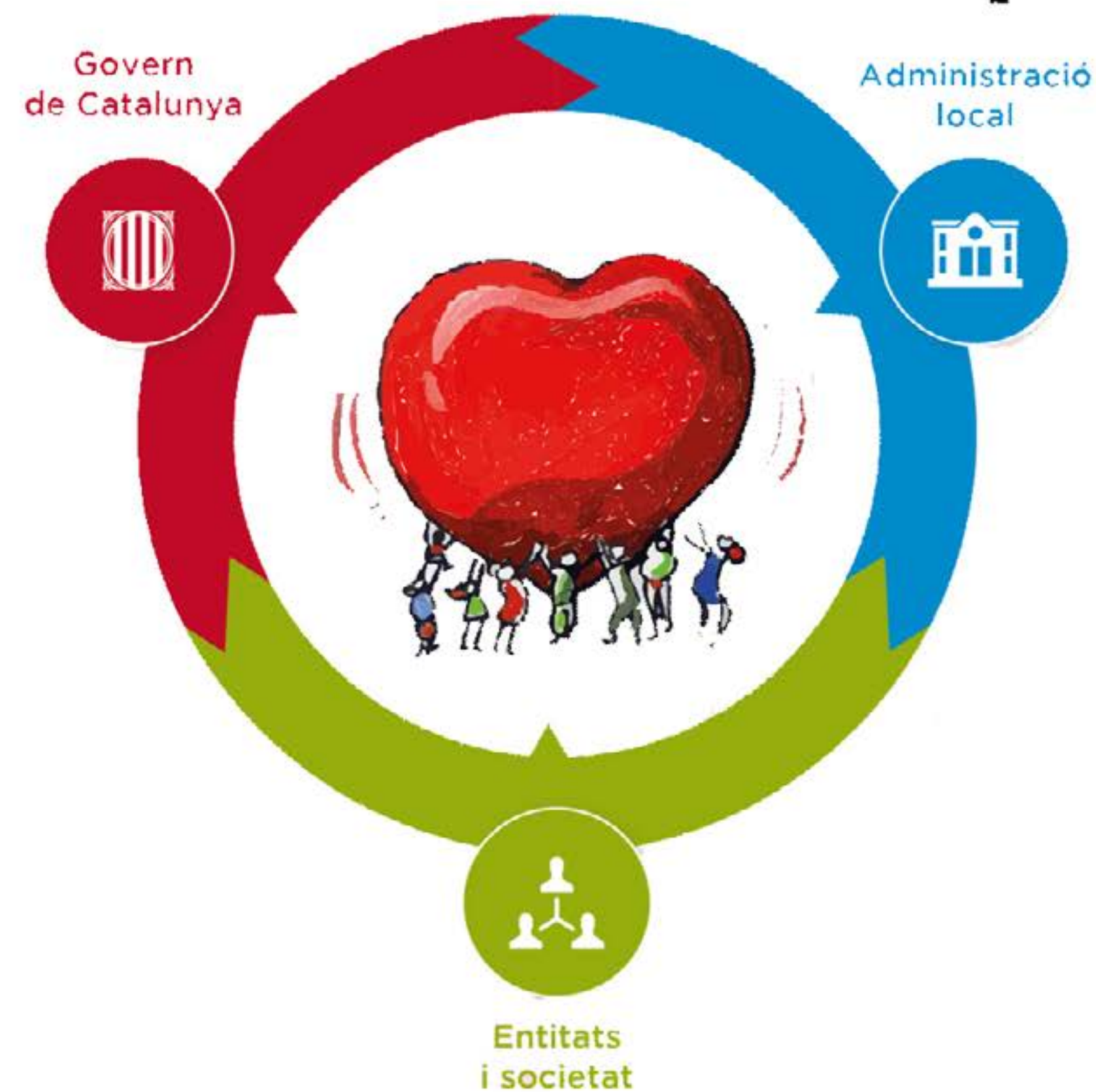
“ No basta con que los hechos estén de nuestro lado. Para modificar el entorno donde las personas toman decisiones sobre su modo de vida, los gobiernos deben mostrar un compromiso, un coraje y una persistencia extraordinarios. ”

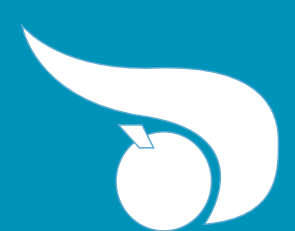
Dra. Margaret Chan
Directora General de la
Organización Mundial de la Salud
Shanghai. 21 de noviembre de 2016.





Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública |PINSAP|





El PINSAP concreta en Catalunya la STP

- ≈ Recogido en la Ley de Salud Pública de Cataluña 18/2009 aprobada por unanimidad
- ≈ Incluido en el Plan de Gobierno, el Plan de Salud y en la Agenda 2030: Transformar Cataluña, mejorar el mundo
- ≈ En consonancia con las estrategias internacionales y con el apoyo de la OMS
- ≈ La primera edición del PINSAP fue aprobada por el Gobierno el 18/2/2014, y se ha aplicado hasta ahora recogiendo más de 1226 actuaciones con posible impacto en salud.



5 Objetivos Instrumentales

1 Implicar a todo el Gobierno (autonómico y local) y la sociedad para que puedan capitalizar su influencia positiva sobre la salud

- ≈ Búsqueda de sinergias
- ≈ Ligando el enfoque de la salud en todas las políticas con la de sostenibilidad (ODS) y la equidad
- ≈ Sistematización del Test Salud y la Evaluación de Impacto en Salud

Test Salut
 *obligatori

Introducció

Nom de la política *

Tu resposta _____

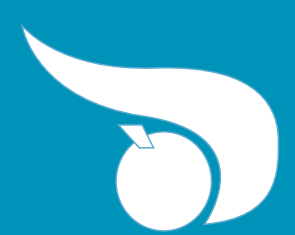
Unitat responsable *

Tu resposta _____

Departament o institució responsable *

Tu resposta _____





2 Mejorar la coordinación y promover sinergias que comporten un incremento de la efectividad, la eficiencia y la equidad de las políticas intersectoriales sobre la salud y el bienestar

Fortalecimiento de las alianzas con otros planes interdepartamentales (salud mental, PIAISS, etc.) y otras administraciones a través de grupos de trabajo por áreas y proyectos a múltiples niveles





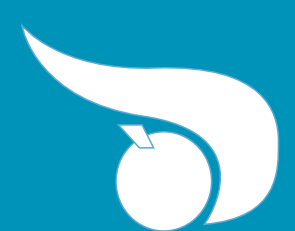
3

Mejorar la coordina Desplegar territorialmente el PINSAP de forma que sus actuaciones lleguen a toda Cataluña implicando los recursos propios de cada zona y potenciando su carácter participativo



Refuerzo de la gobernanza en todos los niveles

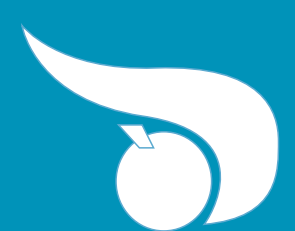




Implicación territorial de 800 personas (aprox.)

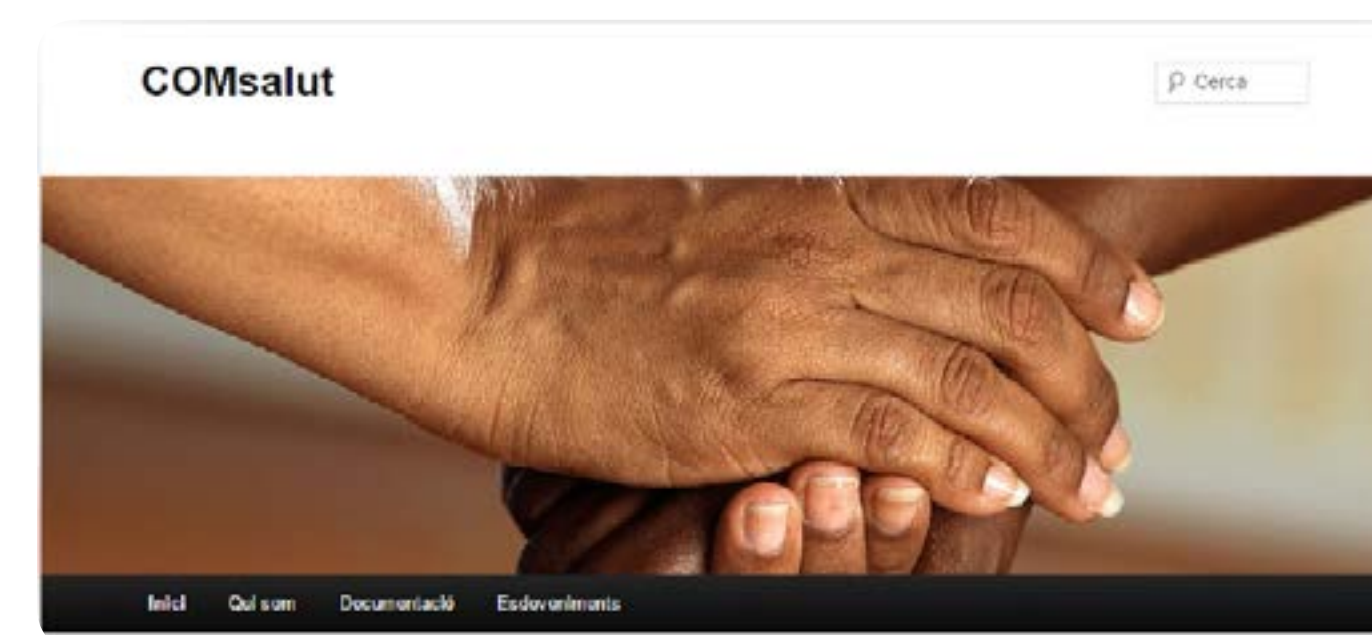
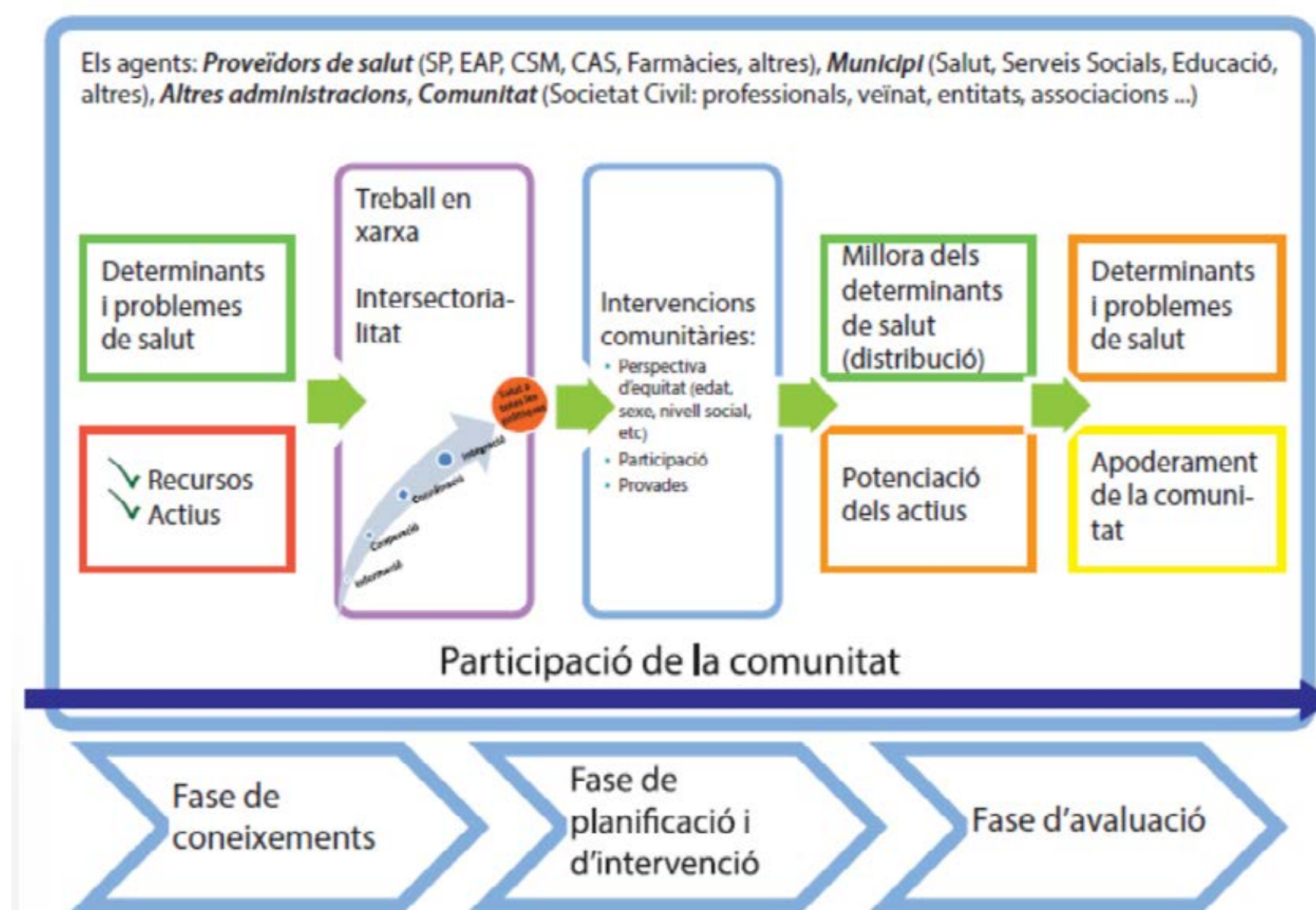


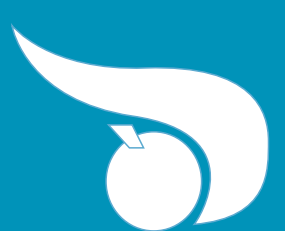
23 COMISSIONS TÈCNIQUES DE STP							
	Barcelona	Girona	Alt Pirineu i Aran	Catalunya Central	Camp de Tarragona	Lleida	Terres de l'Ebre
1	Envel·liment	Joves i consum	Envel·liment - noves tecnologies	Envel·liment/ activitat física	Desigualtats Vulnerabilitat	Envel·liment	Envel·liment i despoblació
2	Salut laboral	Entorn, activitat física i alimentació	Accidentabilitat a la muntanya- Seguretat viària	Alcohol - addiccions / joves	Oci saludable	Desigualtats / migració / poblacions vulnerables	L'entorn com a 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
4	Habitatge i urbanisme						
ALTRES	<ul style="list-style-type: none"> • CT – Grup de treball (inter)universitari per introduir la STP als currículums escolars, universitaris i professionals (coordinació per la UAB) • CT habitatge / urbanisme saludable i sostenible > coordinada des del COAC, integrant-hi persones d'altres àmbits temàtics relacionats 						



4 Impulsar los proyectos de salud comunitaria hasta conseguir que cada comunidad en Cataluña sea una comunidad saludable (aquella que possibilita que las personas que viven en ella puedan desplegar al máximo su salud)

Despliegue progresivo del Proyecto COMSalut de Salud Comunitaria en el marco del ENAPISC

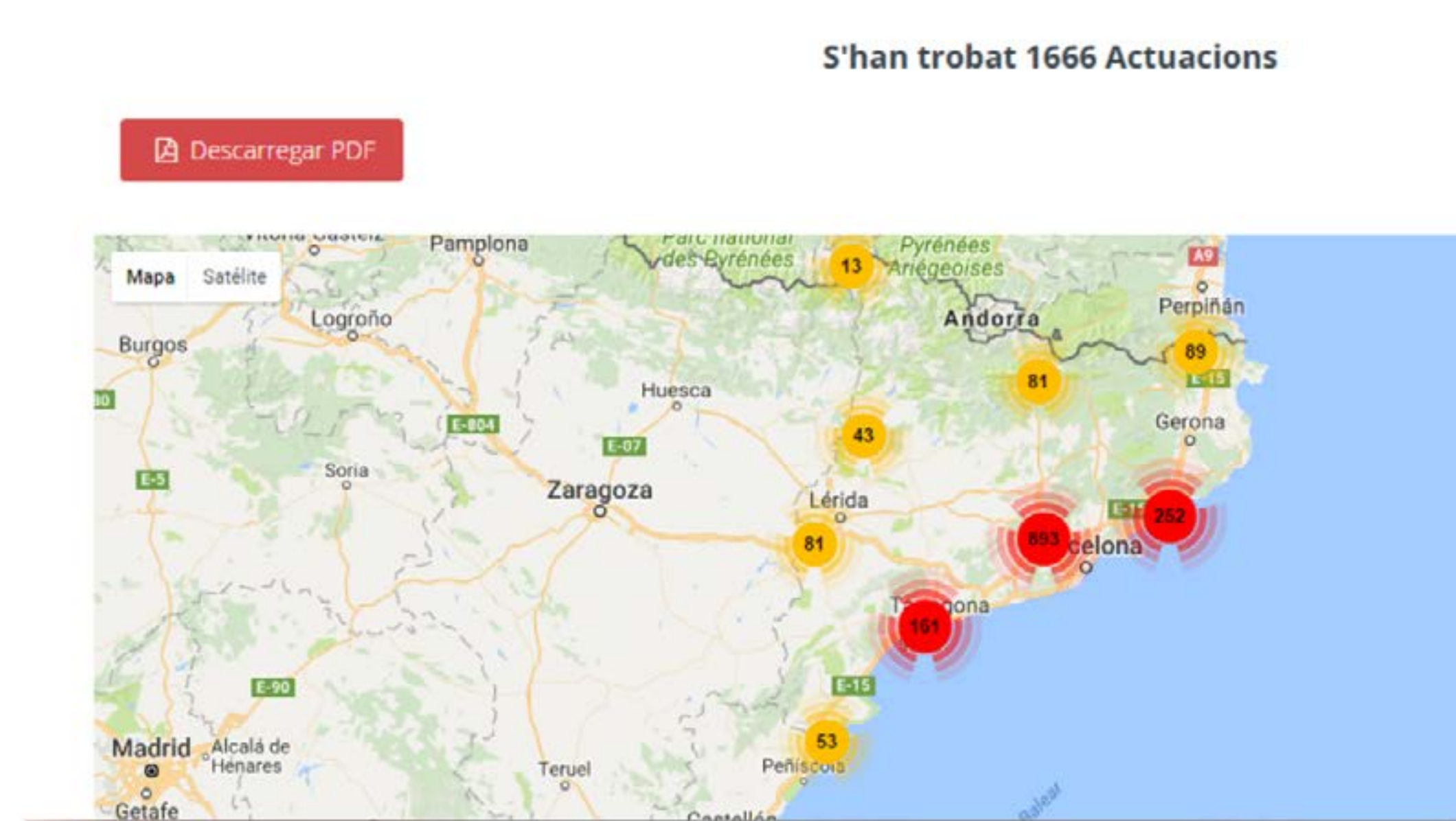


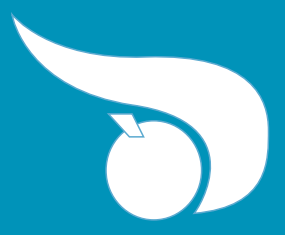


5 Potenciar un enfocament salutogènic, apoderant a les persones i les comunitats, potenciant la generació de salut a través de les recursos i actius comunitaris

Mapa de recursos i actius comunitaris per a la salut

The screenshot shows a web application interface for searching community actions. At the top, there is a breadcrumb trail: "Inici > Sobre l'Agència > Pla Interdepartamental de Salut... > Actius i salut > Cercador d'Actius i salut". Below this, there are social media icons and a "Cercador d'Actius i salut" header. A cookie consent message is displayed: "Utilitzem cookies per assegurar que aconseguixes la millor experiència al nostre web." with a "D'acord" button. The main search area is titled "Cercador d'Actuacions a Catalunya" and shows "1666 Actuacions". It features several filter sections: "Categories" with checkboxes for "Infància i joventut", "Dona", "Gent gran", "Persones en risc d'exclusió", "Escola de pacients", "Salut Mental/Benestar", and "Persones cuidadores"; "Municipi" with a dropdown menu set to "Qualsevol"; "Població destinatària" with a dropdown menu set to "Qualsevol"; "Tipus" with a dropdown menu set to "Qualsevol"; and "Situació actual" with a dropdown menu set to "Actius".





Áreas prioritarias

- ≈ Continuación proyectos (Horizonte 2020) en marcha: Prescripción social, FITJOVE, AMED, COMSalut, Letras y salud, etc.
- ≈ Acción focalizada intersectorial, interdepartamental e interadministraciones sobre los determinantes en temas específicos:

- Entorno (incluye cambio climático)

- Obesidad (incluye alimentación y lucha contra el sedentarismo)

- Salud mental / bienestar emocional

- Seguridad viaria y prevención de lesiones

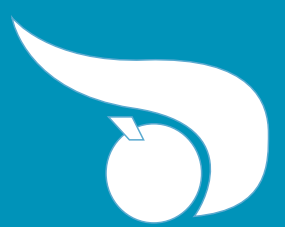
- Vulnerabilidad y exclusión social

- Problemas de salud emergentes

- Tabaco

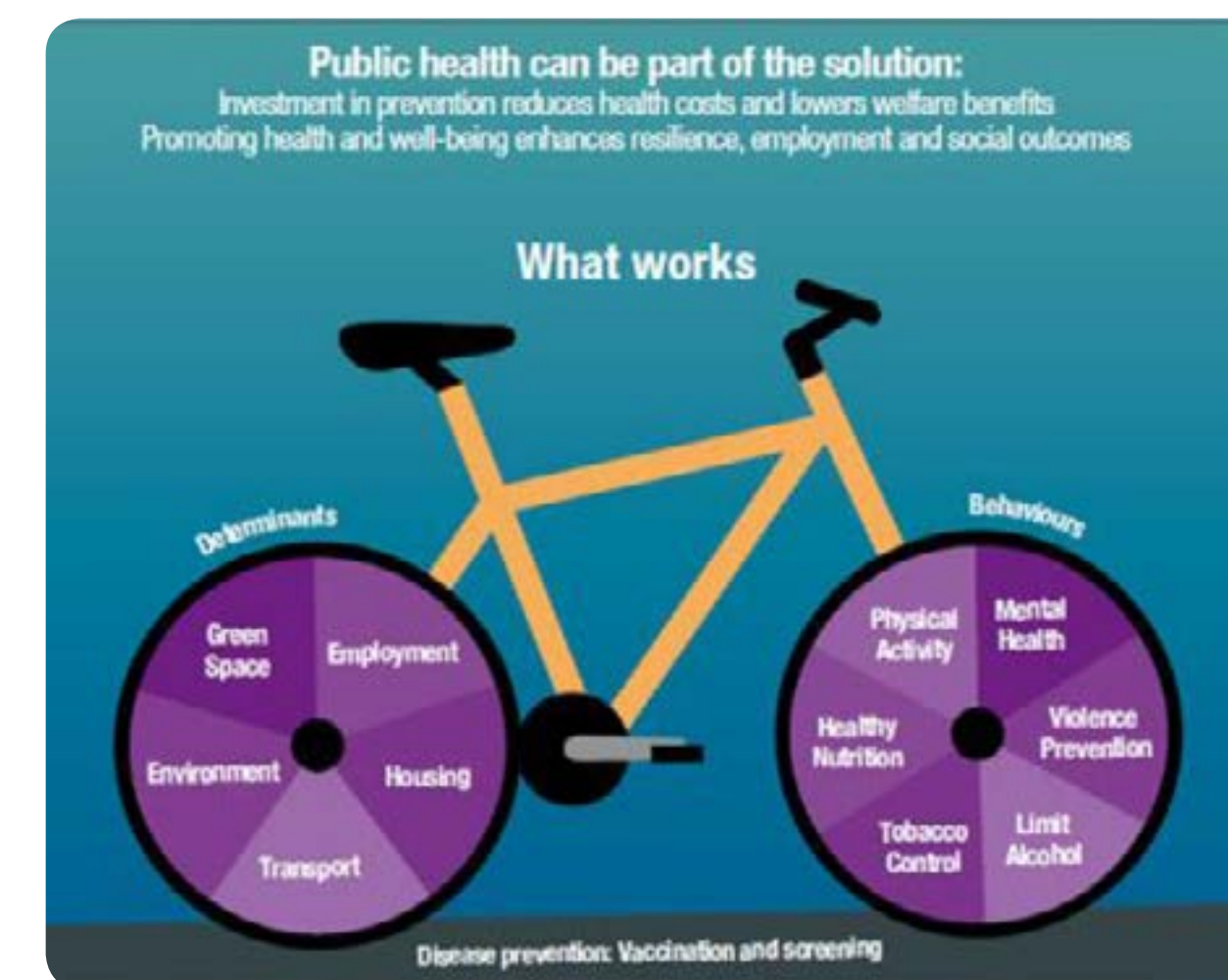
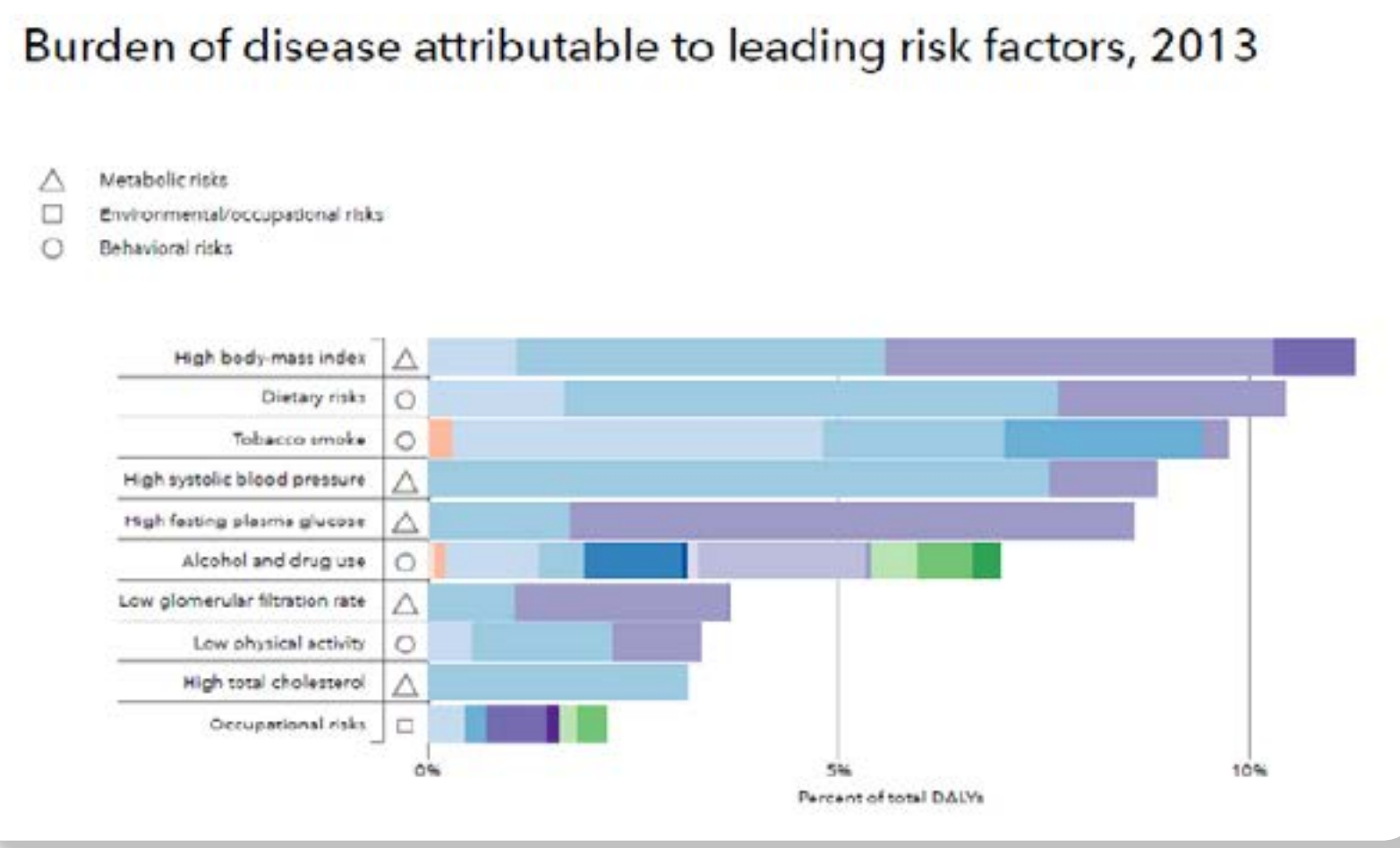
- Envejecimiento activo y saludable

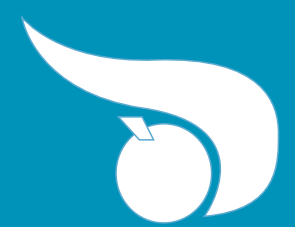
- Consumo de alcohol y otras drogas



¿Por qué se han escogido estas áreas?

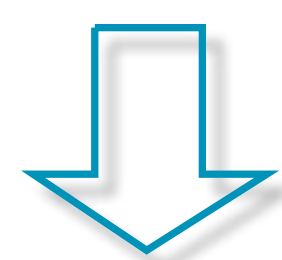
- ≈ La OMS las identifica como retos para el siglo XXI.
- ≈ Están relacionadas con los ODS.
- ≈ Son factores de riesgo de mortalidad prematura o discapacidad.
- ≈ Son problemas complejos (wicked) que requieren abordaje intersectorial.
- ≈ Hay evidencia de intervenciones que funcionan.



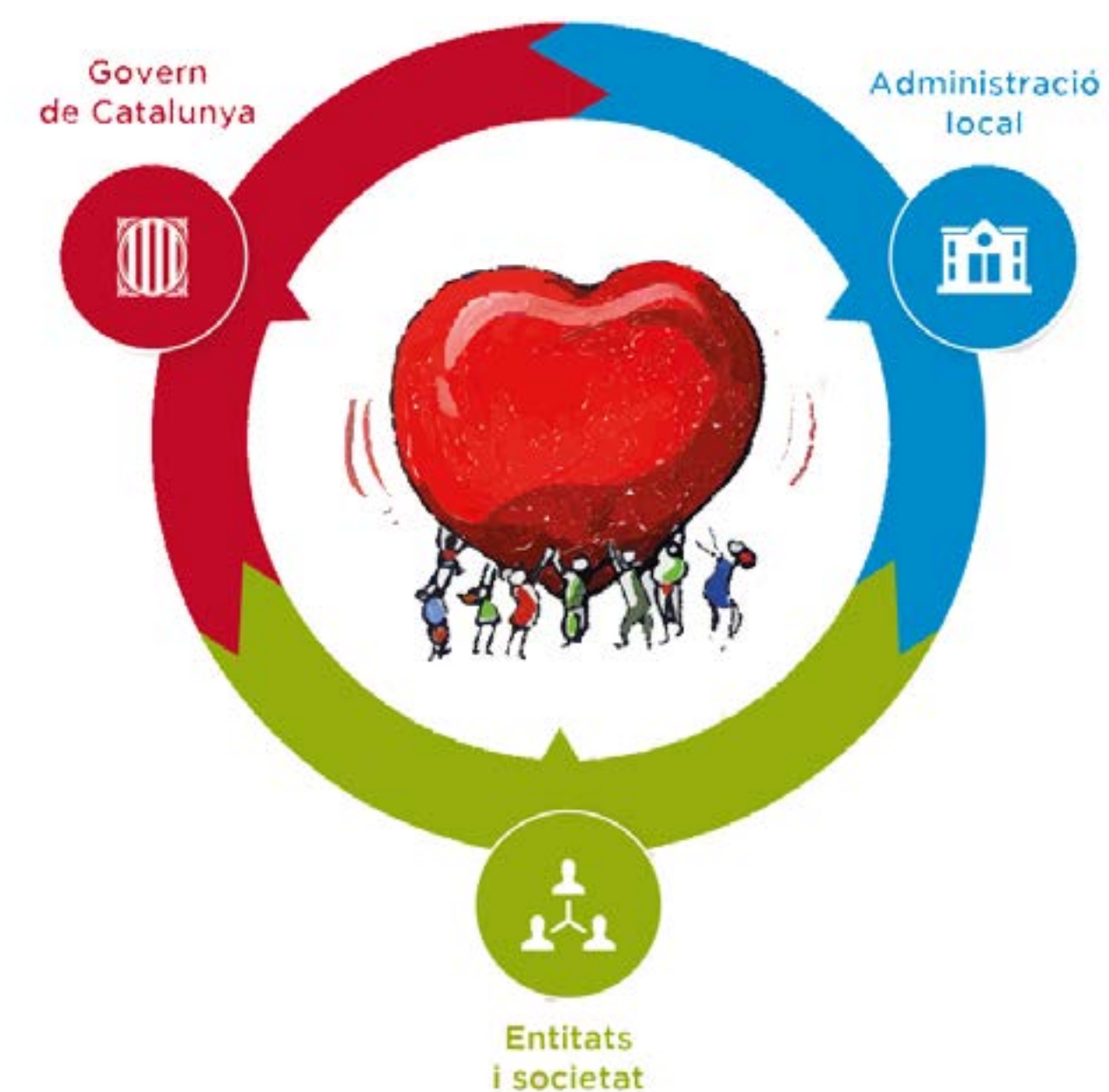


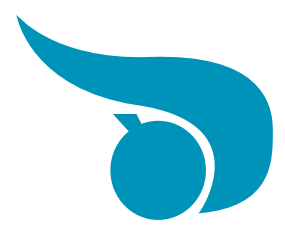
EL PINSAP ...

- ≈ Un plan concreto que recoge la acción de los gobiernos autonómico y local y la sociedad, que obtiene resultados en salud
- ≈ Un producto dinámico y abierto, que va incorporando propuestas y busca la participación y la coproducción de la salud
- ≈ En consonancia con experiencias internacionales
- ≈ Con una atención especial al gradiente social de la salud y a la lucha contra las desigualdades



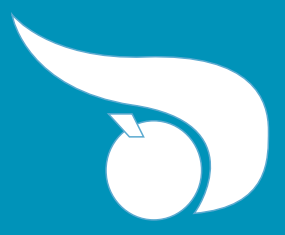
Una Catalunya más sana,
equitativa y sostenible





III Simposi Mediterrani de Promoció de la Salut
III Simposio Mediterraneo de Promoción de la Salud
III Mediterranean Symposium on Health Promotion

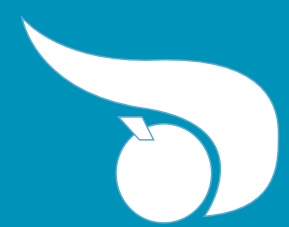
PUBLICACIONES



Health right across the mediterranean - tackling inequalities and building capacities: Sketches from an international workshop

Emilio Di Maria

Representative of the Scientific Committee
Department of Health Sciences, University of Genova
(Italy)



“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health” (First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986). That is, health is currently recognised as the result of a process, which starts with the common constitutional and social determinants and continues along a path of awareness and empowerment. To date, the Mediterranean is a field for conflicts and tragedies connected with the stream of refugees from Africa and Middle East. The differences in culture, religion, heritage, far from being a source of growth, are cause of conflict. Though the principle of health right is repeatedly stated, the presence of striking inequalities in health status, healthcare and health promotion is dramatically apparent.

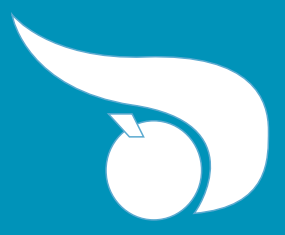
The Dept. of Health Sciences of the University of Genova, in collaboration with the Dept. of Modern Languages and Cultures and the UNESCO Chair on Anthropology of Health Biosphere and Healing Systems, organised the multidisciplinary workshop “Health right across the Mediterranean - tackling inequalities and building capacities” which was held in Genova, Italy, on April 6th 2017. The event was under the patronage of the International Council for Philosophy and Human Sciences, the UNESCO Chair “Training and Empowering Human Resources for Health Development in Resource-limited Countries” and other organisations, and was included in the programme offered by the University of Genova as Regional Action Centre for Italy of the International Year of Global Understanding.

The workshop focussed on one key question: what are the key actions to tackle health inequalities and improve health for people living on or moving across the Mediterranean? We aimed to discuss the local and current situation with regard to health and healthcare in the Mediterranean area, by applying the lenses of global health and public health. Each topic selected for discussion entailed both the local and global perspective.

Keynote lectures were given by Michal Marmot, Inst. of Health Equity, London (The health gap: social determinants and health equity); Santino Severoni, Public Health and Migration, WHO (Migration at the Core of Public Health); Grammenos Mastrojeni, Italian Ministry of Foreign affairs and international cooperation (The effect of local and global environment on human health); Michael Singleton, Louvain; Francisco Raga Gimeno, University of Castellón. The main themes and results from multidisciplinary discussion will be presented.

Selected papers presented at the workshop will be collected in an indexed volume of the book series “Health Pathways” published by Genova University Press.

KEYWORDS: Mediterranean, migration, health inequalities, global health, multidisciplinary



Health technology assessment as a tool for improvement of health equity and healthcare coverage

Gladdo Flego

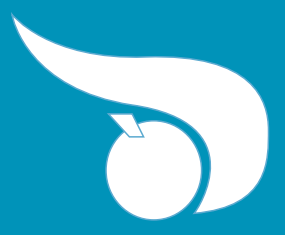
Rete Ligure HTA
Ospedale Evangelico Internazionale, Genova

Francesco Cardinale

Ospedale Evangelico Internazionale (Genova)
ASL 4 “Chiavarese”

Emilio Di Maria

Dept. of Health Sciences, University of Genova (Italy)



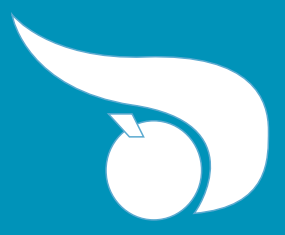
The term “health technology” includes not only equipment and biomedical instruments, but also medical devices, drugs, vaccines, organizational procedures, i.e. everything is put in place to produce and promote better health. Health Technology Assessment (HTA) is a multidisciplinary approach that provides a bridge between research, clinical practice and decision-makers, enabling them to define priorities for investment (or disinvestment), and define an accountable program of public investment in health, favouring also empowerment processes. The consequences of this approach are apparent in reducing health inequalities by addressing resource allocation on effective and sustainable technologies. For these reasons, the World Health Organization (May 2014) adopted a resolution that includes the following statements: one of the greatest challenges to achieve universal health coverage is the pursuit of equity, quality and efficiency of health systems, which entails the need to choose wisely and efficiently manage the technologies to be adopted; due to the scientific and technological complexity, not all countries are able to have the skills for Health Technology Assessment; in these cases, the building of networks between countries and institutions is of utmost necessity.

The Liguria Network for HTA is operational since April 2011. The Liguria Region requires the formal adoption of a HTA procedure for the acquisition of any new technology, according to the Hospital Based HTA model. The Network also carries out assessments at the direct request of the Regional Health Department and provides support to the Regional Centre for

Purchases (CRA). The Network has promoted, together with the Dept. of Health Sciences of the University of Genoa, OISG, and the regional unit of the Italian Society of Migration Medicine, the conference “Inequalities and Policies for Health: what future for Health Rights“. The Liguria Network for HTA is also part of the Italian Network for Health Technology Assessment and established international professional exchanges with experts from Countries in economic transition (South Africa, India); it has also signed an agreement with the Global Health Centre of Tuscany Region.

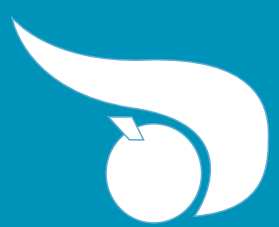
HTA is increasingly becoming a “global instrument”, with an interesting possible development in the area of international cooperation, by providing (also through direct solicitation of international networks) experience and expertise to the capacity building process, whose need was strongly underlined by WHO.

KEYWORDS: HTA, equity, global health, universal health coverage, international cooperation



Programa de revisió de l'alimentació i l'activitat física en residències de gent gran al Ripollès

Joana Terrades
Carles Mundet
Joan Riu
Marí Trepà
Maria del Mar Morell



Introducció

L'Agència de Salut Pública de Catalunya, prioritza la promoció de la salut de les persones grans.

El Programa s'emmarca dins el concepte d'envelliment actiu i saludable: promou una alimentació saludable i la pràctica de l'exercici físic a les residències de gent gran, aportant benestar als usuaris.

A Girona el Programa s'ha iniciat al Ripollès, per ser una de les comarques més envellides de Catalunya (Dades Idescat 2016):

- ≈ Índex Envelliment Ripollès 197,8 Catalunya 116
- ≈ Índex Sobreenvelliment Ripollès 18,1 Catalunya 16,1

Mètodes

El Programa es basa en una visita als centres geriàtrics del ripollès (6 en total) per tal d'explicar el programa i recollir informació mitjançant el Qüestionari sobre l'alimentació i l'activitat física en centres de gent gran.

S'ha entregat la Guia *'Recomanacions d'alimentació i activitat física per a centres d'acolliment residencial per a persones grans'*.

Així mateix s'omple la fitxa de contactes de cada centre, per tal de disposar d'un cens actualitzat.

Resultats

Tots els centres tenen més aspectes positius en relació a l'activitat física que a la l'alimentació.

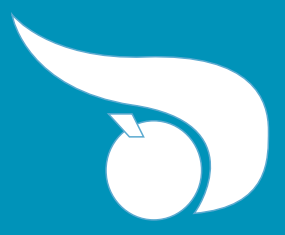
Tots els centres disposen de programes d'activitat física, que s'adeqüen als residents i organitzen moltes activitats. Tres d'ells han de millorar en relació als protocols i al control de l'activitat física a l'ingrés.

Pel que fa a l'alimentació s'han fet recomanacions de millora en relació al control de pes, del servei de dietista, de control alimentari i respecte el patró alimentari.

Conclusions

L'aplicació del Programa ha permès:

- ≈ Conèixer les activitats de promoció de l'envelliment actiu que s'apliquen en les residències del Ripollès.
- ≈ Fer propostes de millora adaptades a cada centre, mitjançant els informes, contribuint al benestar dels residents.



Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys)

Gemma Salvador Castell

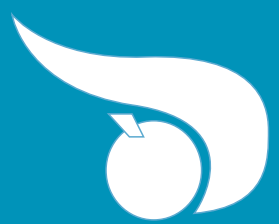
Maria Manera Bassols

Maria Blanquer Genovart

Conxa Castell Abat

Carmen Cabezas Peña

Agència de Salut Pública de Catalunya.
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.



Introducció

El procés d'aprenentatge d'hàbits alimentaris és especialment important durant els primers anys de vida ja que facilita un bon estat nutricional i un creixement òptim, i pot ajudar a consolidar l'adquisició d'hàbits saludables per a l'edat adulta.

Des de l'Estratègia PAAS (Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable) de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), s'ha impulsat l'abordatge dels consells dietètics dirigit als infants petits, des d'una perspectiva dietètica-nutricional i també d'acompanyament de l'àpat.

Mètodes

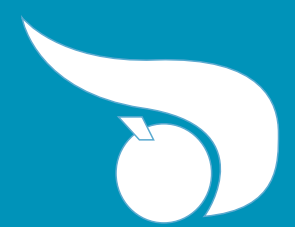
Actualització de la guia de 2009 a partir de la revisió de la nova evidència científica i del consens i aportacions de societats científiques i educatives, professionals sanitaris i experts en les matèries. La guia inclou aspectes novedosos com la flexibilització del calendari d'incorporació de nous aliments, la recomanació d'incloure textures diferents dels triturats, el respecte per la sensació de gana de l'infant i la importància de l'àpat com a espai de contacte, relació i afecte. També reforça l'alletament matern, el control de la ingesta de proteïna, la promoció del consum de llegums, i la necessitat de reduir el consum de postres làcties, sucs, galetes, cereals d'esmorzar, etc.

Resultats

Edició, impressió i distribució als centres d'atenció primària i llars d'infants de Catalunya de 6.000 exemplars de la guia i 50.000 exemplars d'un tríptic resum per a famílies. 27 sessions de presentació a 1875 professionals de pediatria i d'escoles bressol. Edició d'un document que recull les 60 preguntes més freqüents recollides a les sessions presencials.

Conclusions

La nova guia, així com totes les accions de suport que l'han acompanyat, han tingut una àmplia difusió i una gran acollida entre els professionals sanitaris i de l'educació, així com entre les famílies. Pretén ser un instrument útil d'informació i assessorament, amb l'objectiu final de millorar la qualitat de l'alimentació dels infants i el seu desenvolupament.



Marxa nòrdica una eina de salut en el nostre hospital “salut en marxa”

Caballero FM

Covarrubias S

Cervera C

Ebola B

Tenorio A

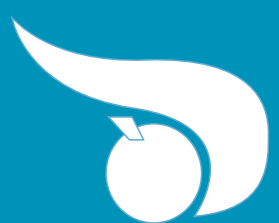
Servei de Medicina Física i Rehabilitació.
Corporació Sanitària Parc Taulí

Peña P

Servei de Prevenció de Riscs Laborals

Navarro G

Unitat d'Epidemiologia. Corporació Sanitària Parc
Taulí Saludable (Sabadell, Barcelona)



Antecedents

En els darrers anys l'esperança de vida s'ha incrementat considerablement. El següent repte és que aquest allargament de la vida sigui de qualitat, per tal que es pugui viure en plenitud, d'acord amb les característiques i circumstàncies pròpies de cada edat.

La marxa nòrdica és un exercici aeròbic que es realitza a l'aire lliure. Consisteix en caminar amb uns bastons específics, de manera harmònica i equilibrada aconseguint la participació de quasi el 90% de la musculatura. Per obtenir els seus beneficis és important realitzar una tècnica correcta. Aplicada a l'àmbit de la salut, la marxa nòrdica és saludable, segura i fàcilment incorporable a la vida diària. Aquest projecte té com a finalitat la protecció de la salut dels usuaris, dels professionals de la institució i de la comunitat en general.

Metodologia

Al mes de febrer del 2017 el Servei de Medicina Física i Rehabilitació de la CSPT va iniciar l'activitat de marxa nòrdica amb un primer grup de pacients amb fibromiàlgia i un grup de treballadors de l'hospital.

Els grups estan dirigits per fisioterapeutes formats com a monitors en marxa nòrdica en l'àmbit sanitari. La periodicitat de l'activitat ha estat setmanal, amb una durada d'1 a 2 hores per sortida,

fins un total de 9-10 sessions. Les sessions són teòrico-pràctiques i estan adaptades a les característiques específiques de cada grup. Consten de tres parts: escalfament, activitat de marxa i estiraments.

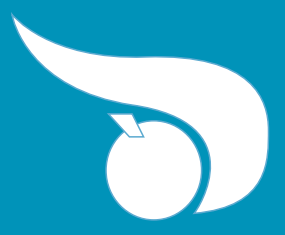
Resultats

El nombre de participants ha estat de 67, distribuïts en nou grups, 7 de pacients i dos de professionals sanitaris. S'han realitzat quatre grups de malalts amb fibromiàlgia, 2 de pacients amb malaltia de Parkinson, un altre amb limfedema d'extremitat superior, i dos grups de professionals del Parc Taulí sense patologia de l'aparell locomotor.

Les valoracions dels participants, un cop finalitzada l'activitat, ha estat en més del 90% molt positiva, i la majoria suggereixen ampliar l'activitat a més sessions.

Conclusions

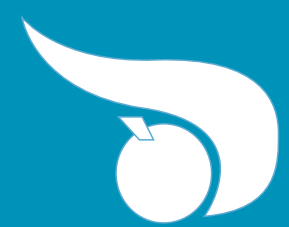
És necessari adquirir i mantenir uns hàbits saludables per a millorar l'estat de salut; adquirir coneixements de com mantenir la capacitat física així com promoure l'autoeficàcia del professional en la gestió de la seva salut i seguretat.



Promoció de l'envelliment actiu en centres de gent gran a l'alt maresme

Sureda Solà E
Cid Maresma RM
Terradas Cama J
Mundet Sucarrats C
Martínez Tomé M

Agència de Salut Pública de Catalunya



Introducció

Les estratègies per promoure l'envelliment actiu entre les persones grans que viuen institucionalitzades es sustenten sobre l'alimentació i l'activitat física. En la gent gran, una escassa activitat física condueix a la pèrdua de capacitats bàsiques (força muscular i coordinació), i aquests dèficits, alhora, comprometen l'autonomia personal i augmenten el risc de patir caigudes.

L'Agència de Salut Pública de Catalunya duu a terme un programa per promoure l'envelliment actiu als centres residencials per a gent gran.

Mètodes

- ≈ Visita als centres, explicació del programa i recollida d'informació mitjançant un qüestionari pre-dissenyat
- ≈ Elaboració d'un informe personalitzat amb recomanacions de millora
- ≈ Classificació dels centres en base als resultats amb un codi de colors (verd: paràmetres d'alimentació i d'activitat física adequats, vermell: cap dels dos és adequat, taronja: un és adequat i l'altre no)
- ≈ Avaluació de l'impacte mitjançant un qüestionari de seguiment
- ≈ Avaluació global dels resultats

Resultats

- ≈ 21 visites/22 centres censats
- ≈ El 100% dels centres tenen aspectes a millorar entre els següents:
 - Alimentació:
 - Control de pes a l'ingrés i/o mensual (61,9%)
 - Servei de dietista propi o externalitzat (47,61%)
 - Control d'hàbits alimentaris a l'ingrés. Menús estacionals. Registre d'ingestes (85,71%)
 - 5 àpats separats cada 2 – 2,5 hores i/o desdejuni nocturn que supera les 12 hores (14,28%)
 - Activitat física:
 - Protocols d'activitat física (14,28%)
 - Control d'activitat física a l'ingrés (9,5%)
 - Informes realitzats: 21

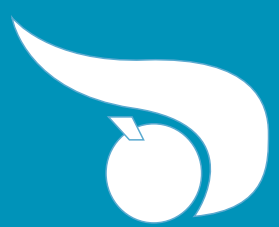
Conclusions

- ≈ Cobertura: 95,45% (un centre no ha volgut participar).
- ≈ Aspectes a millorar més relacionats amb l'alimentació que amb l'activitat física. Cal destacar que un 85,71% dels centres no omple el registre de les quantitats d'ingestes dels residents o no fa control d'hàbits a l'ingrés.
- ≈ S'han classificat els centres amb el codi de colors i el 90,47% són taronges: aspectes a millorar d'alimentació o d'activitat física.
- ≈ Resta pendent realitzar el qüestionari de seguiment per avaluar l'impacte (setembre 2017).



Harmonització d'aspectes de seguretat alimentària per a fer formació a les entitats que fan distribució i/o donació d'aliments

Rosa M. Rustullet
Juan M. De Miquel
Pilar Garcia
Daniel Gimenez
Ramon Mora
M. Jesús Tolosa
M. Angeles Yagüe
Raquel Arpa
Matí Trepal
Carles Mundet
Joana Terrades
Jesús Torrent



Introducció

La crisi econòmica ha incrementat considerablement les donacions d'aliments a persones perquè puguin sobreviure. En aquest mateix moment la societat també s'ha adonat de la quantitat de menjar malbaratat, que encara es troba en bon estat per consumir.

En un context on manca regulació específica de l'activitat de donació d'aliments. L'ASPCat s'implica en ajudar amb criteris de seguretat alimentària a la xarxa de voluntaris i treballadors de les entitats, que s'encarreguen de gestionar donacions d'aliments a una població vulnerable.

Mètodes

La comissió de Malbaratament i Seguretat Alimentària de l'ASPCat, crea al 2016 la subcomissió de formació i aprenentatge contra el malbaratament alimentari (FAMA), integrada per persones que coneixen les diferents realitats del territori i col·laboren en diferents entitats distribuïdores d'aliments de les donacions.

Aquesta subcomissió ha elaborat material per harmonitzar les formacions d'aquestes entitats en aspectes de seguretat alimentària i incorporant aspectes com les intoleràncies i al·lèrgies, l'equilibri nutricional i l'adaptabilitat a l'usuari.

Resultats

S'han recollit dubtes i necessitats formatives d'algunes entitats.

S'ha elaborat un document, per harmonitzar les formacions, amb els següents apartats: Condicions Generals (Manipuladors, Instal·lacions i equips, Producte), principals perills i com controlar-los, Diagrama de flux, Condicions específiques de les fases de transport, recepció, emmagatzematge, lliurament, manipulació d'aliments i al·lèrgens.

S'han realitzat 7 formacions a Caritas de la província de Girona durant el 2017 a Girona, Cassà de la Selva, Malgrat de Mar, Santa Coloma de Farners, Palafrugell, Figueres i Banyoles.

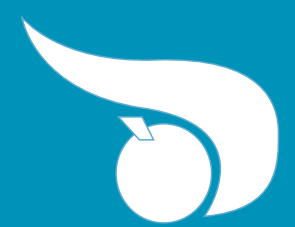
Conclusions

El document harmonitza les formacions de diferents territoris, on hem comprovat l'interès de les entitats per formar-se i fer donacions amb rigor.

El moment on es fan les donacions és important per conscienciar, una població molt vulnerable, en aspectes de seguretat alimentària i equilibri nutricional que poden millorar la seva salut.

És difícil arribar a totes les entitats perquè cadascuna té la seva pròpia gestió.

Queda pendent fer un mapeig d'entitats involucrades en donacions, i continuar proporcionant formacions.



Apoderar en actius als professionals de la salut pel benestar de la comunitat

A. González

M. Lloveras

COMG

J. Maset

C. Bonamusa

COIGI

E. Mas

COPC - Girona

M. Audivert

M. Ferriol

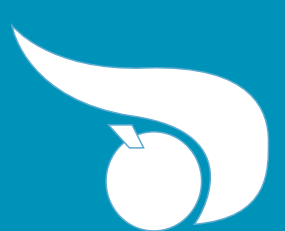
M. Riera

M. Guixeras

COFGI

A. Resplandís

CFC - Girona



Introducció

A partir de la proposta, feta pel Dipsalut als col·legis professionals sanitaris de Girona, de fomentar la Promoció de la Salut (PS) en els propis col·lectius, al 2016 es van crear tres grups multidisciplinaris de treball. El nostre s'ha centrat en fer arribar el model d'actius als companys de professió i així: alfabetitzar, formar, conscienciar i proposar eines en PS als professionals que treballen en l'àmbit sanitari de la comunitat.

Mètodes

Sessió formativa (90 minuts) en identificació i mapatge d'actius:

- ≈ Enquesta pre-sessió per determinar els coneixements previs sobre el tema.
- ≈ Presentació teòrica en PowerPoint (ppt) per explicar conceptes bàsics.
- ≈ Pràctica de mapatge del centre de treball i/o del barri, a partir de plànol mut individual. Sessió plenària i debat per elaborar el mapa d'actius definitiu amb format pòster mitjançant targetes adhesives.
- ≈ Presentació en ppt per aclarir i revisar conceptes i tècniques d'identificació d'actius.
- ≈ Enquestes post-sessió i d'avaluació de la sessió.

Resultats

Els resultats de les sessions realitzades fins ara (ABS: Vila-Roja, La Jonquera, Montilivi) entre 70 treballadors indiquen:

- ≈ 68% dels professionals NO han sentit parlar d'actius i el 78% NO ho diferencien de recurs
- ≈ 42% creuen que PS és evitar malalties cròniques

Al finalitzar la sessió:

- ≈ 100 % tenen clar que és un actiu
- ≈ 93% diferencien actiu de recurs
- ≈ 87% té clar el concepte de PS

Les sessions són avaluades positivament pels assistents.

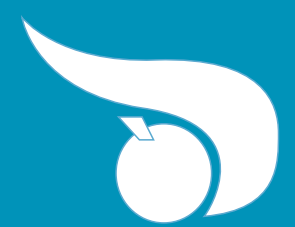
Conclusions

Sortim d'un sistema de salut on la major part d'accions es basen en el model del dèficit, van sorgint moviments a favor del model d'actius, és més sostenible.

És important que hi hagi coneixement d'aquesta metodologia i possibles aplicacions entre els professionals sanitaris (rebut amb molt d'interès).

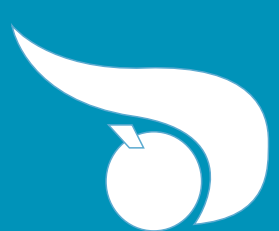
És una manera d'enllaçar els dos models i d'aprofitar la dependència actual cap al sistema sanitari per augmentar l'apoderament de la població.

Queda pendent avaluar els efectes del canvi als sis mesos en aquests professionals i iniciar sessions en la resta de col·lectius.



Hidratació i gent gran. L'aigua és vida

Gemma Casabó Galindo
Pilar Sala Trevejo
Ana Bocio Sanz
Elena García Bueno
Jaume Serra Farró
Elisabet Vives Dalmases
Eva M^a Sorolla Clemente
Montse Font Sanchís
Assumpta Macià Rieradevall
Patricia Garrido



Introducció

Des d'una de les comunitats de pràctica del Departament de Salut, formada per professionals de diferents àmbits, treballem en la promoció de l'envelliment saludable de la població. Els objectius són:

- ≈ Difondre hàbits saludables per promoure la salut comunitària.
- ≈ Fer protagonista les persones grans, apoderar-les i conscienciar-les de la importància d'adoptar hàbits saludables.
- ≈ Dotar d'eines els professionals de promoció de la salut per treballar en l'adopció d'hàbits saludables que ajudin a envellir de la manera més activa i independent possible.

Mètodes

Es basa en el treball col·laboratiu i multidisciplinari de professionals de diferents àmbits. La posada en comú de les tasques que es duen a terme i la recerca de material disponible per a la promoció de la salut en persones grans, ha permès, en una primera etapa, consensuar un material didàctic directe i senzill, dirigit als professionals, a la gent gran i a les persones del seu entorn que en tenen cura, amb idees bàsiques sobre la hidratació en aquesta etapa de la vida.

Resultats

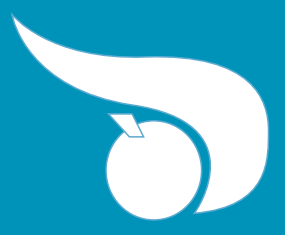
El material consisteix en el següent "pack":

- ≈ Dossier elaborat per la comunitat de pràctica d'envelliment saludable
- ≈ Fitxa sobre la hidratació en persones grans adreçada a professionals
- ≈ Presentació en PowerPoint per als tallers/xerrades
- ≈ Fullet: 10 consells per estar ben hidratats.
- ≈ Vídeo-càpsula de consells sobre hidratació en gent gran
<http://videosalut.gencat.cat/recomanacions-estacionals/hidratacio-i-gent-gran-laigua-es-vida>
- ≈ Enquesta de satisfacció adreçada als professionals

Durant el 2016 i 2017 s'ha fet difusió del material elaborat en diferents ajuntaments i associacions de gent gran i s'han realitzat 12 tallers.

Conclusions

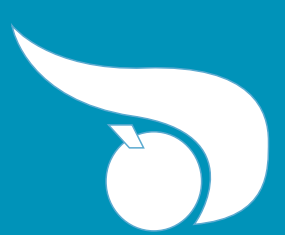
- ≈ El material elaborat serveix tant a professionals, gent gran i població general, ja que aporta de manera visual, fàcil i entenedora les idees bàsiques sobre la hidratació en persones grans.
- ≈ Aquest material és útil per fer conscienciar la població per estar ben hidratats en qualsevol època de l'any.
- ≈ En els tallers i xerrades es poden generar debats que ajudin a resoldre dubtes entorn a l'aigua i la hidratació i alguns problemes de salut derivats.



Programa PDA bullying. Promoción del bienestar en la prevención, detección y actuación para superar el bullying

Ramiro Ortegón

Salut i Educació Emocional (SEER)



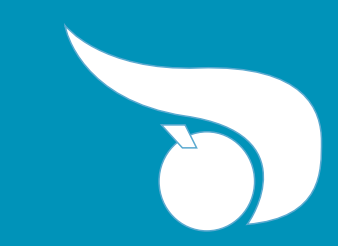
El Programa PDA (Prevención – Detección – Actuación) es una iniciativa global que pretende dar respuesta a toda la comunidad ante la necesidad actual de progreso en el abordaje del fenómeno Bullying. A través de una mirada salutogénica (psicología y salud positiva) donde un “activo” es cualquier recurso (individual, social e institucional) que sostiene y potencia el bienestar, desde SEER (Salut i Educació Emocional) otorgamos el certificado PDA Bullying de buenas prácticas ante el acoso entre iguales, a nivel municipal (red/circuito violencia), a equipamientos municipales, centros educativos, y activos profesionales.

Para ello, asesoramos en la adaptación e implementación del protocolo, a la vez que llevamos a cabo las intervenciones necesarias para el buen desarrollo del mismo. También acompañamos en el mapeo de activos de entorno desde una plataforma web (www.pdabullying.com) que, a la vez que aloja herramientas y recursos salutogénicos ante la violencia, permite geolocalizar dentro de un mapa de territorio aquellos activos de zona filtrados por cada nivel del protocolo PDA:

- ≈ Activos para la prevención: prevención + sensibilización
- ≈ Activos para la detección: Diagnóstico + Tipificación
- ≈ Activos para la actuación:
 - Parar la violencia + Proteger implicados/as
 - Activar el bienestar + Implicar en la resolución
 - Reparación del dolor + Restauración del bienestar

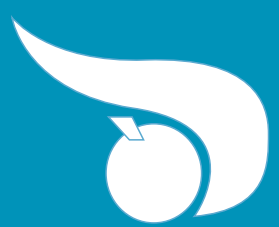
Durante el curso 2016-17, en el marco del programa, realizamos el asesoramiento al circuito municipal de Platja-Castell d’Aro–S’Agaró, la asesoría PDA a 10 centros educativos de la provincia de Barcelona, a 3 de los cuales se les ha otorgado el certificado PDABullying. Hemos realizado 12 formaciones específicas a familias, 35 formaciones a diferentes colectivos profesionales, proyectos integrales PDA Bullying en 8 centros educativos con un total de 26 grupos, 90 talleres con alumnado de primaria, secundaria y ciclos, y 9 acompañamientos a casos individuales desde el espacio de asesoramiento familiar (EAF).

El trabajo realizado durante este curso pretende poder promover la creación de la red #PDABullying en la activación y acompañamiento hacia una sociedad más sostenible y regeneradora. El impacto en el desarrollo socioemocional de los participantes, así como el generado a nivel de sensibilización y evolución social son factores claves para la continuidad del programa en la búsqueda de la salud individual y comunitaria.



Singularització a la RS girona de la prevenció de la mutilació genital femenina (MGF)

Joana Terrades Cama



Introducció

Una de les metes de l'ODS 5 és eliminar el matrimoni infantil, precoç i forçat, així com la MGF. A la Regió Sanitària de Girona hi ha unes 1.828 nenes menors d'edat originàries de diferents països on es practica la MGF (RCA, 2016).

Es vol promoure la prevenció, la detecció, l'atenció, el seguiment i facilitar la reconstrucció a les dones que ho sol·licitin i atenció psicològica. A més de promoure el canvi d'actitud de les famílies, comunitats i cultures practicants.

Mètodes

Per impulsar el treball intersectorial i comunitari local es reforça el vincle entre les taules locals i la provincial designant cada membre de la taula provincial interlocutor de dues taules locals i es creen dos subgrups de treball, el de dinamització del treball intersectorial local i el del foment del treball comunitari. Base informàtica compartida entre taules locals i regional.

Potenciar les habilitats per la vida, principalment empoderament, en zones amb comunitats practicants i formar i capacitar professionals bàsicament d'atenció primària i tallers de sensibilització per les comunitats practicants.

Implantar el circuit de la cirurgia genital després d'una MGF i difondre-la.

Resultats

Informe de la MGF a la RS de Girona. Dades de les 20 taules locals i de la taula regional:

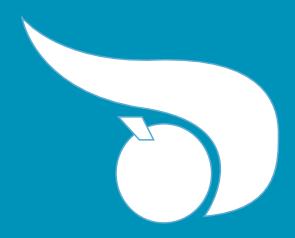
- ≈ 20 tallers comunitaris impartits per mediadores comunitàries a membres de 238 famílies de comunitats practicants
- ≈ 96 revisions amb signatura de compromís informat d'evitació de la MGF
- ≈ 35 nenes que van viatjar i de les que no es té constància del seu retorn
- ≈ 30 professionals principalment de primària formats
- ≈ Presentació del circuit de reconstrucció i difusió

Conclusions

Que cada membre de la taula regional sigui l'enllaç de dues taules locals amb la regional permet conèixer de primera mà el treball més local i avançar conjuntament en tots els aspectes.

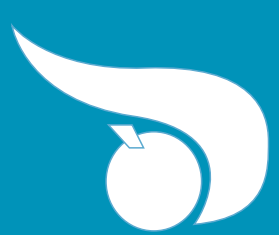
És necessari el treball preventiu bàsicament d'empoderament de les nenes i el treball amb les comunitats que s'està realitzant.

Cal treballar des dels països d'origens i per això hem començat el contacte amb l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament.



Importancia de los activos saludables en el marco de promoción de la salud

Antonio Javier García Martínez
Sergio Medina Díaz
José Ramón Martínez Riera



Introducción

El enfoque y estrategia salubrista de “Entornos Saludables” toma auge a partir de la década de los ochenta como parte del movimiento global y regional de Promoción de la Salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Universidad como centro de trabajo, educativo e institución de especial relevancia debido a que investiga y garantiza el avance de nuestra sociedad no es ajena al valor salud.

La universidad de Alicante está desarrollando actividades relacionadas con la salutogénesis desde hace 25 años, participando en diferentes proyectos.

Cuenta con un gran campus, que se ha convertido en un entorno de transmisión y producción de conocimiento, accesible a la práctica del deporte, la cultura y el disfrute de sus múltiples espacios.

Justificación

El proyecto pretende conseguir que la Universidad de Alicante sea reconocida como Universidad de Alicante, a través de la creación de un Mapa de Activos generando conductas saludables e identificando los activos existentes en la Universidad.

Objetivo

Interiorizar en la comunidad universitaria el concepto de salud desde una perspectiva amplia, libre y participativa que permita desarrollar conductas saludables e identificar los activos existentes en la UA para ello.

Metodología

El diseño de nuestro trabajo es un estudio cualitativo de identificación de activos saludables mediante investigación-acción-participativa a través de informantes clave (IC). La población a la que va referida es a la comunidad universitaria: personal docente e investigador (PDI), personal de administración y servicios (PAS) y estudiantes. El procedimiento de recogida de datos fue a través de cuestionarios que son anónimos y constan de 14 preguntas.

Resultados

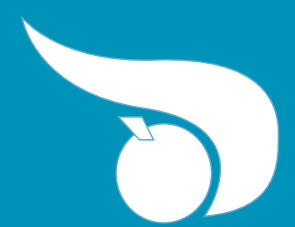
Los datos están a falta de ser tabulados para su análisis.

Conclusiones

Con el desarrollo del proyecto se ha demostrado la importancia de los activos de salud para la generación de conductas saludables. De qué forma, genera una mejor salutogénesis en todas aquellas personas que se benefician de ellos.

No solamente en el ámbito universitario, sino en ámbitos urbanos, hospitalarios, etc.

PALABRAS CLAVE: activos de salud, salutogénesis, entorno saludable, mapeo de activos, empoderamiento, resiliencia.



Avaluació de l'efecte del sentit de coherència en la percepció de sobrecàrrega per part de familiars cuidadors de persones dependents

Oriol Turró Garriga

Grup de recerca en Envel·liment, Discapacitat i Salut de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Girona [IdIBGi], Salt (Girona)

Sílvia Ferrés Costa

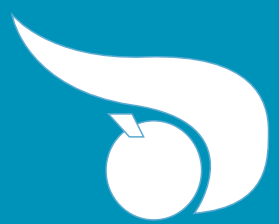
Centre de serveis per a la gent gran Edat3Besalú, Besalú (Girona)

Albert Pérez Terré

Cooperativa Edat3 SCCL Atenció domicil·lària, Olot (Girona)

Pau Batlle Amat

Àrea de Polítiques de Promoció de la Salut i Qualitat de vida de Dipsalut (Organisme de Salut Pública de la Diputació de Girona), Girona (Girona)



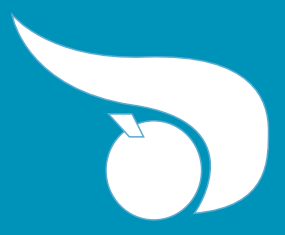
L'atenció a la dependència és un repte creixent per a la nostra societat, que en el context Mediterrani és assumit principalment per les pròpies famílies de la persona dependent. No obstant això, sovint s'ha dit que el cuidador és la víctima secundària en aquests processos per la gran càrrega que assumeixen. Alguns estudis han demostrat que la major càrrega percebuda per les persones cuidadores està associada a un menor sentit de coherència (SOC). L'objectiu d'aquest estudi és determinar la relació del SOC i les seves dimensions amb la càrrega percebuda per persones cuidadores de persones dependents que viuen al domicili.

Estudi dut a terme amb les persones participants de l'Escola de Cuidadors, que és un projecte d'Edat3 i Edat3-Besalú de suport a les persones cuidadores de persones dependents que viuen a la comunitat. Es van recollir les dades sociodemogràfiques primàries, els SOC a partir de l'escala SOC-13 i la càrrega a partir de la Burden Interview de Zarit. Per establir la relació entre ambdues escales s'han realitzat correlacions de Pearson i s'ha ajustat un model de regressió lineal amb la càrrega com a variable dependent.

Mostra de 69 cuidadores (92,8% dones) amb una mitjana d'edat de 58,3 anys (DE=10,3; rang=19,9-81,7). La puntuació global del SOC va ser de 57,3 punts (DE=14,1; rang=24-86) i de la BI 31,4 punts (DE=16,5; rang = 0-82). La correlació entre SOC i BI va ser moderada (<0.4 ; $p=0,001$). Per factors, es va observar una major correlació amb la dimensió de Significació del SOC ($-0,435$; $p<0,001$). En el model ajustat la BI es va

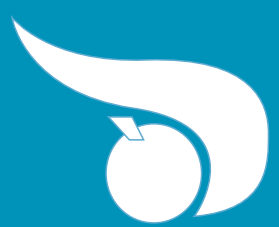
associar inversament a la dimensió de Significació del SOC ($\beta=-0.455$; $p<0,001$) i al fet de mantenir un treball remunerat fóra del domicili ($\beta=0.245$; $p=0,022$).

Aquests resultats mostren la relació existent entre el SOC i la càrrega percebuda pels cuidadors, com ja s'havia observat en grups de cuidadors més homogenis. Però a més, mostren com una baixa dimensió de Significació incrementa la percepció de càrrega dels cuidadors.



L'alfabetització de la salut com a determinant social que modifica l'autogestió de la insuficiència cardíaca

**Santesmases-Masana Rosalia
González-De Paz Luis
Hernández-Martínez-Esparza Elvira
Ramos-Fernández Adelaida
Torres Quintana Antonio
Martínez Momblan M. Antonia
Abades Porcel Mercedes**



Introducció

En el marc de les consultes d'atenció primària, metges i infermeres proporcionem missatges educatius centrats en la promoció de les activitats d'autocura en persones amb insuficiència cardíaca (mesures d'autocontrol realitzades per als pacients, necessàries per evitar l'empitjorament funcional de la malaltia). L'alfabetització en salut és la capacitat d'una persona per accedir, entendre i utilitzar la informació sobre salut. En pacients amb insuficiència cardíaca una pitjor alfabetització en salut s'associa a major morbimortalitat, pitjors pràctiques d'autocures i menor adherència al tractament.

Objectiu

Examinar el nivell d'alfabetització en salut, les pràctiques d'autocura i el perfil sociodemogràfic dels pacients amb insuficiència cardíaca visitats a l'atenció primària.

Mètodes

Disseny: estudi transversal multicèntric. Àmbit: deu centres d'atenció primària de l'àrea metropolitana de Barcelona. Participants: pacients amb diagnòstic d'insuficiència cardíaca, ≥ 55 anys, visitats en el darrer any. Criteris exclusió: Barthel < 20 , expectativa de vida < 1 any, malaltia mental severa, estar institucionalitzat. Variables: nivell alfabetització en salut (*Health Literacy Survey-European Union. Q-47*), pràctiques d'autocura (Escala

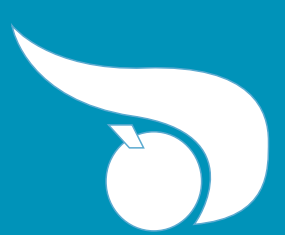
Europea de Autocuidado en Insuficiència Cardíaca), variables sociodemogràfiques i clíniques. Anàlisi: Test ANOVA i model de regressió lineal múltiple.

Resultats

Es van incloure 318 pacients (51,2% dones), mitja d'edat $77,9 \pm 8,7$ anys, un 58,2% no havia finalitzat estudis d'educació primària. Índex general d'alfabetització en salut $25,44 \pm 9,05$. Nivell d'autocures de la insuficiència cardíaca $27,2 \pm 7,4$. Els factors que es van associar a l'alfabetització en salut van ser: nivell acadèmic ($p < 0,001$), classificació funcional d'insuficiència cardíaca ($p = 0,032$), pràctiques d'autocura i l'edat ($p < 0,04$); el nivell acadèmic explicava el 61,62% del nivell d'alfabetització (IC95% Bootstrap: 44,58%; 46,75%).

Conclusions

L'alfabetització en salut permet explicar l'actitud dels pacients cap al compliment de les pràctiques d'autocura que requereix la insuficiència cardíaca. En els pacients amb insuficiència cardíaca, metges i infermeres de l'atenció primària han d'integrar els factors que faciliten la comprensió de la informació de salut en el procés comunicatiu amb aquests pacients. La insuficiència cardíaca presenta un component no fisiològic -alfabetització en salut -que hauria de tenir-se en compte com a determinat social que modifica el maneig de la malaltia.



Arte y prevención. Estudio de la promoción de la salud a la mediterránea

Giuseppe Cistaro

Medico&Chirugo, Uslumbria1 Perugia (Italia)

Pietro Pecorari

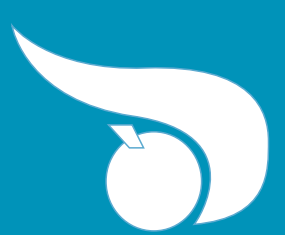
Pittore, Alta Valle del Tevere, Perugia (Italia)

Baldino

Pittore, Alta Valle del Tevere, Perugia (Italia)

Svetlana Natale

Studente Pittrice, Alta Valle del Tevere, Perugia (Italia)



Objetivo

Crear conciencia y reflexión a través de la difusión de dibujos y textos acerca de los problemas sociales relacionados con la salud pública y exponerlos.

Introducción

La propuesta de la salud global busca abordar la salud como bien público mundial, un tema de justicia ética y el respeto a los derechos humanos. Estos objetivos pueden llevarse a cabo no solo a través de la clínica médica o la epidemiología sino también con el arte. El arte permitiría revisar nuestra vida pasada y ayudarnos a construir cambios en nuestros estilos de vida.

Metodología

Arte y prevención es un proyecto iniciado en el año 1997. En esta ocasión se representan las obras que se produjeron en “Alta Valle del Tevere” cuyo objetivo fue conectar los sentimientos que inspiran las obras con la posibilidad de cambios más saludables en los estilos de vida a partir del trabajo de imágenes y palabras. Este proyecto artístico puede ser presentado en espacios interactivos diversos/en cartel. Las obras expresa emociones que solo ojos que son capaces de mirar adelante y leer más allá de los números, logran entender y interpretar:

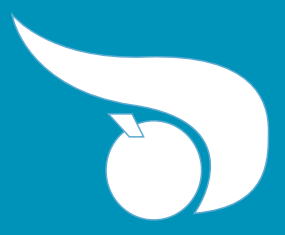
con los colores aparecen las pasiones de los hombres, con las imágenes sus sueños, las ilusiones y las desilusiones.

Donde, el hombre, podría encontrar los tesoros para una existencia a medida sino en la profunda esencia de la natura. El amor, el respeto, la solidaridad, en una sola palabra “su humanidad”. Y así, el individuo, abriendo los ojos sobre las maravillas de la natura puede entender la grandeza que roza el infinito y finalmente comprender la verdadera tarea en la vida.

Conclusiones

Más de 4000 años atrás un emperador Xia afirmó que una imagen cuenta más de mil palabras. Las obras nos permiten por un rato apropiarnos de nuestro tiempo, hoy escondido por el reloj de la prisa y por la manifestación del efímero del sí. Imágenes y palabras se unen para dar voz y la luz a la equidad social, la nutrición, los vicios y mucho más. Y así, a través de los dibujos se abre una ventana que nos permite observar la realidad, leer y profundizar cada uno con su propia imaginación.

PALABRAS CLAVE: Arte y Prevención, promoción de la salud, imágenes y palabras, equidad social y respeto.



Espacios públicos de relación, activo en salud identificado como oportunidad para mejorar la salud de la población

Tobarra-López A

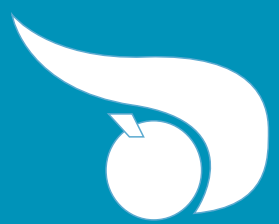
Grupo de investigación de Salud Pública
de la Universidad de Alicante (UA)

Martínez-Riera JR

Grupo de investigación de Salud Pública
de la Universidad de Alicante (UA)
Dpto de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva
y Salud Pública e Historia de la Ciencia

Álvarez-Dardet C

Grupo de investigación de Salud Pública
de la Universidad de Alicante (UA)
Dpto de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva
y Salud Pública e Historia de la Ciencia
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)



Introducción

Desde 1987 se inició el Proyecto Ciudades Saludables, un año después la Declaración Adelaida desarrolló el enfoque de salud en todas las políticas. En 2006 España creó los Sistemas de Gobernanza Local en Salud. Morgan y Ziglio en 2007 propusieron un enfoque de activos basado en la salud de la población. Se identificó el activo en salud con mayor concordancia según la ciudadanía, profesionales y responsables de política local (RPL), en cuatro distritos de Alicante con diferente nivel socioeconómico (NSE).

Metodología

Estudio transversal cualitativo-cuantitativo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales entre 2014 y 2016 a la ciudadanía, profesionales y RPL, en cuatro distritos de Alicante con diferente NSE.

Hemos adaptado las clasificaciones de activos de Mcknight y la Asociación Internacional para el Desarrollo Comunitario a los resultados obtenidos. Definimos una clasificación de activos en salud en 5 categorías y 43 subcategorías. Aplicamos metodología de bola de nieve para identificar informantes clave. Se analizaron concordancias entre los colectivos entrevistados y barrios.

Resultados

Entrevistamos a 252 personas, 136 mujeres, 143 personas de la ciudadanía, 95 profesionales y 14 RPL. Principalmente los activos en salud coincidentes en todos los colectivos y territorios, son los espacios públicos de relación (EPR) del barrio (56,3%).

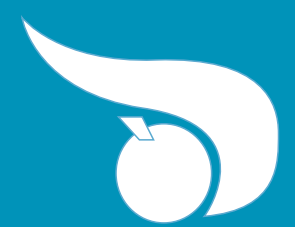
El barrio con NSE medio (59%) y Centro Histórico (58%) valoran mejor los EPR. La ciudadanía (58%) evalúa más los EPR del barrio, que los RPL (56%) y profesionales (54%).

Conclusión

Los espacios públicos de relación del barrio, son los activos en salud mejor valorados por la ciudadanía, profesionales y responsables de política local, en todos los barrios independientemente el nivel socioeconómico; pueden ser útiles para la dinamización de activos.

Financiación

Esta investigación se ha llevado a cabo con el apoyo financiero por el Fondo de Investigación Sanitaria FEDER, FIS PI13/02410 (2013-2016).



¿Qué demanda la ciudadanía para mejorar su calidad de vida?

Tobarra-López A

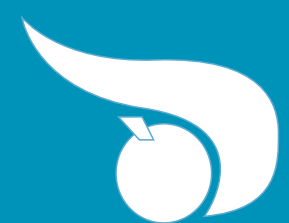
Grupo de investigación de Salud Pública
de la Universidad de Alicante (UA)

Martínez-Riera JR

Grupo de investigación de Salud Pública
de la Universidad de Alicante (UA)
Dpto de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva
y Salud Pública e Historia de la Ciencia

Álvarez-Dardet C

Grupo de investigación de Salud Pública
de la Universidad de Alicante (UA)
Dpto de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva
y Salud Pública e Historia de la Ciencia
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)



Introducción

La OMS a mediados de la década 1980 definió la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. El objetivo de este estudio es determinar qué factores demanda la ciudadanía para mejorar su calidad de vida (CV), en cuatro distritos de Alicante de diferente nivel socioeconómico (NSE).

Metodología

Estudio transversal cualitativo-cuantitativo mediante entrevistas semiestructuradas entre 2014 y 2015 a la ciudadanía en cuatro distritos de Alicante con diferente NSE. Se analizaron los resultados de calidad de vida autopercebida, según barrio, sexo y edad, de acuerdo a las categorías de la Encuesta Nacional de Salud, mediante análisis de frecuencias y porcentajes. Aplicamos metodología de bola de nieve para identificar informantes clave. Entrevistamos a 143 personas, 72 mujeres. Mencionaron 73 categorías. Utilizamos SPSS para el análisis de datos.

Resultados

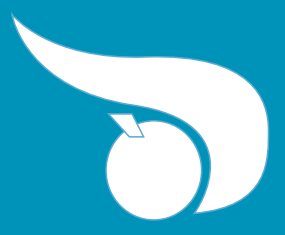
Globalmente, aumentar la limpieza (9,8%), crear zonas verdes (5,4%), más zonas de recreo/ocio (5,4%) y presencia policía local (5%) son los factores más demandados para mejorar la calidad de vida. Los barrios NSE bajo (10,3%) y medio (9,2%) destacan “aumentar la limpieza”, NSE alto “respeto a los demás” (10,3%) y el Centro Histórico “mejorar el alumbrado” (11,7%). 60% de las mujeres valoran la CV buena, los hombres 55%. El rango de edad 35-49 años percibe mejor calidad de vida (65%).

Conclusiones

Aumentar la limpieza del barrio es el factor más demandado por la ciudadanía para alcanzar mejor calidad de vida. Las mujeres la valoran más que los hombres. Las características socioculturales y urbanas del barrio condicionan a valorar diferentes agentes influyentes en la calidad de vida de la comunidad.

Financiación

Esta investigación se ha llevado a cabo con el apoyo financiero por el Fondo de Investigación Sanitaria FEDER, FIS PI13/02410 (2013-2016).



Imatges, paraules i benestar: l'elaboració d'un vídeo per difondre la intervenció “sentir-nos bé” del projecte aequalis

Sergi Blancafort Alias

Laura Coll-Planas

Fundació Salut i Envel·liment UAB

Rosa Montserrat Nadal

EAP Sardenya

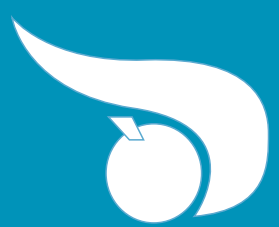
Alba Artigas Baeza

Màster Universitari en Promoció de la Salut, Universitat de Girona

David Fernández

Sílvia Cepero

Càmeres i Acció



Introducció

La promoció de la salut sol requerir intervencions complexes multi-component i generalment vinculades a canvis de conducta. El vídeo és un material divulgatiu amb gran capacitat per atraure l'atenció de les persones al presentar continguts significatius de manera dinàmica. La intervenció “Sentir-nos Be” de l'assaig clínic AEQUALIS té per objectiu millorar la salut autopercebuda de persones grans que viuen en zones urbanes desfavorides. La intervenció es desenvolupa en centres de salut i inclou 12 sessions grupals, nou al centre de salut i tres sortides al barri: un passeig saludable, una visita a un mercat o supermercat i una visita a un equipament sociocultural.

Objectiu

Difondre la intervenció grupal “Sentir-nos Bé” a través de l'enregistrament i edició de material audiovisual en format de vídeo.

Mètodes

S'han enregistrat i editat entrevistes en localitzacions externes amb els investigadors principals del projecte AEQUALIS, amb alguns dels professionals sanitaris dels centres de salut que hi han participat, i amb algunes de les persones grans que han assistit a la intervenció “Sentir-nos Bé”. També s'han enregistrat i editat imatges d'una sessió grupal de la intervenció al CAP Chafarinas (Trinitat Nova, Barcelona), una sortida per conèixer

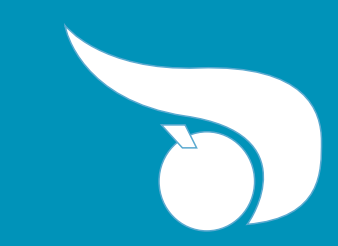
un equipament sociocultural (Casa de l'Aigua, Nou Barris), i una sortida per conèixer actius de salut al barri del Raval de Barcelona. També s'han enregistrat imatges de les sessions presencials de formació dirigides als professionals d'atenció primària que feien la funció d'observadors de la intervenció grupal.

Resultats

El vídeo definitiu es pot veure en el següent enllaç (<https://www.youtube.com/watch?v=ZzAwEzOTdug&feature=youtu.be>). En el vídeo, els investigadors descriuen el marc conceptual del projecte AEQUALIS i els continguts i dinàmiques incloses en la intervenció “Sentir-nos Bé”. Les dues persones participants entrevistades relaten la seva experiència durant la intervenció i els impactes percebuts en el seu benestar. Els professionals sanitaris entrevistats (metges de família, infermeres i treballadora social) comparteixen les seves motivacions per participar en el projecte AEQUALIS i ressalten la seva importància a l'hora de treballar aspectes de salut dins de la comunitat i amb un abordatge biopsicosocial.

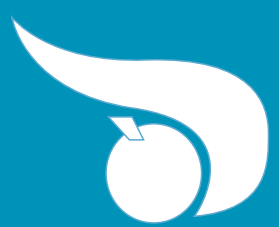
Conclusions

El vídeo és un producte audiovisual de gran utilitat per difondre intervencions complexes en l'àmbit de la promoció de la salut.



Avaluació de la promoció de la salut en el lloc de treball segons la perspectiva del gestors i dels professionals sanitaris

**Sandra Gelaber-Vilella
Carme Bertran-Noguer
M. Carmen Malagon-Aguilera
Anna Bonmatí-Tomàs
Cristina Bosch-Farré
Dolors Juvinyà-Canal**



Introducció

A Catalunya es va constituir la Xarxa Catalana d'Hospitals i Serveis Promotors de la Salut, amb la missió de liderar la difusió i la implantació de la Promoció de la Salut (PS) als hospitals i serveis de salut impulsant la incorporació de conceptes, valors, estratègies, estàndards i indicadors en la seva estructura i cultura organitzativa.

L'objectiu de l'estudi va ser avaluar la incorporació de la promoció de la salut en el lloc de treball dels professionals sanitaris.

Mètodes

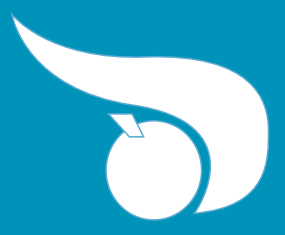
Estudi observacional, descriptiu i transversal. Els participants van ser el gestor i els professionals sanitaris dels serveis de salut mental de la regió sanitària de Girona. Es van estudiar variables sociodemogràfiques i variables relacionades amb l'entorn saludable (riscos del lloc de treball, coneixement i formació de les polítiques de PS, participació en l'elaboració de les polítiques de la PS. Es va recollir la informació al gestor de l'àmbit assistencial a partir d'un quadern de recollida de dades i als professionals sanitaris a través d'un qüestionari ad hoc. Es van analitzar les dades a partir del programa SPSS.

Resultats

La taxa de resposta dels professionals va ser del 61,92% (N=161). El 36% eren homes i el 64% dones. La mitjana d'edat va ser 42 anys. En general els professionals puntuaren més baix que el gestor en els següents ítems: identificació de riscos del lloc de treball (62% *vs* 90%); coneixement del contingut de polítiques de promoció de la salut del centre (50% *vs* 70%); formació als professionals de nova incorporació en les polítiques de promoció de la salut del centre (53,2% *vs* 70%); participació en l'elaboració i revisió de les polítiques de la salut (55% *vs* 70%).

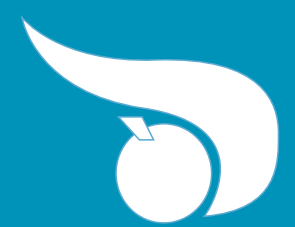
Conclusions

Els resultats son congruents amb altres estudis que evidencien que els gestors presenten valoracions més altes que els professionals respecte a l'entorn saludable en el lloc de treball. Seguint les recomanacions de la OMS, cal potenciar la participació de tots els agents, tan professionals com gestors, en la Promoció de la Salut en el lloc de treball.



Fem xarxa entre les persones i els recursos locals: “Em cuido i gaudeixo. Un camí cap a l’envelliment actiu i saludable”

**Pilar Sala Trevejo
Anna Bocio Sanz
Gemma Casabó Galindo
Victoria Mir Labalsa
Marta Morer Sadurní
Tamara Rodríguez Berrocal
Nené Romero Cabestany
Jaume Serra Farró
Elisabet Vives Dalmases**



Introducció

Des de la Comunitat de Pràctica Envel·liment Actiu i Saludable del Departament de Salut, formada per professionals de diferents àmbits, estem treballant en un projecte transversal que vol reforçar l'apoderament en la presa de decisions que afecten la salut i el benestar de les persones, fomentar l'adopció d'hàbits saludables per envellir de la manera més activa i autònoma possible i millorar l'impuls de les xarxes de col·laboració, cooperació i coordinació entre professionals de diferents administracions i entitats.

Mètodes

Es basa en el treball col·laboratiu multidisciplinar de l'àmbit farmacèutic, mèdic, infermeria, benestar social i famílies, així com dels serveis tècnics de salut municipals. Es tracta d'un mètode de posada en comú de missatges de salut, juntament amb la recerca d'actius i recursos propis locals.

Per la difusió s'utilitzarà el material elaborat (descriu a resultats). En una fase inicial es farà prova pilot en un ajuntament col·laborador (Cambrils). En una segona fase es vol ampliar l'ús a d'altres territoris de Catalunya.

Resultats

El material elaborat consisteix a:

- ≈ Dossier explicatiu
- ≈ Tríptic amb missatges que conviden a la reflexió sobre la pròpia salut i ajuda en la presa de decisions. Els continguts estan consensuats entre els diferents agents que han participat i corresponen a hàbits saludables, benestar emocional, seguretat i riscos, habilitats socials. Com a novetat, el document aporta l'inclusió de recursos i actius, adaptable segons el municipi que ho faci servir.
- ≈ Vídeo en format de narrativa digital com a presentació del producte i mètode de difusió.

Conclusions

Pels diferents col·lectius de professionals:

- ≈ Suma al treball en xarxa que s'activi al territori i pretén millorar els circuits de coordinació connectant amb d'altres professionals i entitats.
- ≈ És una eina per donar a conèixer el teixit a la població i promoure la seva participació activa.

A la població general, transmet missatges de sensibilització, reflexió i també informació sobre recursos del seu entorn més immediat i, per tant, cap a un envelliment actiu i saludable, i en xarxa.