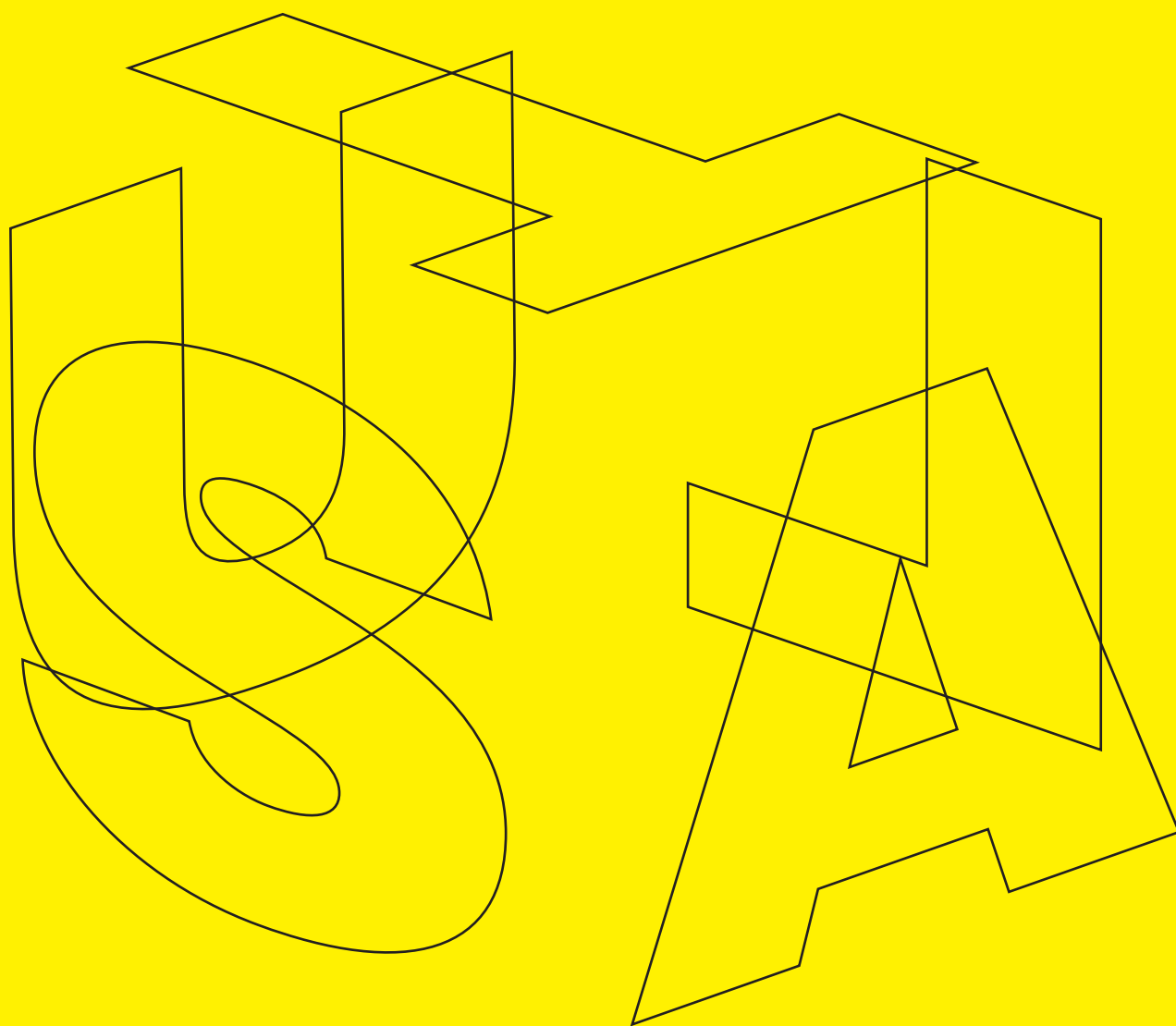


URBANISME, MOBILITAT URBANA I QUALITAT DE VIDA ■ ATENCIÓ INTEGRAL SOCIAL I SANITÀRIA CENTRADA EN LA PERSONA ■ LA UNIVERSIDAD COMO ENTORNO SALUDABLE ■ MEDI AMBIENT I SALUT ■ PHOTOVOICE VILLAVERDE ■ EL PROJECTE DE L'HOSPITAL LLUÍS ALCANYÍS DE XÀTIVA EN LA XARXA D'HOSPITALS VERDS I SALUDABLES ■ LA PREVENCIÓ DEL RISC QUÍMIC DES DE L'ENTORN LABORAL

viure en **SALUT**

106

Gener i abril
2016



**Salut en
totes les
polítiques**



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

viure en **SALUT**

EDITA
Direcció General de Salut Pública.
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
Generalitat.

TRADUCCIÓ I ASSESSORAMENT DEL VALENCIÀ
Subdirecció General de Política Lingüística.
Conselleria d'Educació, Investigació,
Cultura i Esport.

COORDINADORA CIENTÍFICA DEL MONOGRÀFIC
Carmen Barona Vilar.

COL·LABORADORS DEL MONOGRÀFIC
Ferran Ballester Díez, Paloma Conde Espejo,
Ana Esplugues Cebrián, Valentín Esteban
Buedo, Lidia Ferrer Bosch, Amparo Ferrero
Sanchis, Manuel Franco Tejero, Sergio
García Vicente, Aurora Hernández Jiménez,
Carmen Iñiguez Hernández, Sabrina Llop
Pérez, Maria-Jose Lopez-Espinosa, José
Ramón Martínez Riera, Joan Olmos
Llorens, Antonio Raya Álvarez i Eduardo
Zafra Galán.

DIPÒSIT LEGAL
V-1063-1988

ISSN 1888-6833

Inclusa en el directori de
publicacions seriades LATINDEX

VIURE EN SALUT s'envia gratuïtament a tots els col·legis, ajuntaments i centres sanitaris de la Comunitat Valenciana. També es trameta a les associacions, entitats o persones que ens ho sol·liciten.

Agrairíem que se'ns comunicara qualsevol anomalia observada en la recepció, per tal de corregir-la, i també els canvis de domicili.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública no s'identifica necessàriament amb les opinions expressades pels redactors i col·laboradors de la publicació.

VIURE EN SALUT autoritza la reproducció dels seus textos, sempre que se'n cite la procedència. Alhora, demanem que ens feu arribar dos exemplars de la publicació on s'inclouen els seus continguts.

Us convidem a fer una revista cada vegada més vostra. No dubteu a donar-nos la vostra opinió sobre la revista, expressar el vostre acord o desacord amb els articles d'opinió que hi apareixen, aportar suggeriments, plantejar dubtes o peticions, etc. Esperem les vostres aportacions.

Adreceu-vos a:

Direcció General de Salut Pública
Avinguda de Catalunya, 21
46020 València

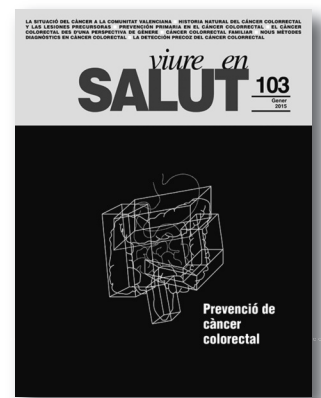
961 92 57 92
viure_salut@gva.es



VS 105
Mosquit tigre i salut



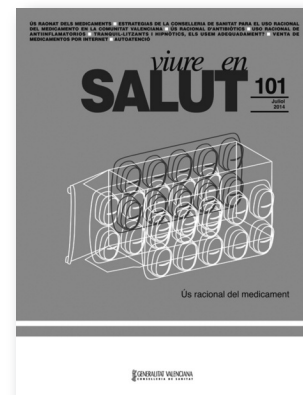
VS 104
Informació alimentària facilitada al consumidor



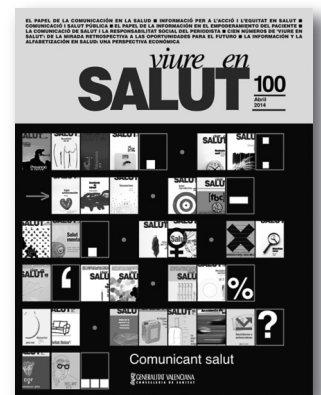
VS 103
Prevenció de càncer colorectal



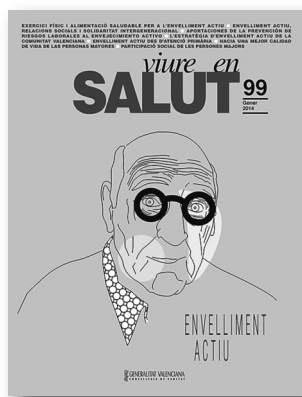
VS 102
Vacunes més enllà del calendari infantil



VS 101
Ús racional del medicament



VS 100
Comunicant salut



VS 99
Envel·liment actiu



VS 98
Addiccions



VS 97
Malalties rares, informació freqüent

SUBSCRIPCIÓ GRATUÏTA

Per a subscriure's a VIURE EN SALUT cal comunicar les dades demanades, per a la qual cosa es pot utilitzar qualsevol d'aquests mitjans: correu postal, correu electrònic o telèfon. També es pot fer una subscripció en línia en la pàgina web de la Direcció General de Salut Pública: www.sp.san.gva.es

- | | | | |
|---|-------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Nom i cognoms | Adreça postal | Direcció General de Salut Pública |
| 2 | Domicili | | Avinguda de Catalunya, 21 |
| 3 | Localitat | | 46020 València |
| 4 | Província | | |
| 5 | Codi postal | | |
| 6 | Telèfon | Correu electrònic | viure_salut@gva.es |
| 7 | Correu electrònic | | |
| 8 | Data de naixement | Telèfon | 961 92 57 92 |
| 9 | Professió | | |



Sumari **vs** 106

	últimes pàgines
2.....	Últims números publicats
	editorial
3.....	
	informe
4.....	Urbanisme, mobilitat urbana i qualitat de vida JOAN OLMOS LLORENS
6.....	Atenció integral social i sanitària centrada en la persona. Un canvi necessari EDUARDO ZAFRA GALÁN I ANTONIO RAYA ÀLVAREZ
9.....	La Universidad como entorno saludable. El proyecto de la Universidad de Alicante JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA
11.....	Medi ambient i salut AMPARO FERRERO SANCHIS, ANA ESPLUGUES CEBRIÁN, CARMEN IÑIGUEZ HERNÁNDEZ, SABRINA LLOP PÉREZ, MARIA-JOSE LOPEZ-ESPINOSA I FERRAN BALLESTER DÍEZ
13.....	Photovoice Villaverde. Un estudio participativo sobre la alimentación a través de la fotografía MANUEL FRANCO TEJERO Y PALOMA CONDE ESPEJO
15.....	El projecte de l'Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva en la Xarxa d'Hospitals Verds i Saludables SERGIO GARCÍA VICENTE
17.....	La prevenció del risc químic des de l'entorn laboral VALENTÍN ESTEBAN BUEDO, LIDIA FERRER BOSCH I AURORA HERNÁNDEZ JIMÉNEZ
	recursos
19.....	Materials temàtics

Més enllà d'uns servicis sanitaris equitatius i de qualitat i de les característiques genètiques que heretem, el nostre estat de salut depèn de manera determinant del medi ambient en què transcorre la nostra vida, de la nostra alimentació, del treball que fem, del nostre nivell adquisitiu, i també del nivell educatiu i de les xarxes i suports socials de què disposem.

Aquest plantejament implica reconèixer que les decisions polítiques preses des d'instàncies i Administracions ben diverses, poden afectar la salut i l'equitat en salut de la població i ha suscitat l'impuls d'un nou enfocament basat en la col·laboració i la formulació de polítiques intersectorials, conegut com Salut en Totes les Polítiques (STP). Aquesta estratègia, amb antecedents en diferents fòrums i conferències patrocinades per organismes internacionals com l'Organització de les Nacions Unides i l'Organització Mundial de la Salut, comporta que la millora de la salut de la població i la reducció de les desigualtats siguin objectius compartits transversalment per tots els sectors amb responsabilitats en les polítiques públiques. També planteja que és factible donar una resposta conjunta als problemes i reptes en què la salut i l'equitat són elements rellevants. Per això, recentment els principis de Salut en Totes les Polítiques també s'han integrat en la formulació dels 17 objectius de l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible.

Fent-se ressò de la proposta, el IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2016-2020 ha adoptat el lema "Salut en totes les polítiques" amb el propòsit d'exercir de motor impulsor en el nostre entorn, d'aquests principis i de les necessàries sinergies per a enfocar totes les polítiques públiques cap a la protecció i promoció de la salut de les persones. I això basant-se en una realitat contrastada per una anàlisi de situació en què s'evidencia, a més d'un envelliment progressiu de la població valenciana i de l'increment de les desigualtats en salut per la crisi econòmica, l'impacte creixent de les malalties cròniques no transmissibles entre les quals les cardiovasculars, el càncer, la diabetis i les malalties respiratòries suposen el 70% de la mortalitat. Totes elles comparteixen factors de risc com ara el sedentarisme, consum de tabac, alcohol i una alimentació inadequada i estan vinculades indirectament als processos de globalització, urbanització i degradació mediambiental.

Al llarg d'esta monografia es posa en evidència com la definició àmplia de la salut des d'una concepció biopsicosocial, requereix mirades que integren propostes des dels diferents entorns. En aquest sentit, es proposa un projecte per a avançar cap a una atenció social i sanitària integral, no fragmentada i que done resposta a les característiques i demandes actuals de la societat valenciana. Dos dels articles reflexionen sobre la importància de prestar atenció a l'urbanisme i al medi ambient com a entorns clau en què transcorre la vida diària de les persones i amb un impacte evident en la seua salut i qualitat de vida. L'entorn laboral és objecte de dos articles que incidixen en l'interès d'aplicar mesures preventives, tant per a millorar la reducció del risc químic com de cuidar la salut ambiental en un entorn hospitalari establint una política ambiental pròpia. Els dos articles restants mostren experiències d'investigació-acció participativa i aplicació del model salutogènic i d'actius per a la salut en entorns tan diferents com són la universitat i dos barris urbans de nivell socioeconòmic per davall de la mitjana.

Urbanisme, mobilitat urbana i qualitat de vida

JOAN OLMOS

Un nou urbanisme que fa efectiu el dret a l'habitatge, lluita contra la contaminació de qualsevol tipus, fomenta nous hàbits de mobilitat i reverdeix els nostres carrers i places permet millorar la salut pública en estalviar recursos sanitaris. D'altra banda, la millora i dignificació dels nostres barris prolonga el paper de l'educació: en ampliar la nostra condició de ciutadans reforça la cohesió social, la qual cosa afavoreix al mateix temps la lluita contra l'aïllament i l'exclusió.

Més de la meitat de la població mundial viu en àrees urbanes; dir ciutats resulta un tant imprecís, tenint en compte que, d'una banda, més de mil milions de persones malviuen en espais que alguns urbanistes qualifiquen, eufemísticament, com “la ciutat informal”, amb les seues variants locals: faveles, *ranchitos* o viles misèria, entre altres. Al Caire, més d'un milió de persones viu en cementeris, per no parlar de les que en bona part del planeta deambulen pels abocadors o simplement pels carrers, sense sostre. D'altra banda, el concepte tradicional de ciutat ha sigut superat per altres realitats amb noms significatius com aglomeracions o megalòpolis.

Valga aquesta introducció per a assenyalar que el galopant procés d'urbanització i dispersió dels últims cinquanta anys no ha anat acompanyat, precisament, de les millores que s'esperaven en la qualitat de vida de les persones. Així doncs, la qualitat de vida en termes més amplis té a veure amb la manera en què es construeixen i gestionen les —per a simplificar— ciutats. El seu contrapunt, el camp, idíl·licament considerat com l'espai saludable per excel·lència, reflecteix al llarg de la història tota una sèrie d'exemples contradictoris amb aquest tòpic. Les ciutats-jardí de principis del segle XX a Anglaterra intentaven combinar els avantatges d'ambdós ambients, *Health of the Country, Comfort of the Town*, així ho publicitava Letchworth, el primer projecte d'aquest tipus, en 1903.

Tant el medi ambient, com l'educació, l'accés al treball, la pobresa, la falta d'habitatge, o l'exclusió social són, com indica l'Organització

Mundial de la Salut (OMS), factors determinants de la salut de les persones, més enllà de la idea habitual d'atenció sanitària. Al seu torn, l'emergent paradigma de la sostenibilitat urbana no es deté únicament en els aspectes purament ecològics (qualitat de l'aire, ús racional dels recursos...), sinó que exigeix integració social i el que es denomina justícia espacial.

L'habitatge, primera anella de la vida urbana

La Constitució espanyola, en l'article 47, reconeix el dret de tots els espanyols “a gaudir d'un habitatge digne i adequat”. Altres legislacions afigen entorns saludables i segurs. Lamentablement, una inexistent política pública d'habitatge al nostre país, on l'especulació i la desocupació han portat tanta gent al carrer, ha convertit aquest dret en paper mullat i en una irritant contradicció: cases sense gent i gent sense cases.

No menys important resulta la necessitat de garantir uns serveis mínims per a la qualitat de vida, com són l'accés a l'aigua potable o a l'energia, i sorgeix el concepte pobresa energètica amb l'accentuació de l'actual crisi econòmica i social, tot això qüestiona el paper de les administracions a l'hora de garantir aquest dret bàsic, el de l'habitatge, que veiem com amplia els seus matisos i exigències. Un estudi de l'Associació de Ciències Ambientals assegura que més del deu per cent de les llars espanyols (2016) no poden calfar el seu habitatge a l'hivern fins a aconseguir una temperatura adequada, i ja sabem quines són les conseqüències per a la salut.

A finals del segle XIX un grup de reformadors, filantrops i, sobretot, metges i higienistes van clamar contra les terribles condicions de vida de la classe obrera a Anglaterra i van forçar el Govern de Sa Majestat a crear la Comissió Reial per a l'habitatge de les classes treballadores, un antecedent de la legislació social moderna, que va generar canvis jurídics i urbanístics marcant una nova etapa en l'urbanisme. La construcció de sistemes de clavegueram, d'abastiment regular d'aigua potable o el tractament dels residus domèstics van tindre un efecte immediat en la millora de les condicions de salut pública i, per tant, en l'augment de l'esperança de vida, alhora que la medicina avançava de manera espectacular en el control de les principals infeccions.

Encara hui queden, no obstant això, assumptes molt importants per resoldre: el nivell d'asolellament, la qualitat dels materials i, si és el cas, la presència de substàncies nocives. Un recent informe de la Fundació Vivo Sano alertava sobre els productes i articles habitualment usats en els nos-

tres domicilis (aliments, productes de neteja) que contenen substàncies tòxiques relacionades amb importants malalties. Una fundació que també s'ocupa, per cert, de la salut geoambiental, una nova disciplina científicotècnica que estudia els “factors d'origen geofísic, físics, químics i biològics que conflueixen en l'interior dels edificis on treballem i vivim”. Resultaria extens abundar en la gamma de malalties que afecten tant els nostres habitatges com els llocs de treball.

El cas de la infància és significatiu, ja que associem al carrer els riscos per a la seua salut. Francesco Tonucci, autor de *La ciutat dels infants*, ve denunciant que les ciutats es planifiquen d'esquena als xiquets i ens recorda que són molt més freqüents els accidents que succeeixen a l'interior dels habitatges.

Barris saludables

Les instàncies immediates a l'habitatge ens porten al carrer i al barri. Convé assenyalar que ambdues realitats no sempre estan assegurades en les nostres ciutats actuals. Pensem en algunes àrees residencials perifèriques —dominades pel bloc i la torre, o en alguns casos amb enormes descampats— on desapareix la imatge tradicional del carrer o la idea del barri. Per a l'urbanista Leon Krier “el barri constitueix una autèntica ciutat dins de la ciutat” i és el vianant el que defineix la seua grandària: “ha de tindre accés, sense utilitzar mitjans de transport mecànic, a totes les funcions urbanes habituals, quotidianes i setmanals, en menys de deu minuts a peu”. Així doncs, parlar de barris saludables ha d'entendre's com aquells àmbits que afavoreixen la salut física i mental de les persones, aquelles àrees en què la gent es reconeix i es garanteix una mínima seguretat i confort social.

La qualitat de l'espai públic exerceix un paper crucial per a assegurar aquest benestar. Els carrers, les places, els parcs i jardins constitueixen l'estructura bàsica de la ciutat i són, tradicionalment, els llocs de major activitat social. Alberguen al mateix temps funcions d'estada i de trànsit. Com a elements formals, destaquem la necessària presència d'arbratge i vegetació, els avantatges dels quals en el medi urbà són evidents: contra la contaminació, per l'oxigenació i, com assenyala l'eminent biòleg Edward O. Wilson —recomane la lectura de la seua obra *La creació*—, per ser una font de benestar per a tots, incloses les persones que per motius diferents estan recloses en dependències sanitàries o penitenciàries.

Un espai públic en crisi, com alerta Josep Ramoneda, té a veure amb el fenomen de la despoblació dels centres i la fugida cap a les perifèries, la qual cosa ha portat a la seua devaluació, en què el gran conspirador és la por, que afecta de manera especial, per raons òbvies, les dones.

Ara bé, sens dubte, la motorització continua sent el principal obstacle per a reequilibrar l'ús de carrers i places, per a reconquistar aquest espai tan valuós.

Desplaçar-se en la ciutat

L'automòbil va canviar radicalment la forma i el funcionament de les ciutats. En poques paraules es poden citar els efectes de la motorització en la ciutat tan encertadament com ho va fer l'urbanista Donald Appleyard: “El trànsit domina l'espai

del carrer, penetra en els habitatges, dissuadeix les relacions de veïnat, impedeix el joc al carrer, interfereix la intimitat de les llars, estén la pols, els fums, el soroll i la brutícia, obliga a rígids controls del comportament dels xiquets, espanta els vells i mata o fereix cada any un bon nombre de ciutadans” (*Livable streets*).

L'OMS informava en 2014 que quasi 40 ciutats espanyoles, entre elles València, superaven els índexs d'emissions permesos. Una bomba silenciosa que té a veure amb la mort de moltes més persones que les provocades directament per les col·lisions amb el trànsit motoritzat en les nostres ciutats.

Insisteix en aquesta crítica un altre urbanista, Jan Gehl, en assenyalar els nous desafiaments a les polítiques de salut pública plantejats pels nombrosos canvis que s'han produït dins del món econòmicament desenvolupat. “El treball sedentari ha reemplaçat les tasques manuals d'abans, els automòbils s'han convertit en la forma dominant de transport, i activitats tan simples com pujar les escales estan sent reemplaçades per ascensors i escales mecàniques. Si a açò li sumem que en arribar a la llar ens assentem i passem moltes hores mirant la televisió, veiem que emergeix un model de vida on la gran majoria de la població no compta amb oportunitats per a usar el seu cos i la seua energia diàriament” (*Ciutats per a la gent*).

María Neira, directora de Salut Pública i Medi Ambient de l'OMS alertava fa poc que “les ciutats estan dissenyades de tal forma que són una gàbia de sedentarisme”. Una sorprenent i provocadora enquesta realitzada en unes presons de màxima seguretat nord-americanes comparava el temps que passen els reclusos a l'aire lliure, una mitjana de dos hores diàries, amb el temps, inferior, que passen a l'aire lliure els xiquets.

Baixem al carrer

D'altra banda, les dràstiques condicions que imposen els mitjans motoritzats han aconseguit, a poc a poc, generar amplis sectors socials vulnerables, com ara gent major, xiquets o persones discapacitades, limitats en el seu moviment, captius en les seues cases, amb una forta dependència d'altres membres de la família per a eixir al carrer, situacions que provoquen deteriorament físic i mental. “Baixem al carrer” és una experiència impulsada per l'ajuntament de Barcelona per a pal·liar aquesta situació, en què un grup de voluntaris coopera per a traure de casa persones que en alguns casos porten llarg temps sense xafar el carrer. Els resultats positius són espectaculars.

Cal recordar que fins a la irrupció de l'automòbil les ciutats es movien exclusivament a peu. Hui, caminar continua sent el mode majoritari per als desplaçaments per la ciutat, encara que parega que tot el món va sobre rodes, si bé els vianants han estat marginats, quan no clarament ignorats, pels projectes que han anat adaptant progressivament la ciutat als cotxes.

El passeig, tan vinculat a la ciutat mediterrània, queda a penes com un record en el nom obsolet d'alguns carrers. Resulta freqüent llegir en les tòpiques guies turístiques reclams com, posem per cas, “València és una ciutat amable de visitar, el seu centre històric es pot recórrer simplement passejant” animats amb postals meloses que s'en-

carreguen de maquillar o camuflar una realitat gens propícia per a ser passejada.

Canviar els hàbits, un aspecte revolucionari

Destaquem per tant, que ara mateix un canvi a fons del model de mobilitat en la ciutat apareix com una de les principals exigències per a millorar la salut col·lectiva i individual dels seus habitants, començant per l'eliminació (consulteu Visió Zero) de la insuportable mortalitat directa provocada per la motorització. Els efectes del canvi poden ser immediats, en reduir dràsticament la contaminació acústica i tèrmica, i sobretot l'enverinament de l'aire. Per a legitimar aquestes mesures, basta de situar-nos en el pla dels drets individuals i col·lectius bàsics, superant els estèrils debats urbans que es desenvolupen sobre les pressions de determinats sectors econòmics que, com es demostra en moltes experiències, res haurien de témer d'un canvi en aquest sentit.

El dret a l'aire net apareix per tant com una prioritat inajornable en les nostres ciutats, —que inevitablement ens portaria a una reducció substancial de la presència de vehicles motoritzats— junt amb el dret a un repartiment equitatiu i democràtic de l'espai públic. Aquestes són les bases d'una nova política per a restaurar els valors tradicionals més positius de les nostres ciutats, generant un ambient urbà saludable. I de pas, contribuint a millorar la salut del planeta. A partir d'ací, la rebaixa dels límits de velocitat, conduiria a poder caminar i passejar de manera relaxada i segura per la ciutat.

La conclusió de tot això és que l'automòbil no té cabuda en el medi urbà. La major part dels plans que es redacten amb el títol de sostenibles proposen reduccions de l'ús de l'automòbil en alguns casos ridícules, i en horitzons temporals excessivament llargs. No obstant això, caldria preguntar als responsables municipals de ciutats europees tan poblades com Oslo o Hamburg per què s'han compromés a eliminar els cotxes en terminis relativament curts.

Per un urbanisme reparador i sanador

Correspon llavors a les autoritats municipals configurar un sistema de mobilitat que ofereisca vehicles col·lectius de baix o nul impacte directe, el foment de la bicicleta, i tot això a fi que, com ha vingut sent habitual en la història de la ciutat, els seus habitants puguen desplaçar-se caminant sense traves de cap classe.

Les propietats reparadores que un nou urbanisme pot exercir sobre la nostra malparada economia, són evidents. Perquè pot millorar la salut pública estalviant recursos sanitaris: fent efectiu el dret a l'habitatge, lluitant contra la contaminació de qualsevol tipus, fomentant nous hàbits de mobilitat, reverdint els nostres carrers i places. Millorant i dignificant els nostres barris, prolonga el paper de l'educació, en ampliar la nostra condició de ciutadans, perquè reforça la cohesió social i tot això afavoreix al mateix temps la lluita contra l'aïllament i contra l'exclusió.

.....
Joan Olmos Llorens

Doctor enginyer de camins.
Professor titular d'universitat.

Atenció integral social i sanitària centrada en la persona

Un canvi necessari

EDUARDO ZAFRA I ANTONIO RAYA

El denominat espai sociosanitari és un àmbit comú entre l'atenció social i l'atenció sanitària on es poden trobar sinergies que suposen una atenció integral, no fragmentada, i per tant de major qualitat, per a les persones amb necessitats socials i sanitàries.

Un dels reptes més importants a què s'enfronten els governs de tot el món i en especial els del denominat primer món és l'envelliment de la població. Un escenari que obliga els poders públics a dissenyar polítiques que facen sostenibles la protecció social, pensions, sanitat i atenció social, que junt amb educació formen els pilars de l'estat de benestar, requereixen models solidaris, prioritzats, sostenibles, políticament consensuats i recolzats socialment. Entre l'atenció social i l'atenció sanitària hi ha un espai comú on es poden trobar sinergies que suposen una atenció integral per a les persones amb necessitats socials i sanitàries, no fragmentada, de major qualitat i que millora l'eficiència de la despesa pública per a suports als altres pilars de l'estat de benestar. Aqueix espai comú és el que s'ha denominat “espai sociosanitari”.

Fa trenta anys que estem parlant de l'atenció sociosanitària. En 1986, es publica l'ordre del Govern de Catalunya per la qual es crea el Programa de Vida als Anys¹, d'integració social i sanitària, per a donar resposta a les necessitats d'una població cada vegada més envellida, amb problemes de salut crònics i atenció al final de la vida. Aquest programa suposava una reorientació dels recursos sanitaris i socials que a

Catalunya constituïen una extensa xarxa pública i privada d'establiments. També la posada en marxa d'un model d'atenció global de la persona des d'una perspectiva biopsicosocial basat en la valoració integral i amb un pla d'actuació integral. En la Comunitat Valenciana, entre els anys 1992-1994, per encàrrec de la Conselleria de Sanitat, i fent partícipe en el procés a la Conselleria de Benestar Social, elaborem un document que era el Programa PALET (pacient ancià, pacient amb malalties cròniques de llarga evolució i pacient terminal)². Es va publicar en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana a l'abril de 1995. El seu objectiu era proporcionar una atenció integral sanitària i social de qualitat als pacients ancians, crònics i terminals, en el millor lloc terapèutic, que majoritàriament es concebia com el domicili del pacient. Aquests dos programes són citats com a referents de l'atenció sociosanitària en l'informe del Defensor del Poble de l'any 2000 *L'atenció sociosanitària a Espanya: perspectiva gerontològica i altres aspectes connexos*³.

Quasi totes les comunitats autònomes han articular al llarg d'aquests anys polítiques intersectorials com a resposta a l'envelliment de la població, l'augment de la cronicitat i l'atenció pal·liativa. El Ministeri de Sanitat ha promogut iniciatives de coordinació entre les comunitats autònomes per a consensuar documents sobre l'atenció sociosanitària. L'any 2011 s'elabora el *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*⁴, finalment, al juliol de 2015, es presenta davant el Consell Interterritorial de Sanitat el *Document base per a una atenció integral sociosanitària*⁵, elaborat durant l'any anterior amb el consens de les comunitats autònomes. En paral·lel amb aquestes iniciatives, el Ministeri de Sanitat, en 2012, coordina amb les comunitats autònomes l'Estratègia per a l'Abordatge de la Cronicitat en el Sistema Nacional de Salut. Abans, en 2008, va veure la llum l'Estratègia en Cures Pal·liatives del Sistema Nacional de Salut⁶, que posteriorment ha comptat amb una actualització en 2010-2014⁷. Distints enfocaments als reptes actuals d'envelliment, cronicitat, diferent estructura familiar i revolució digital.

Per descomptat, en aquest país, en els últims 50 anys, ha millorat la vida de les persones. L'esperança de vida ha crescut de manera notable, hem passat de 69,11 anys en 1960 a 82,39 anys en 2012. Segons l'Enquesta Nacional de

Salut de 2011-2012, el 75,3 % de la població percep el seu estat de salut com a bo o molt bo, aquest percentatge és 5,3 punts major que el de 2006. També continuen creixent les patologies cròniques: hipertensió arterial, colesterol elevat, obesitat, malalties osteoarticulars invalidants, diabetis i les demències que comporten una gran dependència de les persones que les pateixen, major en les dones que en els homes. Ja l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en 2005⁸ va advertir de l'epidèmia de la cronicitat i va emplaçar els països a afrontar aquesta nova situació amb el desenvolupament de sistemes d'atenció integral social i sanitària.

Altres situacions que requereixen una coordinació social i sanitària són les de les persones que consumeixen productes addictius, que de vegades s'acompanyen de greus problemes de salut (sida, hepatitis, infeccions, etc.) i de marginació social. L'augment de la immigració, amb les males condicions de treball i habitatge dels immigrants, a les quals s'afegen en alguns casos la presència de malalties dels seus països d'origen i una situació social d'extrema precarietat, també són origen d'atenció des de la perspectiva socio-sanitària. Actualment, la crisi dels refugiats per l'efecte de les guerres i la pobresa. La violència de gènere i infantil provoca situacions altament alarmants que impliquen el compromís dels sectors social i sanitari per a harmonitzar respostes unitàries.

Tots aquests problemes, aguditzats en aquests anys de la crisi, han provocat un augment de les desigualtats. L'índex Gini a Espanya ha crescut del 31,9 en 2007 al 34,5 en l'any 2014, i segons l'informe FOESA de 2014, l'exclusió social ha augmentat més d'un 60 % entre 2007 i 2013, que ha passat del 16 % al 25 % de la població espanyola. L'exclusió social ha augmentat en aquests anys quant a ocupació, habitatge i accés a la salut.

Trobar solucions a aquests problemes cada vegada més complexos requereix enfocaments intersectorials i coincideix amb el plantejament que es fa per a la resolució dels problemes de salut. Per això, és essencial plantejar objectius de “salut en totes les polítiques”, que com s'arreplega en la Declaració d'Hèlsinki de la 8a Conferència de Promoció de Salut de l'OMS, constitueix “un enfocament per a les polítiques públiques en tots els sectors que de manera sistemàtica té en compte les implicacions en la salut que tenen les deci-

sions que es prenen, busca sinergies i evita impactes perjudicials per a la salut, a fi de millorar la salut de la població i l'equitat en salut. Millora la rendició de comptes dels polítics sobre l'impacte en salut, de tots els nivells de la formulació de polítiques. Inclou emfatitzar les conseqüències de les polítiques públiques en els sistemes de salut, els determinants de la salut i el benestar”, i obliga l'Administració pública a buscar les vies de coordinació de serveis necessàries per a atendre les necessitats de les persones de la manera més eficaç.

El recentment aprovat IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana¹⁰, concebut com una eina de planificació en salut i que es desplega sota aquest lema de “Salut en totes les polítiques”, ja arreplega entre les seues accions més rellevants l'atenció a la cronicitat i l'avanç en una integració social i sanitària.

Tots aquests factors, envelliment de la població, augment de malalties cròniques, augment de les desigualtats, canvis en l'estructura social —fonamentalment en la família o l'entorn familiar—, la necessitat de major eficiència en la despesa pública i la necessitat de buscar sinergies entre les polítiques públiques que milloren la salut de la població i l'equitat, justifiquen la necessitat d'avançar en l'atenció integral social i sanitària.

Sol haver-hi una coincidència quant als col·lectius ciutadans que es poden beneficiar d'una sinergia dels sistemes social i sanitari. Si repassem els distints plans o programes sociosanitaris de les comunitats autònomes, les directrius dels organismes internacionals o l'opinió dels experts, els grups susceptibles d'atenció sociosanitària són:

- Les persones majors amb pluripatologia i dependència.
- Les persones amb alguna malaltia crònica greu i problema social afegit.
- Les persones susceptibles de cures pal·liatives.
- Les persones amb trastorn mental greu.
- Les persones amb diversitat funcional que requereixen atenció simultània social i sanitària.
- Els grups de risc específics com els menors o dones maltractades.
- Les persones amb problemes d'addicció a drogues i problema social.
- Els immigrants irregulars, que han quedat en una situació de desprotecció social important.

Per tant, la coordinació entre els sistemes sanitari i social és una tasca essencial de l'acció governamental.

Hi ha les condicions per a apostar per una atenció integral social i sanitària eficaç i de qualitat?

Quan ens posem a analitzar les barreres i els elements facilitadors d'aquesta estratègia, veiem que la situació és contradictòria. D'una banda, la ciutadania cada vegada més reclama una atenció integrada i no comprén les ruptures en la continuïtat assistencial que suposa passar d'un sistema a un altre. Però, d'altra banda, hi ha un desequilibri en quant a recursos i, a més, hi ha un descoïntament, si no un cert recel, entre els professionals cap a la funció d'un sistema i l'altre. Hi ha patrons culturals en ambdós que condicionen el camí cap al canvi.

- El sistema sanitari que aporta trajectòria professional consolidada, rigor metodològic i actua-

cions contrastades, continua tenint una cultura curativa i malgrat l'evidència cada vegada més patent en contra, el model assistencial que predomina és el biomèdic i tecnològic.

- El sistema social que aporta una sensibilitat especial en la identificació dels determinants socials en relació a l'estat de salut i necessitat es considera a vegades infravalorat professionalment, tem ser fagocitat i, en massa ocasions, manté una visió excessivament assistencial, com si la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència no haguera convertit en dret el que fins aleshores era discrecional.
- Ni en serveis socials ni en sanitat hi ha una cultura d'atenció integral. Hi ha, gràcies a la bona voluntat dels professionals, nuclis de bona pràctica, però minoritaris en els dispositius assistencials d'un sistema i l'altre.
- La diferent consideració de la sanitat com un dret definit per llei i gratuït en el moment de l'ús i la prestació social com una mesura més discrecional a la qual s'accedeix si compleix uns requisits i sempre realitzant alguna aportació econòmica.
- Els professionals també tenen diferents percepcions del seu treball, amb diferències retributives i de consideració professional i social.
- Els sistemes d'informació estan molt desequilibrats.
- La dependència dels recursos d'Administracions distintes (autonòmiques, provincials i municipals) i de provisions distintes (públiques i privades) fan complexa la planificació i la gestió conjunta.

Caminant cap a la coordinació

Per a afrontar aquesta tasca es requereix, en primer lloc, lideratge polític, posant en l'agenda del govern un canvi d'orientació dels sistemes de salut i social.

Per això, al gener de 2016, es va constituir la Comissió de Coordinació Sociosanitària entre la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública i la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, que ha aprovat una anàlisi de situació de la coordinació sociosanitària i que ha plantejat huit grups de treball formats per tècnics i professionals d'ambdues conselleries, els quals centrant-se en els col·lectius que hem identificat més amunt despleguen una metodologia de treball que analitza la situació de partida, identifique les àrees de millora per a la coordinació i consensue les accions que afavorisquen l'eliminació de les barreres i enfortisquen els elements facilitadors per a aconseguir una atenció integrada social i sanitària a la Comunitat Valenciana.

Grup Assistència Sociosanitària

Té com a objectiu orientar la seua anàlisi i propostes als col·lectius de persones majors, les persones amb multimorbiditat i a les persones que es troben en fases de final de vida, en les quals coincideixen problemes de salut i socials.

Definir per a aquests col·lectius l'activitat compartida entre els sectors social i sanitari, organitzar circuits, homogeneïtzar i fer més equitativa l'atenció prestada, integrar funcionalment els professionals i recolzar el cuidador principal.

Per a això, analitzaran els següents aspectes:

- Els processos assistencials compartits.
- Els models d'història sociosanitària.

- L'atenció domiciliària sanitària i social.
- Els processos urgents.
- La coordinació entre l'atenció primària i especialitzada social i sanitària.
- La planificació de l'alta hospitalària.
- El suport a les persones cuidadores.

Grup Salut Mental

El seu objectiu és l'atenció integral de les persones amb malaltia mental i, en especial, amb trastorn mental greu. El seu treball consisteix a:

- Definir el processos assistencials de salut mental sociosanitària.
- Establir criteris i protocols per a la utilització de serveis, garantint la continuïtat assistencial.
- Definir la urgència sanitària i la social.
- Combatre l'estigma i evitar les etiquetes i l'excés medicalització.

Grup Diversitat Funcional

Es planteja el treball sobre col·lectius concrets:

- Persones amb discapacitat intel·lectual.
- Persones amb discapacitat física.
- Persones amb discapacitat sensorial.
- Persones amb discapacitat orgànica: dany cerebral, paràlisi cerebral, trastorns neurodegeneratius, etc.

El pla de treball és el següent:

- Elaborar un catàleg de prestacions i serveis per a veure duplicitats i carències.
- Analitzar les necessitats específiques de cada grup.
- Propostes d'integració assistencial: circuits assistencials, guies de pràctica assistencial, informació rellevant a compartir, gestió conjunta de casos.

Grup Infància

La infància té una especial rellevància per a l'atenció social i sanitària per ser d'especial vulnerabilitat, principalment en col·lectius que queden sota la tutela de la Generalitat. La violència contra la infància és un problema prioritari en l'anàlisi que el grup ha de fer del col·lectiu.

Els objectius del grup són:

- Analitzar les polítiques de salut dirigides i desenvolupades en l'entorn de la infància en general des d'una perspectiva des de la salut pública.
- Definir col·lectius de menors i situacions amb necessitats sociosanitàries i establir els mecanismes de coordinació.
- Fer un catàleg de recursos específics per a menors i plantejar la seua pertinència o reorientació, i també el seu increment.
- Atendre les necessitats específiques dels menors acollits al sistema de protecció competència de la Generalitat.

Grup Inclusió Sociosanitària

Aquest grup analitzarà els col·lectius poblacionals que requereixen l'activació d'accions i recursos per a la inclusió social, promovent accions preventives i desplegant intervencions que eviten situacions de marginalitat i estigma social.

Els objectius del grup són:

- Identificar col·lectius susceptibles de desplegar polítiques d'inclusió social.
- Formular propostes d'estudi, intervenció, protocolització i avaluació, orientades a la millora de la salut i la inclusió social.

- Elaborar un document estratègic i operatiu que definisca actuacions, funcions i recursos en l'àmbit de les dues Conselleries orientades a la disminució de desigualtats i enfortir la cohesió social.
- Promoure accions coordinades amb els serveis socials i sanitaris de proximitat i entitats del tercer sector amb la participació de tots els actors: centres de salut, serveis socials municipals, centres de salut pública, població implicada, associacions ciutadanes, etc., des d'una perspectiva d'actius en salut i inclusió social.

Grup Farmàcia Sociosanitària

La farmàcia sociosanitària és una realitat de la coordinació entre els dos sectors des de fa dues dècades. La prestació farmacèutica en les residències públiques mitjançant el desenvolupament de serveis de farmàcia és referent a Espanya. El grup de treball té com a objectiu avaluar el model de farmàcia sociosanitària, proposar accions per a fer-lo més integrat en el procés assistencial i planificar la seua extensió a la resta del sector.

Grup Sistemes d'Informació

El seu objectiu és identificar els sistemes d'informació dels sectors social i sanitari, la informació que contenen i que és necessària enllaçar per a garantir la continuïtat i la qualitat assistencial.

Pla de treball:

- Definir les bases de dades i programes operatius de la dues Conselleries.
- Estudiar la informació rellevant per als dos sistemes.
- Història sociosanitària compartida.
- Incorporació de l'informe de salut de dependència en Abucasis.
- Millorar i estendre l'accés a Abucasis des de les residències públiques i privades.
- Utilitzar el Sistema d'Informació Poblacional com a enllaç per a les bases de dades de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives amb informació social rellevant per a l'atenció integral sociosanitària.

Grup Formació

L'objectiu és estudiar i dissenyar línies d'integració funcional i/o orgànica del personal sanitari de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

Pla de treball:

- Pla de formació sociosanitària conjunt de l'Escola Valenciana d'Estudis de Salut per al personal sanitari d'ambdues Conselleries.
- Estudiar, si és procedent, la modificació dels barems per a oferta pública d'ocupació del temps treballat en centres sociosanitaris dependents de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

Metodologia de treball

Hem volgut proporcionar als grups una metodologia de treball el més homogènia possible perquè el producte siga homologable i que després es pugua desplegar amb els informes dels grups l'Estratègia d'Atenció Sociosanitària de la Comunitat Valenciana. Aquesta orientació als grups l'hem basat en dues propostes generals:

1. Principis que han de regir el treball dels grups

Des d'ambdós sistemes, el social i el sanitari, partim de situacions de notables desencontres entre gestors i professionals que han repercutit negati-

vament sobre les persones amb necessitats socials i sanitàries. Per això, és important enfocar el treball compartint principis i valors.

•Les persones, les seues necessitats i el seu entorn com a centre del sistema.

Les recomanacions del Govern valencià, les agències internacionals sanitàries (OMS/OPS), les societats científiques mèdiques, la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència, els models d'atenció a persones amb malalties cròniques i també susceptibles de cures pal·liatives, orienten cap a la persona i les seues necessitats com a centre dels sistemes d'atenció social i sanitària. Tindre-ho present és un instrument per a arribar a acords en les dificultats, per a substituir interessos corporatius o laborals per interessos de ciutadania, per a primar la negociació i el consens per damunt la discrepància.

•La població i els determinants de salut i del benestar.

Com a referents per a la definició d'accions que tinguen en compte desigualtats territorials, econòmiques i socials. La coordinació sociosanitària ha de servir per al desplegament de polítiques que s'orienten cap a l'equitat.

•Visió de gènere.

Les dones en la seua doble condició de grup social de major vulnerabilitat (violència, discriminació) i en la seua condició de cuidadores.

•La visió multiinterdisciplinària.

És necessari evitar les visions unilaterals. Alguns professionals tenen la temptació d'apropiar-se de l'atenció sociosanitària, mentre que altres tendeixen a desentendre's. El producte final ha de tindre una visió pluridisciplinària integrada. És imprescindible per a assentar les bases d'un canvi cultural i enviar un missatge clar.

•La participació de la ciutadania i els professionals.

Incorporar en el treball dels grups o consensuar les propostes amb col·lectius ciutadans o de persones afectades proporciona una visió més integral i legitimada socialment.

•Pensar globalment (estratègia i visió poblacional) per a actuar localment (grup de treball i visió individual).

Els productes finals del treball dels grups (document final) han de servir de base per a l'Estratègia d'Atenció Sociosanitària a la Comunitat Valenciana. Per tant, cada grup ha de treballar en el seu objectiu específic, però sabent que hi ha molts camps compartits i que el seu treball forma part d'un tot, les polítiques.

2. Full de ruta

Cada grup ha de treballar els punts següents:

- Definició de la població diana.
- Anàlisi estratègica DAFO de la situació dels col·lectius identificats i proposar una matriu CAME.
- Definir objectius de millora a proposar després de l'anàlisi estratègica. Després de l'anàlisi estratègica es deriven una sèrie d'àrees en què s'han de millorar i és necessari identificar-les per al seu abordatge.
- Definir línies d'acció per als objectius de millora. Cada objectiu de millora ha de portar desplegades les accions/propostes per a la seua consecució/implementació.
- Prioritzar les línies d'acció en funció de la seua factibilitat. Accions pràctiques que hauran de prioritzar-se

com a curt i llarg termini, en funció de la seua factibilitat, impacte.

•Identificar responsables per a la seua implementació.

En cada línia d'acció cal identificar els responsables de la seua implementació.

•Identificació i definició de processos assistencials.

Situacions que es produeixen en el dia a dia i que és necessari protocol·litzar o establir en una guia d'actuació que arreplegue: què, qui, com, quan i on.

•Mapa de recursos sociosanitaris per departament de salut.

•Avaluació.

Indicadors d'avaluació de la implementació de les línies d'acció.

•Calendari.

Establir un cronograma de desplegament, tenint en compte les accions a curt, mitjà i llarg termini.

El resultat final d'aquest procés és disposar d'una estratègia d'atenció integral social i sanitària centrada en la persona que servisca com a manual d'instruccions per a canviar la cultura i la missió dels dos sistemes i proporcionar bases per al desplegament normatiu corresponent.

Com diu Cavafis en el seu poema *Viatge a Ítaca*, no sols arribar-hi és l'objectiu, el camí cap allí és important. Conèixer-se, valorar-se, compartir llenguatge, consensuar criteris, incorporar visions és fonamental per a arribar a la destinació i tindre èxit. Hi estem ficats.

.....

Eduardo Zafra Galán*

Director de Gestió Sanitària.

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Antonio Raya Álvarez*

Director general de Diversitat Funcional.

Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

*Coordinadors generals dels grups de treball de Coordinació Sociosanitària.

Referències bibliogràfiques

1. http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/at_sociosanit_catalunya_2003.pdf
2. ORDEN de 30 de marzo de 1995, de la Conselleria de Sanitat i Consum, por la que se crea el Programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, a Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en Situación Terminal (PALET). (DOCV núm. 2494 de 25.04.1995).
3. <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2000-01-La-atenci%C3%B3n-sociosanitaria-en-Espa%C3%B1a-perspectiva-gerontol%C3%B3gica-y-otros-aspectos-conexos.pdf>
4. http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf
5. <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3735>
6. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
7. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
8. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf
9. http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
10. http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf

La Universidad como entorno saludable

El proyecto de la Universidad de Alicante

JOSE RAMÓN MARTÍNEZ

El proyecto de Universidad Saludable de la Universidad de Alicante se concibió con el objetivo de generar un espacio promotor de salud, a través de la construcción de estructuras, lenguajes, ambientes, comunicaciones... que facilitasen y promoviesen la salud universitaria en combinación, interacción y sinergia con otras propuestas, alternativas o actividades que no tan solo fuesen capaces de crear una reacción potente, positiva y saludable, sino también permanente y perdurable.

En 2012, el nuevo equipo de gobierno resultante de las elecciones a rector en la Universidad de Alicante (UA) aprobó el desarrollo del proyecto de Universidad Saludable. Proyecto que se presentó como requisito para la incorporación en la Red Española de Universidades Saludable (REUS). Es a partir de la aprobación de su incorporación cuando se inició una estrategia para aumentar la conciencia y la información universitaria en materia de salud; así como de las prácticas saludables, basándose en el concepto *universidades promotoras de salud*, que “hace referencia a las entidades de educación superior que fomentan una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la promoción de la salud (PS), y se constata a través de una política institucional para la mejora continua y sostenida de las acciones de PS”¹.

La UA cuenta con un campus privilegiado, tanto en su infraestructura urbanística y paisajística como arquitectónica, que propiciaba el desarrollo de este proyecto. Basado en ello, se pretendía poner los medios para conseguir que fuese reconocida como Universidad Saludable y protegida como tal, mediante el aumento del valor de su patrimonio y sus activos en salud.

Se trataba de generar un espacio promotor de salud, a través de la construcción de estructuras, lenguajes, ambientes, comunicaciones... que facilitasen y promoviesen la salud universitaria en combinación, interacción y sinergia con otras propuestas, alternativas o actividades que no tan solo fuesen capaces de crear una reacción potente, positiva y saludable, sino también permanente y perdurable que finalmente lograrse la salud tal como la definió Jordi Gol: “aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa”. Es decir, que respetase la libertad individual y colectiva sin olvidar la necesidad de implicarse y de hacerlo disfrutando con ello en beneficio propio y de los demás.

El proyecto de Universidad Saludable de la UA se concibió, pues, como mucho más que un simple eslogan, una buena marca o un lema. Se trataba de generar un compromiso integral, longitudinal e institucional.

Integral porque no se limitaba a un aspecto puntual ni se centraba en un colectivo especial, ni era preceptivo de ningún centro. Se trataba de un proyecto de salud desde una perspectiva amplia, comprometida y solidaria. Partiendo de un concepto de salud alejado de tópicos y estereotipos que aglutinase todos los activos potencialmente saludables con los que cuenta la UA.

Longitudinal porque ninguna acción quedaba limitada al espacio temporal de su celebración, inicio o presentación. Porque se trataba de generar llamadas de atención en la comunidad universitaria que enganchasen una sucesiva y permanente acción saludable con el objetivo de incorporarse en la vida diaria sustituyendo comportamientos de manera voluntaria y activa.

Institucional porque no era un proyecto de un servicio, centro, unidad o departamento concreto. Ni tan siquiera lo era de un vicerrectorado. Se trataba de un proyecto estratégico y transversal de la UA que es propiedad de todos y de nadie a la vez. Todos eran actores y espectadores. Todos eran agentes de salud y receptores de salud. Todos eran arte y parte.

Dadas las características del campus de la UA, se planteó desarrollar el proyecto basado en el modelo de activos y tratando de huir del modelo de necesidades, aun hegemónico en salud pública por su parecido al modelo médico.

Activos de salud que necesariamente nos conducen al modelo salutogénico de Antonovsky, que, desde una visión dinámica del bienestar humano, se centra en explorar el origen de la salud en vez de explicar las causas de la enfermedad. Es un enfoque centrado en el desarrollo positivo de la salud, o promoción de la salud, del que surge el concepto de activo de salud como “cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar”².

El proyecto, además, tenía dos ejes vertebradores en todas sus acciones: la perspectiva de género y la accesibilidad, que permitirían configurar un modelo de Universidad que integrase y participase de los principios de protección y promoción de la salud, la sostenibilidad y la convivencia; con los cambios de economía global desplegando un nuevo modelo universitario más sostenible y a la vez más humano³.

Con estos planteamientos, por tanto, se empezó a fraguar el proyecto.

Lo primero fue informar sobre sus fines y sus metas a toda la comunidad universitaria. Y se hizo empezando por el propio equipo de gobierno. Se trasladó a cada una de las vicerrectoras y vicerrectores lo que desde su ámbito de competencia y responsabilidad podían aportar al proyecto.

De igual forma se informó a las decanas y decanos de todas las facultades y al director de de

la Escuela Politécnica Superior, así como a las directoras y directores de departamentos e institutos. Por último, se compartió el proyecto con el Consejo de Estudiantes, Servicio de Infraestructuras, Servicio de Mantenimiento y con las empresas externas que ofrecían diferentes servicios en la UA (restaurantes, limpieza, jardinería...).

En definitiva, se trataba de que toda la comunidad universitaria, sin excepción, se identificase con el proyecto y se sintiese partícipe del mismo. Tan solo desde este planteamiento entendíamos que sería posible que el proyecto de Universidad Saludable pudiese tener futuro además de presente.

Una vez informada toda la comunidad universitaria era importante crear una imagen que hiciese visible el proyecto. Para ello se creó un logo que identificase a la UA como Universidad Saludable (figura 1) y que apareciese en todas las acciones, documentos, espacios... que se generaban. Así como una página web que fuese plataforma de comunicación, información y difusión del proyecto: <http://web.ua.es/es/universidad-saludable/inicio.html>

La nueva realidad saludable se hacía basándose en los siguientes aspectos:

- Mapeo de los activos en salud de la Universidad, sus entornos y sus estudiantes: elaboración de un inventario del patrimonio de salud de la Universidad, siguiendo el enfoque de John McKnight⁴, con especial énfasis en los estudiantes y en la infraestructura docente e investigadora como activos de salud de y para la Universidad.
- Inventario de buenas prácticas para una Universidad Saludable.
- Diagnóstico de salud y calidad de vida de la comunidad universitaria, reuniendo información para la promoción de la salud en la Universidad mediante la opinión de la población universitaria.
- Identificación de agentes de salud en la comunidad universitaria
- Utilización de las tecnologías de la información y comunicación para explorar el uso de redes sociales como una herramienta evaluable de promoción de la salud en la UA, creando el grupo de Facebook “Alicante Universidad Saludable” para facilitar la comunicación entre los impulsores del proyecto, los agentes de salud voluntarios y el público en general. Posteriormente, se usarían las herramientas estándares de evaluación en Facebook para medir su implantación, y en una fase más avanzada se usarían las herramientas de “desarrolladores” para valorar las menciones en todo el universo Facebook de palabras clave relacionadas con el proyecto Alicante Universidad Saludable.

Pero para lograr este desarrollo resultaba imprescindible identificar e implicar a referentes de todos los colectivos y centros de la UA. En este sentido, se planificó una actividad formativa sobre activos de salud dirigida a dichos referentes, que previamente se habían identificado, para alcanzar los objetivos siguientes:

- Generar conocimientos básicos sobre la salutogénesis en el contexto de la promoción de la salud, los entornos saludables y los activos en salud.
- Generar conocimientos y habilidades sobre algunas metodologías para la identificación de activos de salud, su difusión y su utilización.



Figura 1. Logo de Universidad Saludable de la Universidad de Alicante.

- Contextualizar dichos conocimientos y habilidades en el proyecto y el espacio de la UA.

Tras la realización del seminario se constituyó un grupo estable de Universidad Saludable conformado por los representantes de los diferentes centros, servicios y colectivos que habían realizado la formación. El grupo tenía como principal objetivo recoger, valorar, debatir y consensuar iniciativas en torno al proyecto, actuando como promotores de salud que propiciarán el cambio y favoreciesen la difusión del proyecto.

Paralelamente a este proceso, y con la participación activa de los promotores, se identificaron actividades que, desarrollándose en los diferentes centros, unidades y servicios, pudiesen enmarcarse en el proyecto de Universidad Saludable y que por lo tanto llevaran el sello de acción saludable (seminarios, conferencias, cursos, reuniones... de muy diversa índole, pero que actuasen directa o indirectamente en beneficio de la salud de la comunidad universitaria).

Así mismo, se fueron vertebrando los diferentes recursos con los que contaba la UA con el fin de lograr el máximo potencial de los mismos. El gabinete de nutrición (ALINUA), el Servicio de Prevención, el Centro Optométrico... empezaron a articularse para canalizar sus acciones en torno al proyecto de Universidad Saludable. De esta manera se desarrolló el campus cardioprotectado, para lo cual se pusieron en marcha desfibriladores repartidos por el campus y se formó personal para su utilización, al mismo tiempo que se elaboraba un protocolo de actuación. Se implantaron los menús saludables, consensuados con los gerentes de los cinco restaurantes del campus y con la participación del Gabinete de Nutrición. Se diseñaron las rutas saludables, con recorridos en los que no tan solo se podía conocer la distancia realizada sino también las calorías consumidas. Se ofrecieron talleres de formación para aprender a montar en bicicleta y de mecánica básica de la bicicleta para potenciar y promocionar el uso de la bicicleta como medio de transporte sostenible. Se crearon los huertos saludables... Y todas estas acciones se articulaban entre sí para ofrecer respuestas a necesidades o demandas de la comunidad universitaria.

Otra estrategia que se llevó a cabo fue la de favorecer la incorporación —además de la ya comentada REUS— en redes. Se constituyó la Red Valenciana de Universidades Públicas Saludables y posteriormente el grupo de trabajo de Universidades Saludables en la Xarxa Lluís Vives y en la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas, a través de las cuales se comparten experiencias y se llevan a cabo acciones conjuntas. La internacionalización fue otra de las apuestas para fortalecer y visibilizar el proyecto más allá del ámbito más cercano. La asistencia a conferencias y congresos internacionales propició que el proyecto de la UA fuese conocido y reconocido. Ha obtenido diferentes premios, como el concedido por parte de la Organización Panamericana de la Salud en el congreso celebrado en 2013 en Puerto Rico, en donde la UA se incorporó a la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS). Además, actualmente participamos en proyectos de investigación en torno a Universidad Saludable como el que se lleva a cabo con la Universidad de Miami.

En estos momentos estamos acabando de identificar los activos de salud para poder realizar el mapeo de los mismos, pero simultaneándolo con acciones propias y compartidas con otras organizaciones (Asociación Española Contra el Cáncer, Asociación Española de Alzheimer, Asociación Española de Enfermería Comunitaria, Centro de Salud Pública...) que se van planificando haciéndolas coincidir con la celebración de los días internacionales (Día Mundial sin Tabaco, Día Mundial sin Automóviles, Día Mundial del Agua, Día Mundial del Alzheimer, Día Mundial contra el Cáncer de Mama...) como forma de sensibilizar a la comunidad universitaria en temas de interés para la salud, pero teniendo en cuenta que dichas acciones no se circunscriben a las actividades puntuales de la celebración, sino que se acompañan de medidas de continuidad tendentes a favorecer hábitos y conductas saludables.

En estos momentos el proyecto está en fase de consolidación y crecimiento.

En junio de 2017 la Universidad de Alicante será la sede del VII Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud.

.....
José Ramón Martínez Riera

Director del Secretariado de Sostenibilidad y Salud Laboral.
Universidad de Alicante.

.....
Referencias bibliográficas

1. Arroyo, H. Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. Documento de Trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud “El Compromiso Social de las Universidades”. Universidad Pública de Navarra, 2009.
2. Morgan A & Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*. 2007; 14(2 suppl):17-22.
3. Martínez Riera, JR; Muñoz Guillena, R. La Universidad de Alicante Universidad Promotora de Salud/Universidad Saludable. Un reto y una oportunidad. *Revista de Salud Pública*, (XVIII) 3:55-64, dic 2014.
4. Álvarez-Dardet C & Cantero MT. Patrimonio de salud ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Rev. Esp. Salud Pública*. 2011; 85(2):123-7.

Medi ambient i salut

AMPARO FERRERO, ANA ESPLUGUES, CARMEN IÑIGUEZ, SABRINA LLOP, MARIA-JOSE LOPEZ-ESPINOSA I FERRAN BALLESTER

Atesa la importància de l'impacte en salut dels riscos ambientals i que en gran manera són modificables, com reconeix l'OMS, cal destacar la necessitat d'incorporar la perspectiva de salut en totes les polítiques per a assegurar ambients saludables que reduïsquen la càrrega de malaltia i protegeixen la salut de la població.

Recentment l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha publicat un informe sobre la prevenció de malalties a través dels ambients saludables¹. L'impacte estimat del medi ambient sobre la salut és de 12,6 milions de morts anuals (el 23 % del total). D'aquestes, 1,4 milions es donen en la regió europea. Els sectors de població més vulnerables són els adults entre 50 i 75 anys (4,9 milions) seguits dels menors de 5 anys (1,7 milions).

Aquest article pretén desgranar la contribució de diferents factors ambientals en la nostra salut. Es recullen resultats globals (OMS) i també els derivats d'estudis espanyols (com ara l'estudi INMA-Infància i Medi Ambient²) i europeus (taula 1). Es proposaran també una sèrie d'accions que poden ser iniciades des de diferents sectors i que ajudarien a minimitzar la càrrega de la malaltia relacionada amb riscos ambientals.

Contaminació atmosfèrica ambiental

La contaminació atmosfèrica és un dels factors ambientals modificables més importants a causa de la seua universalitat. Independentment de l'existència de poblacions més vulnerables (persones majors, xiquets, etc.) o poblacions més exposades (segons ocupació, residència, etc.), tots estem exposats en alguna mesura i no hi ha nivells "segurs" per a la població general.

Els efectes de la contaminació ambiental poden donar-se a curt i llarg termini, i en tots els graus de gravetat: des de subtils afeccions subclínicas

fins a la mort prematura. En 2012, 3,7 milions de morts prematures a tot el món es van atribuir a la contaminació atmosfèrica. Aquesta dada, tenint en compte que la càrrega de malaltia augmenta amb la disminució de la gravetat, informa de l'elevat impacte que té en la salut³.

El 5,4 % d'aquestes morts van ocórrer en el Mediterrani Occidental. Les principals patologies associades van ser malalties respiratòries (agudes i cròniques), incloent-hi l'asma, malalties isquèmiques i cerebrovasculars i càncer de pulmó. Estudis recents també troben associació amb malformacions congènites i condicions neonatals adverses.

Polítiques i inversió per a la promoció d'un transport net (transport públic, transport actiu, combustibles nets, manteniment de vehicles), una gestió adequada de residus, la millora en els sistemes de calefacció i d'aire condicionat, ús d'energies renovables i selecció de cultius, són algunes de les mesures que podrien millorar la qualitat de l'aire. Algunes mesures presenten cobeneficis, per exemple la promoció del transport actiu en relació amb aquest efecte perjudicial de la inactivitat física.

Contaminació atmosfèrica en ambients interiors

Al voltant del 90 % del nostre temps el passem en ambients interiors, com ara la casa, l'oficina, el col·legi, edificis públics, etc. Per això, la qualitat de l'aire d'aquests llocs és un determinant im-

portant de salut. En aquests espais es poden trobar substàncies tòxiques procedents de materials de construcció o equipaments (pintures, vernissos, etc.) i biològiques (floridures, humitats, àcars), encara que les principals deriven de les activitats humanes, com l'ús de combustibles fòssils (llenya, gasoil o gas) per a cuinar o calfar-se i el fum del tabac⁴. La mitat de la població mundial utilitza cuines i estufes de carbó o biomassa, i això causa al voltant de dos milions de morts anuals, més d'un milió a causa de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i quasi un altre milió per pneumònies en menors de cinc anys. Segons l'OMS, la contaminació de l'aire interior provocada per combustibles fòssils és un dels principals factors modificables sobre el qual es pot actuar per a reduir malalties com l'asma, infeccions respiratòries en la infància, MPOC, isquèmia i accidents cerebrovasculars i càncer de pulmó¹.

Per a millorar la qualitat de l'aire en interiors els edificis han de respirar. Ventilar diàriament —l'acció més senzilla— evita la concentració d'agents perjudicials, ja siguin químics o biològics. Altres són utilitzar fonts de combustió elèctriques —preferentment a les de gas o lenya—, materials de construcció saludables (pintures i vernissos amb una base d'aigua) i evitar fumar en espais tancats. La llei antitabac del 2011 va contribuir a la millora de la qualitat de l'aire en espais públics. Les noves polítiques haurien d'incentivar la producció i investigació en materials saludables.

Taula 1. Resum dels principals resultats d'estudis sobre els efectes dels factors de risc ambientals

Factor ambiental	Exposició	Dades Organització Mundial de la Salut	Dades estudi INMA i altres estudis
Contaminació atmosfèrica	Derivada del trànsit en l'aire ambient	Contribueix a 1,5 milions de morts per malalties isquèmiques; 1,5 per cerebrovasculars; 400 000 per MPOC; 225 000 per càncer de pulmó, i 125 000 per IRVB*.	Estudi APHEKOM**: la disminució dels nivells de partícules reduiria anualment a València 2,3 morts per 100 000 habitants. INMA** : nivells alts de NO ₂ *** es van associar amb una reducció del 6% en el creixement fetal.
	En ambients interiors	S'estima que la contaminació en ambients interiors per combustibles fòssils va causar 3,7 milions de morts anuals en el món. No obstant això, la causa més important en països desenvolupats és l'exposició a fum de tabac.	INMA: Més risc de símptomes i problemes respiratoris a l'any d'edat entre els xiquets les mares dels quals van ser fumadores durant l'embaràs; també per a aquelles les mares dels quals van consumir poca fruita i verdura durant l'embaràs i que, a més, tenien cuina de gas a casa.
Canvi climàtic	Factors meteorològics i alteracions a causa de canvis del clima	Centenars de milers de morts anuals estan relacionades amb les alteracions del clima.	Estudi PHEWE ⁵ : les onades de calor provoquen un increment de la mortalitat entre el 5% i el 20% a València. Estudi ISCIII ⁶ : l'onada de calor de 2003 va provocar més de 6000 morts en excés a Espanya.
Agents químics	Plaguicides	L'exposició primerenca a plaguicides s'ha relacionat amb efectes en el desenvolupament fetal, neuropsicològics, respiratoris, obesitat i diabetis.	INMA: l'ús de plaguicides en ambients interiors i exteriors està molt estès. La dieta és una font important d'exposició a plaguicides d'ús actual i els prohibits a Europa com el DDT***
	Metalls a través de la dieta	L'exposició a baixes dosis de mercuri i plom durant les primeres etapes de la vida s'ha relacionat amb efectes en el desenvolupament neuropsicològic dels xiquets.	INMA: l'exposició infantil actual a plom és baixa, no obstant això, els nomenats espanyols posseeixen nivells alts de mercuri, superiors a les recomanacions internacionals.
	Disruptors endocrins	L'exposició a aquests compostos ha sigut associada amb l'aparició de malformacions congènites, càncer de mama, de pròstata i del tiroide i problemes cognitius, d'atenció i hiperactivitat, encara que calen més estudis.	INMA: organoclorats i perfluorats es van trobar en sang en prop del 100% de les mares. Bromats presents en més del 50% de les mares. Aquestes exposicions han sigut relacionades amb malformacions congènites, retard en el creixement intrauteri, alteracions en els nivells hormonals, efectes en el desenvolupament neurològic i problemes respiratoris.
Aigües d'ús domèstic	Sanejament i compostos derivats de la cloració	L'accés universal a l'aigua potable i instal·lacions de sanejament podria evitar anualment 340 000 morts.	INMA: hi ha nivells alts de THM*** en algunes àrees de l'estudi INMA però els resultats suggereixen que l'exposició a THM en aigua per a beure durant l'embaràs no s'associa amb baix pes en nàixer o part preterm. Tampoc sobre creixement postnatal ni sobre IRVB* o símptomes respiratoris a l'any d'edat.

* MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica; IRVB: infeccions respiratòries de vies baixes
** Més informació: www.aphekom.org; www.proyectoinma.org
*** NO₂: diòxid de nitrogen; DDT: diclorodifeniltricloroetà; THM: trihalometans

El canvi climàtic

El canvi climàtic és considerat una de les majors amenaces mundials per a la salut pública. Els efectes de les altes temperatures i les onades de calor sobre la salut són importants, i s'incrementaran en el futur, especialment en el Mediterrani. A més, el canvi climàtic també pot provocar efectes sobre la salut de manera indirecta, per la pèrdua de terres de cultiu, l'escassetat d'aigua o per canvis en els vectors que transmeten malalties infeccioses. A més, tots aquests canvis en les condicions ambientals poden causar problemes de salut perquè alteren la infraestructura social, ja que afecten la disponibilitat d'aliments i d'aigua, provoquen desplaçaments de persones per inundació, danys materials, etc.

La salut pública hauria d'enfocar-se cap a accions específiques per a reduir els efectes en la salut per mitjà de mesures d'adaptació, com ara l'establiment de sistemes d'alerta, sistemes d'informació i vigilància i mesures de prevenció. A més, és crucial la reducció d'emissions contaminants, tant per l'efecte que tenen en el canvi climàtic com per l'efecte directe sobre la salut de les persones. Les accions més efectives seran les que incidisquen en l'arrel del problema (emissió de gasos d'efecte d'hivernacle) i, a més, tinguen beneficis sobre la salut, com la reducció de l'emissió de contaminants, el foment del transport actiu (caminar i anar amb bicicleta) i del transport col·lectiu menys contaminant, la disminució de carn (especialment de remugants, font important d'emissió de gasos amb efecte d'hivernacle) i l'increment de zones verdes.

Els metalls a través de la dieta

La dieta està considerada com la principal via d'exposició a metalls pesants tòxics en la població en general. L'origen d'aquests metalls és en part natural, encara que ha sigut l'ús antropogènic el que ha provocat l'augment de manera considerable dels seus nivells en el medi ambient. En l'àmbit mundial, els principals metalls tòxics que podem trobar en la dieta són el cadmi, l'arsènic, el plom i el mercuri. En l'àmbit espanyol, el Projecte INMA ha proporcionat informació sobre els nivells d'exposició prenatal al mercuri de 1800 nounats de València, Sabadell, Astúries i Guipúscoa. En general, els nivells van resultar elevats, amb un 24 % dels xiquets amb nivells superiors a les dosis recomanades per l'OMS i un 64 % per damunt de la recomanació de l'Agència de Protecció Ambiental dels Estats Units. Aquests nivells es van relacionar principalment amb el consum de grans peixos depredadors durant l'embaràs, concretament tonyina roja, emperador i bonítol. Hi ha una creixent preocupació pels possibles efectes neurotòxics del mercuri, especialment a edats primerenques, en poblacions on el consum de peix és moderat alt. Per tant, cal fomentar certes accions de salut pública, com les recomanacions de consum de peix en població vulnerable, estudis de monitorització i l'eliminació del mercuri de processos industrials.

Els plaguicides

Els plaguicides són usats sovint tant en ambients interiors com en exteriors per al control de plagues no desitjades. Les principals vies d'exposició a aquestes substàncies són la inhalació, el contacte dèrmic i la ingestió. La inhalació i el contacte dèrmic es produeixen principalment durant l'aplicació o també quan s'entra en contacte amb

residus presents en superfícies contaminades. Aquesta via és de gran importància per als xiquets pel fet que mantenen en ambients interiors un major contacte amb el sòl, on els residus de plaguicides solen ser majors. Un estudi recent realitzat pel Projecte INMA revela que un 54 % de les dones participants van usar algun tipus de plaguicida durant l'embaràs. De fet, aquest ús es va relacionar amb un retard en el desenvolupament psicomotor del xiquet avaluat als dos anys de vida. La ingesta d'aliments contaminats amb residus de plaguicides també constitueix una important font d'exposició en la població general, tant a plaguicides d'ús actual, com organofosforats i piretroides, com a aquells plaguicides l'ús dels quals ha sigut prohibit des de fa anys a Europa, com ara l'organoclorat DDT. Els nivells trobats en les mares INMA es van relacionar amb la ingesta de lactis i carn, ja que el DDT i el seu metabòlit DDE s'acumulen en greixos, encara que també amb fruites i verdures. La globalització de la dieta podria estar relacionada amb aquesta troballa. Fomentar el consum d'aliments locals lliures de plaguicides podria ajudar a reduir aquesta exposició.

Els disruptors endocrins

Els disruptors endocrins són compostos químics capaços de simular el comportament de les hormones. Hi ha més de 800 substàncies amb aquesta capacitat. Els períodes d'exposició més vulnerables són el període fetal i primers anys de vida, quan l'organisme està en formació i les hormones tenen un paper essencial en el desenvolupament.

Aquestes substàncies estan presents en la vida diària. Es troben en plaguicides (organoclorats, organofosforats, piretrines i piretroides), productes d'ús industrial i combustió (PCB i dioxines), cosmètics i cremes (parabens, triclosan i benzofenones), plàstics (ftalats i bifenols), detergents (alquilfenols) o fins i tot tèxtils (perfluorats i bromats). L'exposició humana pot produir-se per ingesta d'aliments, aigua o pols, inhalació, contacte amb la pell, així com per la transferència de la mare al fetus o a través de la llet materna.

Encara que calen més estudis, els disruptors endocrins podrien tindre un paper en l'increment dels casos de càncers hormonodependents, malformacions genitals i problemes en el desenvolupament neurològic⁵. A causa dels efectes deleteris per a la salut, alguns d'aquests (organoclorats, bromats i alguns perfluorats) han sigut inclosos en acords internacionals per a la gradual prohibició i eliminació.

Unes mesures necessàries serien la creació d'un programa de biomonitorització sistemàtic i regulat a Espanya i més estudis sobre els seus efectes en la salut.

Les aigües de consum domèstic

En 2010 es va complir la meta dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni sobre l'accés a l'aigua potable. En l'àmbit mundial, més de 2000 milions de persones van obtenir accés a subministraments d'aigua per mitjà de canonades i pous, com a conseqüència les morts en menors de cinc anys es van reduir a la mitat. No obstant això, encara queda per aconseguir la meta relativa al sanejament. En el nostre àmbit, els problemes relacionats amb la salubritat no són generalitzats, però les nostres aigües poden presentar compostos derivats de fertilitzants agrícoles (ni-

trats) o processos de potabilització (trihalometans, THM) que poden resultar perjudicials per a la salut.

La presència, i posterior ingesta, de nitrats en aigües s'ha relacionat amb càncers com el de mama. A més, l'OMS ha establert nivells màxims de nitrats en aigua pels coneguts efectes en la infància (metahemoglobinèmia). La racionalització de l'ús de fertilitzants en sistemes agraris és clau per a evitar aquest tipus de contaminació.

Els THM es formen després de reaccionar el clor amb la matèria orgànica present en l'aigua. En les últimes dècades, la seua presència en aigües de consum ha generat preocupació pel risc que comporten per a la salut per l'augment del risc de càncer de bufeta i colorectal, problemes respiratoris o efectes reproductius adversos. Els THM són incorporats a l'organisme per mitjà de la ingestió, inhalació o absorció dèrmica durant la dutxa o el bany en piscines. Utilitzar mètodes de potabilització alternatius al clor podria reduir l'impacte dels THM en la salut.

Metes en totes les polítiques: assegurar ambients saludables

Atesa la importància de l'impacte en salut dels riscos ambientals i que en gran manera són modificables, com reconeix l'OMS, cal destacar la necessitat d'incorporar la perspectiva de salut en totes les polítiques per a assegurar ambients saludables que reduïsquen la càrrega de malaltia i protegeixen la salut de la població. D'altra banda, haurien de ser prioritàries les línies d'investigació en salut pública per a millorar el coneixement sobre els factors de risc ambientals, així com la seua biomonitorització i vigilància.

.....
Amparo Ferrero, Ana Esplugues, Carmen Iñiguez, Sabrina Llop, Maria-Jose Lopez-Espinosa i Ferran Ballester
Àrea d'Àmbit i Salut (Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana, FISABIO).
Projecte INMA, Infància i Medi Ambient.
Unitat Mixta d'Investigació en Epidemiologia, Àmbit i Salut, FISABIO, Universitat Jaume I, Universitat de València.
CIBER en Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP).

Referències bibliogràfiques

1. OMS 2016 Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks [Internet]. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/
2. Guxens M, Ballester F, Espada M, Fernández MF, Grimalt JO, Ibarluzea J, et al. Cohort Profile: the INMA-Infancia y Medio Ambiente--(Environment and Childhood) Project. *Int J Epidemiol*.41(4):930-40.
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 380(9859):2224-60.
4. OMS 2010. Regional office for Europe. WHO Guidelines for indoor air quality. Selected pollutants. Copenhagen, Denmark.
5. OMS 2012. State of the science of endocrine disrupting chemicals. An assessment of the state of the science of endocrine disruptors prepared by a group of experts for the United Nations Environment Programme and World Health Organization.
6. Baccini M, Biggeri A, Accetta G, Kosatsky T, Katsouyanni K, Analitis A, et al. 2008. Heat effects on mortality in 15 European cities. *Epidemiology*. 19(5):711-9.
7. Martínez Navarro F, Simón-Soria F, López-Abente G. 2004. Evaluación del impacto de la ola de calor del verano de 2003 en la mortalidad. *Gac Sanit*. Suppl 1:250-8.

Photovoice Villaverde

Un estudio participativo sobre la alimentación a través de la fotografía

MANUEL FRANCO Y PALOMA CONDE

Los resultados obtenidos en el estudio Photovoice Villaverde han aportado no solo un mayor conocimiento del barrio y las posibles mejoras para la alimentación de los vecinos, sino que han permitido crear un tejido social, que si bien ya existía en los barrios estudiados, lo ha reforzado con la creación de nuevos vínculos entre la ciudadanía, los servicios de promoción de la salud y los decisores políticos.

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Actualmente, el 65 % de la población del mundo vive en países donde el sobrepeso y la obesidad conllevan mayor mortalidad que la desnutrición. En España, los altos niveles de obesidad y enfermedades asociadas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, representan un grave problema de salud pública.

Diferentes estudios han demostrado que el lugar donde vivimos y trabajamos influye en la dieta, y por consiguiente en los niveles de obesidad. Para el diseño e implementación de políticas públicas efectivas que mejoren el entorno en el que vivimos y trabajamos, la “ciencia ciudadana” está siendo incentivada desde las principales agencias de investigación europeas. Por ello, la colaboración entre investigadores, decisores políticos y ciudadanía es una pieza clave.

Es precisamente bajo este enfoque de ciencia ciudadana cómo el Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular de la Universidad de Alcalá, junto con el Centro de Madrid Salud Villaverde (CMS Villaverde) del Instituto de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid, decidieron poner en marcha el proyecto Photovoice Villaverde (<https://hhhproject.eu/photovoice/project/>).

Photovoice Villaverde

El objetivo principal del proyecto fue realizar un diagnóstico comunitario del entorno alimentario por parte de la población residente en un área urbana de Madrid desde el enfoque de la ciencia ciudadana y empleando la metodología Photovoice.

Los objetivos de la técnica Photovoice son:

- Permitir a la población capturar y reflejar a partir de la fotografía las fortalezas y preocupaciones de su comunidad.
- Promover la reflexión crítica a cerca de cuestiones importantes a través de debates colectivos sobre las propias fotografías de las personas participantes.
- Informar a los decisores políticos sobre el diseño de posibles intervenciones al respecto del tema de interés.

En nuestro caso, en el proyecto Photovoice Villaverde planteamos los siguientes objetivos:

- Identificar y comprender el entorno de alimentación de Villaverde, según es percibido por la población residente.
- Fomentar, a través del debate sobre sus propias fotografías, la reflexión crítica de la población de Villaverde sobre su entorno alimentario.
- Informar e involucrar a los profesionales sociosanitarios y a los decisores políticos, encargados de desarrollar e implementar diferentes políticas e intervenciones, en la mejora del entorno alimentario en el área de estudio.

Los principales resultados del proyecto fueron el desarrollo de esta metodología de investigación y acción participativa por primera vez en España como proyecto científico, editar un fotolibro y montar una exposición con las fotos de los participantes y, por último, el grupo investigador se propuso analizar los datos del proyecto y publicar una serie de artículos internacionales que mostrasen los principales resultados del proyecto para avanzar en la promoción de la salud a través de la alimentación en el ámbito urbano.

¿Cómo se hizo?

En este estudio, las vecinas y vecinos de Villaverde han fotografiado, discutido y presentado un análisis de su barrio con respecto a la alimentación.

El proyecto se desarrolló en dos barrios del distrito de Villaverde: Los Rosales y San Cristóbal. Villaverde, situado en el sur de Madrid, es una de las áreas que presenta indicadores socioeconómicos y de salud más bajos con respecto a la media de la ciudad.

En cada uno de los barrios se formaron dos grupos, uno de mujeres y otro de hombres. Cada uno de estos grupos se reunió una vez a la semana, durante un mes y medio, completando así cinco sesiones, en las que recibieron un taller de fotografía, comprendieron la importancia del entorno alimentario, realizaron fotografías de dicho entorno e hicieron un diagnóstico comunitario a cerca de su barrios.

En total participaron 24 residentes que tomaron y discutieron un total de 163 fotos de sus respectivos barrios. De este total se seleccionaron, analizaron y discutieron las 31 fotografías que según los propios participantes mejor reflejaban su barrio. A partir de la información aportada, se analizaron de forma colectiva cada una de estas fotos hasta realizar una clasificación temática de los elementos de su entorno alimentario de mayor importancia para las personas participantes.

Las categorías resultantes de los cuatro grupos fueron agrupadas en seis temáticas principales: diversidad cultural; envejecimiento; pobreza y crisis económica; comercio de alimentación; relaciones sociales, y comer con moderación.

En la última sesión los grupos construyeron un mapa con los conceptos del entorno alimentario que mejor reflejaban su barrio. Así mismo y de forma grupal, de entre todas las fotografías tomadas se escogió una por cada participante. Las fotos elegidas aparecerían en el fotolibro y la exposición. En las figuras 1 y 2 se muestran dos posibles ejemplos de categorías.

Traslación a políticas públicas

Tras el proceso de análisis de las fotografías, las personas participantes y el equipo investigador nos reunimos para traducir los resultados en intervenciones políticas sobre entorno y alimentación.



“Yo soy más partidario de comprar en el pequeño comercio porque te asesoran, tienes quien te asesore y quien te ayude.”

Autor: Julio Ahijado Torijas, 72 años, jubilado, nacido en España, residente en Los Rosales.

Figura 1. Categoría comercio de alimentación; mala atención en grandes superficies.



“La oferta del ocio del barrio está dirigida a la alimentación y no a la cultura.”

Autora: Rosa María Arana López, 51 años, desempleada, nacida en España, residente en Los Rosales.

Figura 2. Categoría relaciones sociales; ocio y alimentación.

Primero realizamos un diagnóstico del entorno alimentario de ambos barrios, identificando tanto problemas como aspectos positivos. Adaptando la metodología del marco lógico para la planificación de intervenciones, se generó un árbol de objetivos para cada barrio. A partir del análisis y categorización de las fotografías y el árbol de objetivos se construyeron recomendaciones para abordar los problemas del entorno de alimentación de cada barrio y potenciar sus aspectos positivos, para poder lograr un entorno alimentario que favorezca una alimentación saludable.

Las recomendaciones fueron seleccionadas y priorizadas por todas las personas participantes en el estudio junto con el equipo investigador, teniendo en cuenta los criterios tiempo, impacto, viabilidad y coste. Finalmente se priorizaron siete intervenciones para el barrio de Los Rosales y nueve para el de San Cristóbal.

Propuestas del barrio de Los Rosales:

- Ampliar las alternativas de ocio y reunión
- Fomentar la oferta de productos ecológicos y de necesidades especiales (ej. diabéticos)
- Mejorar el etiquetado de los alimentos
- Mejorar la gestión de los bancos de alimentos
- Reactivar el pequeño comercio
- Dar información sobre alimentación desde el colegio
- Mejorar las condiciones de higiene alimentaria

Propuestas del barrio de San Cristóbal:

- Reactivar el mercado tradicional
- Mejorar las condiciones de higiene alimentaria
- Ampliar las alternativas de ocio y reunión
- Mejorar la gestión de los bancos de alimentos
- Evitar el desperdicio de alimentos en buen estado
- Alternativas a las máquinas de comida en el trabajo
- Generar redes de apoyo para personas mayores
- Facilitar la formalización de comerciantes ambulantes
- Dar información sobre alimentación desde el colegio

Estas recomendaciones se presentaron en una reunión donde la ciencia ciudadana fue la protagonista. Participaron residentes de Villaverde, políticos locales, profesionales del CMS Villaverde y el equipo investigador de la

Universidad de Alcalá. Las personas participantes transmitieron a los políticos y al público asistente 6 de las 16 recomendaciones priorizadas, que fueron debatidas en esta jornada.

Impacto social y de salud

La propia técnica de Photovoice involucra de tal forma a las personas participantes, que el hecho de asistir a todas las sesiones genera en ellas una reflexión sobre el entorno que les rodea y la alimentación, promoviendo iniciativas espontáneas en los grupos para salir a caminar, formar un taller de nutrición o intercambiar información sobre dietas. De igual forma, el centro de Madrid Salud se dio a conocer a aquellas personas que no lo conocían.

Todo el proceso de trabajo, con la metodología, las sesiones, las fotografías y los debates más importantes acerca de las mismas se han reflejado en un fotolibro como producto final del proyecto (<http://hjhproject.eu/photovoice/photovoice-publications/>).

Con la misma intención de transferencia y difusión, ya se han realizado tres exposiciones con las 31 fotografías de las personas participantes. La primera y segunda tuvieron lugar en el distrito de Villaverde en los centros culturales de Santa Petronila y San Cristóbal. La tercera aún continúa expuesta hasta el 5 de junio en CentroCentro Cibeles de Cultura y Ciudadanía http://www.centrocentro.org/centro/exposicion_ficha/177. Este centro es el tercer centro cultural y museístico de Madrid, con una media de 100 000 visitantes al mes.

Destacamos también la edición de un vídeo explicativo de la técnica del Photovoice y su aplicación en Villaverde (<https://youtu.be/zzECcbe7OV8>) y el desarrollo de una aplicación cartográfica interactiva del proyecto Photovoice con el registro de la información geográfica (dirección y hora de la foto) de cada foto y su visualización en mapas. Esta aplicación otorga una mayor visibilidad y alcance al proyecto, ofreciendo la posibilidad de revisar métodos y resultados. Además, se trata una herramienta dinámica, que permite sumar nueva información (<https://geogra.uah.es/PHHHotovoiceMap/index.html>).

Conclusiones

La ciencia ciudadana es un enfoque óptimo para la transferencia del conocimiento a la sociedad, así como para trasladar resultados de investigación a propuestas de políticas públicas. Las personas participantes en este proyecto reconocieron la experiencia como muy beneficiosa para el conocimiento de su barrio y el desarrollo de acciones concretas para la mejora del mismo.

Los resultados obtenidos en el estudio han aportado no solo un mayor conocimiento del barrio y las posibles mejoras para la alimentación de los vecinos, sino que han permitido crear un tejido social, que si bien ya existía en los barrios estudiados, lo ha reforzado con la creación de nuevos vínculos entre la ciudadanía, los servicios de promoción de la salud y los decisores políticos. Destacamos en el proyecto la creación de una fuerte alianza entre el grupo de investigación, toda la red de Centros de Salud Comunitaria del Ayuntamiento de Madrid, las asociaciones de vecinos, organizaciones no gubernamentales y los centros municipales locales.

El proyecto Photovoice Villaverde es totalmente innovador en nuestro ámbito ya que nunca se había desarrollado en España con anterioridad. Los ciudadanos han participado en la recogida de datos, en su análisis y discusión, en su publicación —el primer artículo científico incluye como autor un participante del proyecto— y en su difusión y comunicación mediática.

Fotolibro:

<https://hjhproject.eu/photovoice/photovoice-publications/>

Vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=zzECcbe7OV8>

Manuel Franco Tejero y
Paloma Conde Espejo*

Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular.
Universidad de Alcalá.

*En nombre de los investigadores del Estudio Photovoice.
<https://hjhproject.eu/photovoice/collaborators/>

El projecte de l'Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva en la Xarxa d'Hospitals Verds i Saludables

SERGIO GARCÍA

El comportament ètic i responsable en el món actual és essencial en les pràctiques diàries de les organitzacions, també en el context de l'assistència sanitària. Açò comporta una adaptació, com a mínim, de la gestió sanitària actual.

El per què amb la Xarxa d'Hospitals Verds i Saludables “Treu la natura de la teua porta, i hi tornarà una vegada i una altra”: una cita atribuïda a Quint Horaci Flaccus, poeta del segle I a. de C. Interessant per a convidar a la reflexió sobre la necessitat de cuidar el medi ambient i la salut ambiental. Centrant-nos en el sector de la salut i sent la seua prioritat la funció assistencial, per a aconseguir un excel·lent nivell de salut els procediments d'atenció sanitària requereixen d'un gran consum de recursos naturals i provoquen, de forma paradoxal, un impacte ambiental de gran magnitud, no tan sol pels seus consums —el sector sanitari és responsable d'entre un 3 i un 8 % del total de les emissions de CO₂ en països com el Regne Unit o EE. UU.¹— sinó per la seua producció de residus, poc coneguts i reconeguts socialment. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) ens indica que l'activitat sanitària genera una destacada quantitat de residus, catalogats en un 85 % com no perillosos i fins a un 15 % com a perillosos: 0,5 kg de residus perillosos per llit i dia en països desenvolupats². Pel que fa als residus perillosos, com els infecciosos, químics, farmacèutics, genotòxics o radioactius, amb les últimes dades publicades per a Espanya (SIAE-2013-Ministeri de Sanitat), de 38 936 897 estades per als hospitals del Sistema Nacional de Salut obtindríem prop de 19 500 tm d'aquests residus en un any.

El sector sanitari, que segurament no es trobe en el nostre imaginari individual i col·lectiu com una activitat excel·lent en la cura del medi ambient, seguint altres sectors d'activitat i una consciència social cada vegada més viva i exigent cap a la cura del medi ambient, s'ha anat embarcant en

una major preocupació per desenvolupar un model de desenvolupament sostenible i, amb açò, produir el menor impacte ambiental possible. ¿Quina hauria de ser la gestió ambiental ideal en els centres sanitaris? Evitar la generació de residus i utilitzar energies renovables, en tot moment.

Partint d'aquest objectiu, des de l'equip directiu del Departament de Salut Xàtiva-Ontinyent, on s'enquadra l'Hospital Lluís Alcanyís (figura 1) (hospital comarcal, de referència per a quatre comarques: la Canal de Navarrés, la Costera, la Vall d'Albaida i el sud de la Ribera Alta; i que treballa conjuntament amb l'hospital general d'Ontinyent), valorant accions que es trobaven en marxa, com sessions formatives per a millorar la gestió de residus per part d'una infermera, de forma voluntària, i el reciclatge de paper i cartó, fàrmacs caducats, tòners, tubs fluorescents, plàstic, olis usats o l'ús d'energia solar, ens plantejarem fa tres anys reduir el nostre impacte ambiental negatiu, especialment en una àrea geogràfica d'interior i, de la mateixa forma, cooperar i innovar en aquest sentit amb els agents socials i els agents productius en aquesta àrea. Per a la Comunitat Valenciana hem de ressaltar el Reglament Regulador de la Gestió dels Residus Sanitaris (Decret GVA 240/1994), que disposa els residus sanitaris en dos grans grups: inespecífics o no de risc (tipus I i II); i de risc o específics (tipus III i IV).

Després d'avaluar les possibilitats de col·laboració amb diferents organitzacions ens decidim, pel seu ventall de possibilitats, per la Xarxa d'Hospitals Verds i Saludables, gestionada per Salut sense Dany. Al gener de 2014 sol·licitarem l'adhesió a l'oficina europea a Brussel·les (Bèlgica) i a la xarxa llatinoamericana amb seu central a Buenos Aires (Argentina) i fórem acceptats al març del mateix any.

Salut sense Dany (Health Care Without Harm-HCWH, en les seues sigles en anglès)(<https://saludsindanio.org/> - <https://noharm-global.org/> - https://noharm-europe.org) és una coalició internacional d'hospitals i sistemes de salut, grups de la comunitat, societats i sindicats de professionals de la salut, així com d'organitzacions no governamentals i ambientals, que en 2012 va llançar la Xarxa Global d'Hospitals Verds i Saludables, integrada actualment per més de 500 organitzacions sanitàries de 53 països, amb el suport de l'OMS i la Comissió Europea, entre altres institucions governamentals i benèfiques, el propòsit de les quals és transformar mundialment el sector de la cura de la salut, sense comprometre la seguretat ni la cura del pacient, perquè siga ecològicament sostenible, desenvolupant un important paper promotor de la salut i la justícia ambientals: una xarxa que cerca reduir la seua petjada ecològica i promoure la salut ambiental pública.

Per a ser membre de Salut sense Dany s'ha de recolzar la seua missió i metes i adoptar el compromís de promocionar-les i participar activament a aconseguir-les. L'adhesió no genera costos econòmics directes ni cap quota. En l'última cita global sobre canvi climàtic, COP21-París, ha sigut convidada³ com a representant del sector sanitari i la seua última línia de treball és el “Desafiament 2020 de la salut pel clima”, on els membres participants signen un compromís de reducció de la seua petjada de carboni amb l'objectiu d'exercir un lideratge cap a un clima més saludable. La seua Agenda Global per a Hospitals Verds i Saludables està constituïda per accions enquadrades en aquests deu objectius, als quals es pot aplicar de forma individual o conjunta:

1. Lideratge: prioritzar la salut ambiental.
2. Substàncies químiques: reemplaçar les



Figura 1. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva.

substàncies químiques nocives amb alternatives més segures.

3. Residus: reduir, tractar i disposar de manera segura els residus d'establiments de salut.
4. Energia: implementar l'eficiència energètica i la generació d'energies netes renovables.
5. Aigua: reduir el consum d'aigua dels hospitals i subministrar aigua potable.
6. Transport: millorar les estratègies de transport per a pacients i empleats.
7. Aliments: comprar i proporcionar aliments saludables conreats de manera sostenible.
8. Productes farmacèutics: gestionar i disposar els productes farmacèutics de forma segura.
9. Edificis: recolzar el disseny i la construcció d'hospitals verds i saludables.
10. Compres verdes: comprar productes i materials més segurs i sostenibles.

L'evolució d'un membre de la xarxa s'audita amb el registre i avaluació del seu progrés, especialment en els objectius als quals cada organització s'adhereix, per mitjà de resultats observables, cooperació amb els seus millors pràctiques i divulgació de solucions als desafiaments comuns.

Què fem, què hi farem?

En el nostre treball per a evolucionar cap a "l'eco-atenció sanitària", si podem denominar-la així, ens hem plantejat els següents objectius específics, amb el suport de Salut sense Dany:

- Promoure accions i polítiques relacionades amb la salut ambiental, sent el primer pas desenvolupar una política ambiental pròpia l'epicentre de la qual és la següent "missió": "Incorporar en l'activitat sanitària diària la perspectiva global de la salut i la sostenibilitat des de la visió mediambiental, reconeixent que no pot haver-hi persones sanes en una Terra malalta, sent part de l'avantguarda en favor de la salut ambiental".
- Involucrar a totes i tots els professionals del departament de salut, talents de l'organització, a aportar en el seu moment, de forma col·lectiva i individual, la seua part de responsabilitat i d'accions en la millora de la cura ambiental.
- Oferir una excel·lent imatge pública, basada en el respecte a la cura i la millora de la salut ambiental, sent reconeguts com una "organització respectuosa amb el medi ambient".

I com a metes:

- Reduir, tractar i disposar de manera segura els residus generats, especialment els perillosos.
- Reemplaçar les substàncies químiques nocives amb alternatives més segures.
- Reduir l'impacte de la petjada de carboni.
- Innovar i desenvolupar solucions que milloren l'impacte ambiental de l'activitat sanitària, de forma conjunta i preferent amb el teixit empresarial local i valencià.

En l'Hospital Lluís Alcanyís ens hem centrat a millorar la conscienciació i capacitació de les i els professionals. El programa de sessions de formació, que lidera el Servei de Medicina Preventiva i Salut Pública, són nostra principal eina per a millorar la salut ambiental. Iniciat de forma reglada fa dos anys, l'objectiu és formar i conscienciar, abastant els següents aspectes:

1. Coneixement i compliment de la normativa mediambiental.
2. Minimització de producció i segregació de residus.
3. Coneixement dels impactes negatius ambientals de l'activitat sanitària.

4. Debat d'informes d'avaluació per a plantejar accions de millora.

En 2014 es van efectuar 14 sessions amb 178 participants; en 2015, 26 sessions i 350 participants. A més, mitjançant un programa de suggeriments s'arreglaven accions de millora que s'engeguen i de les quals s'ofereixen resultats, per exemple, la correcta utilització d'amaradors i de guants d'un sol ús o la millora en la caducitat de medicaments amb intercanvis entre unitats assistencials. De la mateixa forma, es realitzen inspeccions diàries aleatòries en els serveis hospitalaris per a avaluar la millora de la gestió de residus.

Al costat d'açò, per a conscienciar les nostres institucions i la comunitat i integrar la seua participació, s'ha enfortit la comunicació interna i externa: ús de la intranet, distribució electrònica i debat d'articles seleccionats relacionats amb pràctiques sanitàries ambientalment més responsables, divulgació de la política ambiental i d'un manual propi de bones pràctiques ambientals, comunicats de premsa (incloent les xarxes socials) i suport en el consell de salut departamental per a afavorir la participació ciutadana.

Accions en marxa entre 2014 i 2015:

- Implantació del sistema electrònic d'història clínica ORION, evitant l'ús del paper.
- Establiment de la *Guia de bon ús del paper i d'impressores*, amb autorització del centre autor, Hospital la Fe.
- Potenciar el desenvolupament de les "consultes no presencials" entre atenció primària i atenció hospitalària: nefrologia i traumatologia.
- Potenciació de l'hemodiàlisi peritoneal, aconseguint fins a un 35 % dels pacients.
- Utilització exclusiva d'òxid de ferro en el marcatge del gangli sentinella per a la cirurgia de càncer de mama, eliminant la utilització d'isòtops radioactius.
- S'ha implantat la climatització sectoritzada per plantes, així com l'ús generalitzat d'il·luminació mitjançant leds en els dos hospitals.

Com a pròxims passos a assolir en dos anys, ens hem plantejat:

- Seguir millorant la formació i conscienciació en gestió ambiental: una sessió setmanal per a vint persones, amb programa de suggeriments.
- Organitzar una jornada anual interdepartamental de debat per a posar en comú accions que s'estiguen realitzant.
- Crear una unitat de millora contínua de salut ambiental, inclosa en el Servei de Medicina Preventiva, i coordinant l'àrea de serveis-manteniment-neteja.
- Ampliar l'ús del transport públic i compartit, i aparcaments dissuasius de proximitat, atès que es tracta d'un hospital en un entorn agrícola, a 2 km de l'entorn urbà més pròxim, Xàtiva.
- Establir el Programa per a l'Optimització de l'Ús d'Antibiòtics en Hospitals (PROA) per a optimitzar la prescripció d'antibiòtics i reduir la generació de residus farmacèutics.
- Incidir en el manteniment preventiu d'instal·lacions i equips, amb un programa específic, evitant fallades.
- Millorar l'ús i consum del "material classificat per a un sol ús", amb els proveïdors, d'acord a la normativa i sense reduir la seguretat assistencial.
- Promoure l'adequada gestió intracentre d'envasos de plàstic, a partir d'innovacions amb empreses locals i concretament a l'entorn del clúster tecnològic Innovall i Fisabio.

- Reducció de consums energètics, integrant-nos en un pla autonòmic d'eficiència energètica.
- Participació plena en el Projecte Edificis Públics Amics de la Salut (PepaS) i Programa Escales Saludables, de la Direcció General de Salut Pública.
- Ampliar l'arbrat propi de l'hospital: actualment, 100.
- Desenvolupar i aconseguir un "compromís ambiental" amb els proveïdors.

Accions que de ben segur poden ser comunes en altres centres assistencials, però que pretenem posar en valor per a desenvolupar una gestió segura i sostenible dels recursos sanitaris, des de la protecció ambiental.

Conclusions

Amb les lliçons que anem aprenent, ¿quins aspectes considerem clau per a seguir millorant i fins i tot assolir l'èxit, de forma contínua? Destaquem:

- És necessària l'acció decidida i transparent de l'equip directiu per la millora ambiental, basant-se en el suport dels professionals sanitaris, radicats en el Servei de Medicina Preventiva i de l'àrea de serveis-manteniment, desenvolupant una forta consciència professional per la millora de la salut ambiental des de l'activitat sanitària.
- S'ha de disposar d'uns objectius ambientals clars, per a treballar amb ells tan bé com siga possible, recolzant-se en una xarxa establida, com Salut Sense Dany.
- És vital un programa de formació contínua, amb debat constructiu i transparent, i un *feedback* mitjançant un programa de suggeriments.
- Es fa imprescindible implicar la ciutadania per a la millora ambiental, donant-los a conèixer com a mínim les accions en marxa i els objectius a desenvolupar.
- El suport de la professió sanitària més implicada en la millora ambiental, infermeria, és ineludible si es vol actuar i millorar.

El comportament ètic i responsable en el món actual és essencial en les pràctiques diàries de les organitzacions, també en el context de l'assistència sanitària. Açò comporta una adaptació, com a mínim, de la gestió sanitària actual. Es tracta d'imprimir un "caràcter ambiental" dins de la millora contínua del treball, sense deixar de tenir en compte les seues connotacions emocionals assistencials. Situar una organització sanitària com a socialment responsable i respectuosa amb el medi ambient és una tasca de totes i tots. La nostra posició és clau i en aquesta tasca ens trobem.

.....
Sergio García Vicente

Director gerent. Departament de Salut Xàtiva-Ontinyent.
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
Generalitat Valenciana.
garcia_servi@gva.es

Referències bibliogràfiques

1. McGain F, Naylor C. Environmental sustainability in hospitals-a systematic review and research agenda. *J Health Serv Res Policy* 2014; 19(4):245-52.
2. WHO.int [lloc d'internet]. Genève (Switzerland): WHO-World Health Organization - Media Centre. Waste from health-care activities. WHO 2011; Fact sheet n. 253 - Updated November 2015. [consultat l'1 de març de 2016]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/
3. COP21: Hospitales de todo el mundo se comprometen a trabajar juntos para combatir el cambio climático. Buenos Aires: Salud sin Daño - América Latina. 2015 [consultat el 26 de març de 2016]. Disponible en: <https://saludsindanio.org/articulos/americalatina/cop21-hospitales-de-todo-el-mundo-se-comprometen-trabajar-juntos-para>

La prevenció del risc químic des de l'entorn laboral

VALENTÍN ESTEBAN, LIDIA FERRER I AURORA HERNÁNDEZ

El risc per a la salut per exposició a productes químics depèn de múltiples factors, el principal sol ser el que aporta l'agent químic per les seues propietats. Intensificar la vigilància i control del risc químic en origen, des de les empreses, és més fàcil i eficient, protegeix tota la població i és encara més important amb els productes més perillosos i/o pitjor coneguts.

Els productes químics s'utilitzen en tots els àmbits i s'han convertit en essencials per a l'actual forma de vida. Aconseguir un balanç adequat entre els beneficis i riscos que representen requereix mesures de control que eviten els efectes negatius per a la població i el medi ambient.

Però aquest és un tema molt complex. A la Unió Europea (UE) es comercialitzen més de 100.000 substàncies químiques, el sector té gran importància econòmica, per nombre d'empreses, ocupacions directes i indirectes i xifres de negoci milionàries, i mentre la indústria evoluciona ràpidament i posa cada vegada més productes en el mercat, en forma de substàncies o compostos (mescles), els coneixements sobre la seua toxicitat (capacitat per a produir dany) no avancen amb la mateixa rapidesa, són fragmentats i sovint difícils d'entendre pels usuaris.

A això, cal afegir que es valoren els riscos de les substàncies químiques individuals, no els que es

deuen a exposició combinada, encara que el més habitual és usar compostos o més d'un producte, amb la possibilitat d'interaccions que poden potenciar o reduir els efectes sobre la salut. Tot això repercuteix negativament tant en la detecció i en el coneixement dels danys provocats com en les mesures preventives necessàries.

Segons una enquesta d'opinió pública duta a terme per la Comissió Europea en el 2013, el 61% dels europeus opinava que les substàncies químiques presents a la UE eren més segures que deu anys abans.

El risc per a la salut per exposició a productes químics depèn de múltiples factors, el principal sol ser el que aporta l'agent químic per les seues propietats. A més, són importants les condicions d'ús i les característiques de la persona. El desconeixement de les exposicions, dels seus efectes, la mescla de productes, la manipulació sense mesures preventives adequades afavoreix l'aparició de danys.

Quants als danys a la salut per productes químics, destaquen la varietat (intoxicacions agudes, problemes dèrmics, respiratoris, neuropaties, alteracions endocrines, etc.) i la dificultat per a detectar-los, sobretot quan són inespecífics, com el malestar o la cefalea, i per a associar-los als productes quan apareixen molt de temps després de l'exposició (càncers).

Així i tot, alguns estudis situen el risc químic com la principal causa de mortalitat relacionada amb el treball en països de la UE, encara que açò no s'haja arreglat en les estadístiques oficials. Aqueixa falta d'evidència "oficial" del dany en la salut de les persones comporta un gran obstacle per a dedicar recursos a la investigació i a la prevenció, i els problemes de salut, mediambientals o l'impacte econòmic negatiu són vistos a vegades com un tribut necessari al progrés, i no com un símptoma que les mesures preventives són insuficients o fallen.

Marc legal

Les mesures preventives davant dels problemes que poden ocasionar els productes químics es dirigien sobretot a reduir l'exposició de les persones que els utilitzaven per mitjà de ventilació o equips de protecció individual, com guants o màscares. Però en els últims anys s'ha avançat molt en la prevenció aplicada a les etapes anteriors a l'ús, amb passos importants cap a productes i usos més segurs, a partir de mesures legals que posen el major èmfasi en el control del risc químic des de l'origen.

La base d'aqueix control a la UE, aplicable a tots els sectors i a tota la cadena de subministrament, és que les empreses són les responsables de la seguretat de les substàncies químiques que comercialitzen.

En l'àmbit de la UE ens trobem en un estadi avançat del procés d'adaptació i integració, per a un increment de la seguretat i del control de les substàncies químiques, a partir del compliment de les normes comunes, especialment pel *Reglament REACH* (abreviatura de registre, avaluació, autorització i restricció de les substàncies i preparats químics), que va entrar en vigor l'1 de juny de 2007, i pretén millorar la protecció de la salut humana i el medi ambient contra els riscos que poden presentar els productes químics, potenciar la competitivitat d'aquesta indústria i fomentar mètodes alternatius per a la valoració del perill de les substàncies i reduir els assajos amb animals.

REACH trasllada la càrrega de la prova a les empreses. Estableix un complex sistema de control del risc de les substàncies químiques, com a tals, o formant part de mescles o articles, basat en l'obligació d'importadors i fabricants de registrar les substàncies i els usos previstos en l'Agència Europea de Productes Químics (ECHA), proposant mesures per a protegir la salut dels usuaris i evitar els impactes en el medi ambient, que són de compliment obligatori per als usuaris. A aquesta obligació s'afegeix la de respectar les restriccions de comercialització i d'ús establides per a algunes substàncies i sol·licitar autoritzacions per a l'ús d'aquelles substàncies amb efectes preocupants per a la salut, com carcinògens i mutàgens, o per al medi ambient, com les substàncies bioacumulables.

D'altra banda, a nivell global, els productes químics estan afectats per la reglamentació que té com a objectiu harmonitzar els criteris de classificació de les substàncies químiques i de les seues mescles i generar un catàleg de classificació i etiquetatge universal. És el Reglament de Classificació, Etiquetatge i Envasat (CLP, abreviatura de l'expressió anglesa Classification, Labelling and Packaging), que va entrar en vigor en 2009 i va modificar la manera de comunicar els perills de les substàncies en tot el món, de tal manera que s'unisquen els pictogrames i definicions i permeta una major comprensió d'aquests símbols en qualsevol lloc, d'acord amb el Sistema Globalment Harmonitzat de Nacions Unides. La indústria ha d'identificar les propietats perilloses dels productes per als humans o per al medi ambient i classificar-les d'acord amb els perills identificats. Les substàncies químiques perilloses han

d'anar convenientment etiquetades i amb les fitxes de dades de seguretat (FDS), perquè els usuaris puguen entendre clarament els seus efectes i puguen decidir lliurement els productes que volen comprar i utilitzar.

Els nous pictogrames tenen forma de diamant roig amb fons blanc (figura 1) i substitueixen als antics símbols quadrats de color taronja, els quals desapareixeran del mercat l'1 de juny de 2017.

Aqueixa transició cap a un món més homogeni en l'àmbit europeu amb REACH i en l'àmbit mundial amb CLP, és un procés de cooperació entre autoritats, d'aquestes amb el sector químic i dins del mateix sector. En aqueix procés estan cobrant especial rellevància els escenaris d'exposició, que segons REACH són un conjunt d'informació que descriu les condicions en què es poden controlar els riscos associats a l'ús o usos identificats d'una substància. Inclou les característiques de les substàncies, com la seua volatilitat, les condicions operatives, com la duració i la freqüència de l'ús, la quantitat utilitzada o la temperatura, i les mesures de gestió del risc necessàries, com els sistemes de ventilació o l'ús de certs tipus de guants. Si un fabricant o importador no descriu unes mesures oportunes i realistes de control del risc aparellat a un cert ús de la substància, no podrà incloure aquest ús en el seu escenari d'exposició i haurà d'advertir explícitament contra aqueix ús en la fitxa de dades de seguretat. L'elaboració d'un escenari d'exposició exigeix diàleg entre els fabricants de la substància i els possibles usuaris identificats.

Els escenaris d'exposició són el nucli central del futur de la prevenció del risc químic. Els estudis necessaris per a elaborar-los donaran coneixements que milloren la informació, per a les restriccions d'ús, mesures de protecció, etc.

Activitats de l'Administració sanitària

L'àmbit d'aplicació d'aquests reglaments és molt ampli, són normes molt complexes, però d'un alt interès preventiu, permeten a l'Administració sanitària fer efectiva la vigilància i el control per a la prevenció del risc químic des de l'entorn laboral. Sobre la base d'aqueixa normativa, les autoritats sanitàries de les comunitats autònomes són les competents en la vigilància i el control de les

substàncies i preparats comercialitzats en els respectius territoris, incloent-hi l'exercici de la potestat sancionadora, amb la possibilitat de regulació legal pròpia d'alguns aspectes. És una oportunitat per a impulsar des de Salut Pública accions que milloren el control del risc químic.

A la Comunitat Valenciana, la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública és l'encarregada de vigilar els aspectes sanitaris dels productes químics. La prevenció del risc químic es du a terme amb activitats dirigides a distints nivells:

- **Sobre les empreses** responsables de la fabricació, formulació, envasat, venda i emmagatzematge, de productes químics, així com aquelles que realitzen tractaments d'aplicació d'alguns d'aquests productes. En 2015 van ser 742 les empreses inspeccionades. A més, algunes d'aquestes empreses, per la importància de les seues activitats i a fi de facilitar la vigilància i el control, han d'estar inscrites en el Registre Oficial corresponent, com el d'Establiments i Serveis Biocides (ROESB), amb més de 750 empreses inscrites en el de la Comunitat i inspeccionades anualment.
- **Sobre els productes** que han d'estar elaborats amb substàncies registrades en l'ECHA i inscrits, quan hi haja, en el registre oficial corresponent, com els fitosanitaris en el d'Agricultura i els biocides en el de Sanitat, la qual cosa suposa que han d'haver superat els requisits exigits per REACH i CLP i a més les normes específiques, si és el cas.

Les activitats més importants que es realitzen des de l'Administració sanitària valenciana van començar en 1995 amb la implantació de la Xarxa Nacional de Vigilància, Inspecció i Control de Productes Químics i diversos programes europeus, com els projectes harmonitzats d'inspecció, denominats REACH EN-FORCE. Amb la xarxa es gestionen les alertes sobre productes químics amb irregularitats relatives a la seua classificació, envasat i etiquetatge o danys per a la salut, rebudes directament o a través del Sistema d'Intercanvi Ràpid d'Informació sobre Productes Químics (SIRIPQ) des d'altres comunitats o del Ministeri.

Aqueixes activitats inspectores van augmentar de manera significativa amb el control sistemàtic de biocides a partir de 2005 i controlar l'etiquetatge i FDS de cancerígens, mutàgens i teratògens en 2007.

A la Comunitat Valenciana, des dels centres de Salut Pública, el nombre de productes químics sobre els quals es va actuar en 2015 va ser de 1302 (1065 productes per Inspeccions ROESB; 83 per alertes de seguretat química; 13 per sol·licitud d'autorització ambiental integrada d'empreses, i 141 per sol·licitud d'ecoetiqueta. Aquestes últimes activitats són exemples de col·laboració i suport interdepartamental, en matèria toxicològica, a la Direcció General del Canvi Climàtic i Qualitat Ambiental.

Moltes activitats per a la prevenció del risc químic serveixen, a més, per a donar suport a les empreses de la Comunitat Valenciana, en la seua adaptació a noves normatives i especialment en la comercialització sense contratemps dels productes que elaboren. Són normes molt complexes i les associacions de la indústria química, amb les quals es mantenen contactes informatius i tècnics, són favorables a la realització de controls oficials eficaços, com a garantia

i suport de la comercialització dels seus productes a la UE. Aqueix interès coincideix amb el de l'Administració i ha obert una via molt interessant per a la prevenció, en unir esforços de les empreses amb l'administració sanitària, per a protegir la salut i el medi ambient.

• **Per als treballadors** que manipulen productes químics considerats d'especial interès per a la salut. A més de la normativa de prevenció de riscos laborals, han d'estar degudament acreditats per a poder realitzar aquestes tasques. El millor exemple són els aproximadament 100.000 manipuladors de plaguicides o biocides amb carnet a la Comunitat Valenciana, obtinguts des de 1989 després d'haver superat un curs d'almenys 20 hores dedicades a la prevenció.

Cal destacar també les activitats informatives, d'actualització en productes químics, especialment biocides, per als inspectors de salut pública, sobretot veterinaris i farmacèutics, necessàries per a la seua important labor de control.

Intensificar la vigilància i control del risc químic en origen, des de les empreses, és més fàcil i eficient, protegeix tota la població i és encara més important amb els productes més perillosos i/o pitjor coneguts. Assegurar que les empreses compleixen la normativa de productes químics és fonamental i per a això és bàsic que actuen les Administracions competents (Indústria, Consum, Agricultura, Medi Ambient, Sanitat, etc.) i de manera coordinada. Aquest és l'objectiu d'un grup de treball institucional existent per a coordinar les activitats a la Comunitat que hauria de portar a la creació d'una comissió per a la prevenció del risc químic, que impulse la cooperació entre les diferents administracions, locals, autonòmiques i nacionals (Duanes, Institut Nacional de Toxicologia, etc.) i la participació i suport de tots els implicats, amb un enfocament transversal, com organitzacions empresarials i sindicals, ecologistes o de consumidors i usuaris.

Cal promoure més que les empreses reduïsquen el risc químic i opten pels productes menys perillosos, tècniques alternatives o dissenys de productes diferents, i que les persones utilitzen només els productes necessaris, els menys perillosos, les quantitats mínimes i segons la informació proporcionada.

El paper de l'Administració sanitària també ha de ser determinant a apoderar més els ciutadans amb informació perquè puguen gestionar millor aquests riscos, des de la seua alimentació, higiene personal, domicili o lloc de treball, començant per entendre bé la informació de les etiquetes. Tot això, junt amb l'aplicació de la normativa, condiona els productes que es fabricaran i les empreses, en definitiva la salut de la població i del medi ambient.

Es pot trobar més informació en el lloc web de l'Agència Europea de Substàncies i Preparats Químics (ECHA): <http://echa.europa.eu>

Valentín Esteban Buedo,
Lidia Ferrer Bosch i
Aurora Hernández Jiménez.

Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en l'Entorn Laboral. SGPSiP. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

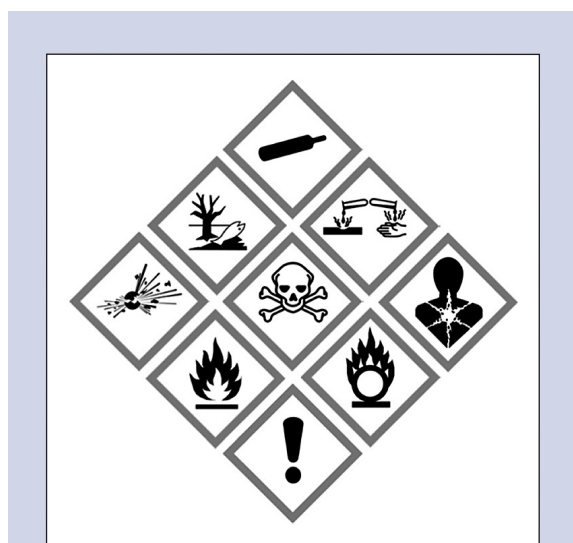
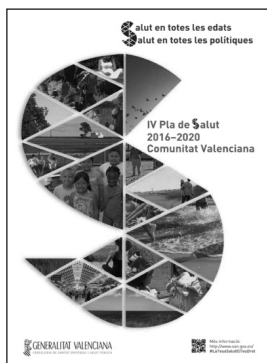


Figura 1. Pictogrames de perill segons reglament europeu.



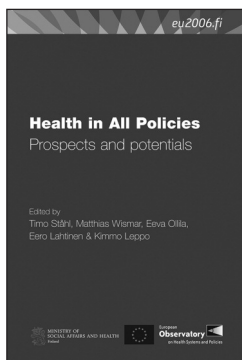
IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana: Salut en totes les edats. Salut en totes les polítiques

ISBN: 978-84-482-6084-2

Editat en valencià i castellà

El Pla de Salut és l'instrument estratègic de planificació i programació de les polítiques de salut a la Comunitat Valenciana. Pretén millorar el nivell de salut i reduir les desigualtats en salut en la nostra societat, amb actuacions concretes des de l'administració i comptant amb la participació de la ciutadania. En la publicació s'arrepleguen els continguts següents: antecedents i marc de referència; procés d'elaboració; objectius, accions i indicadors vinculats a les línies estratègiques, i implantació, seguiment i avaluació.

Aquest document es pot descarregar en format electrònic en <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/forum-pla-de-salut>



Health in All Policies. Prospects and potentials

ISBN: 952-00-1964-2

Editat en anglès

La publicació d'aquest llibre, a càrrec del Ministeri d'Assumptes Socials i Salut de Finlàndia, sota els auspicis de l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut, forma part del projecte "Europa per a la salut i la riquesa", que va ser recolzat per fons del programa de salut pública de la Unió Europea. En ell trobarem els continguts següents: la salut en totes les polítiques: el context més ampli; experiències sectorials; governança; avaluació de l'impacte sanitari, així com un apartat dedicat a conclusions i camí que s'ha de seguir.

Aquesta publicació es pot descarregar en format electrònic en http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf



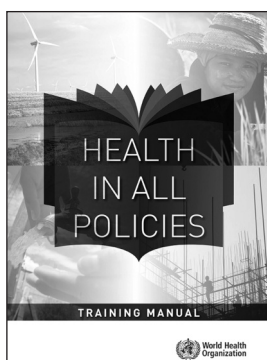
Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action

ISBN: 978-92-4-150690-8

Editat en anglès

Aquest document funciona com un "kit d'arrancada" per a l'aplicació de la Salut en Totes les Polítiques (STP), tant en la presa de decisions com per a la seua implementació a nivell nacional i local. El marc estableix sis components clau que han de ser abordats a fi de posar l'enfocament de la STP en acció: establir la necessitat i les prioritats; l'acció del marc previst; identificar les estructures i processos de suport; facilitar l'avaluació i el compromís; garantir el seguiment, avaluació i presentació d'informes, i desenvolupar la capacitat. Aquests components no són fixos en orde o prioritat; al contrari, els països individuals adoptaran i ajustaran els components segons siguen més rellevants per a la seua gestió específica, els contextos econòmics i socials.

Aquesta publicació es pot descarregar en format electrònic en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf



Health in All Policies. Training Manual

ISBN: 978-92-4-150798-1

Editat en anglès

El propòsit d'aquest manual és proporcionar un recurs per a la formació que permet augmentar la comprensió de la Salut en Totes les Polítiques (STP). S'adreça a universitats, instituts de salut pública, organitzacions no governamentals i institucions dedicades a la formació en organitzacions governamentals i intergovernamentals. Està estructurat per a orientar els professionals de nivell mitjà i superior de tots els sectors que tenen influència sobre la salut: treball, vivenda, desenvolupament econòmic, finances, comerç, medi ambient i sostenibilitat, seguretat social, educació, agricultura i urbanisme.

Aquesta publicació es pot descarregar en format electrònic en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf



Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020

ISBN: 978-92-4-150623-6

Editat en anglès

Les malalties no transmissibles —principalment les malalties cardiovasculars, el càncer, les malalties respiratòries cròniques i la diabetis— són les responsables de la majoria de les morts en el món: més de 36 milions de persones moren cada any per aquest tipus de malalties (63% de les morts mundials). El principal objectiu d'aquest pla és reduir la càrrega prevenible i evitable de morbiditat, mortalitat i discapacitat per malalties no transmissibles per mitjà de la col·laboració multisectorial i la cooperació a nivell nacional, regional i global.

Aquesta publicació es pot descarregar en format electrònic en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf



Agenda 2030 per al desenvolupament sostenible

<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/post-2015-development-agenda.html>

En castellà, francès i anglès.

En la Cimera per al Desenvolupament Sostenible, celebrada en 2015, els Estats membres de l'ONU van aprovar l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible, que inclou un conjunt de 17 objectius de desenvolupament sostenible per a posar fi a la pobresa, lluitar contra la desigualtat i la injustícia, i fer front al canvi climàtic. Aquests objectius de desenvolupament sostenible estan relacionats amb àrees d'intervenció del Pla Estratègic del Programa de les Nacions Unides per al Desenvolupament: desenvolupament sostenible, governabilitat democràtica i consolidació de la pau i resiliència davant del clima i els desastres naturals.

Viure en Salut

/Jornades/

