
RETOS PARA UNA SOCIEDAD SOSTENIBLE, EQUITATIVA Y DEL BIENESTAR

Dolors Juvinyà-Canal
(ed.)





Retos para una sociedad sostenible, equitativa y del bienestar



Retos para una sociedad sostenible, equitativa y del bienestar

Dolors Juvinyà-Canal (ed.)



**Documenta
Universitaria**

Datos CIP recomendados por la Biblioteca de la UdG

CIP 614.4 RET

Retos para una sociedad sostenible, equitativa y del bienestar / Dolors Juvinyà-Canal (ed.) . – [Girona] : Documenta Universitaria : Oficina Edicions UdG, 2024. – 1 recurs en línia (291 pàgines) : il·lustracions, gràfics. – (Publicacions de la Càtedra de Promoció de la Salut ; 23)
Ponències del IV Simposio Mediterráneo de promoción de la salud organitzat per la Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona els dies 27 i 28 de febrer de 2024
ISBN 978-84-9984-700-9 (Documenta Universitaria). ISBN 978-84-8458-703-3 (Oficina Edicions UdG)

I. Juvinyà Canal, Dolors, editor literari II. Universitat de Girona. Càtedra de Promoció de la Salut III. Simposio Mediterráneo de promoción de la salud (4t : 2024 : Girona, Catalunya), autor
1. Alfabetització digital – Congressos 2. Salut mundial – Congressos
3. Promoció de la salut – Congressos 4. Estat del benestar – Congressos
5. Desenvolupament sostenible – Congressos 6. Política sanitària – Congressos 7. Llibres electrònics

CIP 614.4 RET

© del texto: sus autores

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

Coordinación de la edición: Carla Casals Alonso

ISBN

978-84-9984-700-9 (Documenta Universitaria)

978-84-8458-703-3 (Oficina Edicions UdG)

DOI 10.33115/b/9788499847009

Girona, 2024



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –salvo que se indique lo contrario– a una licencia Creative Commons de tipo ReconocimientoNoComercial (BYNC) v.4.0. Está permitido copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente, siempre que se cite el autor y la fuente y que no se realice uso comercial de ellos. La licencia completa se puede consultar en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>



Index

Presentación	10
Prólogo	14
Parte 1. Ponencias	18
La Salud Pública d. C. (después de la COVID).....	20
Definiendo el concepto de Salud Planetaria.....	39
Incorporando la salud planetaria en la agenda política.....	55
La Estrategia Catalana de Adaptación al Cambio Climático.....	65
Aprendizaje y transformación digital.....	81
Leaving no one behind.....	101
Competencias digitales a lo largo de la vida.....	111
Salud, ética y transformación digital.....	119
Políticas públicas saludables y desigualdades.....	133
Incorporando la perspectiva de equidad en las políticas saludables	139
Diseñando políticas de salud desde la ciencia ciudadana.....	151
Impulsando políticas saludables en el ámbito local.....	159
«Activa't amb la natura».....	167
Hospital Universitari Mollet, un centro Net Zero en emisiones directas y la importancia en la salud de las personas.....	173
ArtGran.....	183
L'Observatori: poniendo las bases para los retos del futuro.....	187
Brecha digital en el barrio de San Pablo.....	195
Benestar i comunitat.....	203
Reflexions sobre la salut planetària.....	213
Retos de la promoción de la salud en el entorno digital.....	217
Construyendo los retos de la promoción de la salud hoy.....	223
Parte 2. Comunicaciones	229
«Qué Hacer y No Hacer en Salud Planetaria».....	231
És important donar resposta a la necessitat de formació de postgrau en salut planetària.....	235
Formación de los riesgos para la salud relacionados con el cambio climático en los Grados de Enfermería de las universidades españolas.....	237
La salud planetaria como eje transversal en las asignaturas del Máster en Salud Pública UPF-UAB.....	239
«Mi regla, mis reglas».....	241

<i>Escape room</i> de Salud Planetaria para profesionales sanitarios.....	243
Evolución de la eSalud en el abordaje de la depresión mayor en la Atención Primaria de Catalunya.....	245
WebAPP para la formación en habilidades para la vida a estudiantes de Enfermería.....	249
Estudio descriptivo transversal sobre potenciar la autogestión de pacientes pluripatológicos de tres Centros de Atención Primaria de la provincia de Lleida.....	251
Instrucción 02/2023.....	255
La salud en todas las políticas.....	259
Promoción de la salud en contextos de despoblación.....	263
Promoviendo entornos saludables desde las políticas públicas, locales y la comunidad.....	265
Somos personas y nos cuidamos para cuidar personas.....	269
Visibilización de las políticas públicas saludables en las universidades de la Xarxa Vives d'Universitats.....	271
Sensibilizando y formando en equidad en salud a través de la gamificación.....	273
Implementación de un Programa de Formación en Desarrollo Integral de Adolescentes, en tres regiones del Perú.....	275
Promoció de la salut des del model educatiu de la Universitat d'Andorra.....	279
«Autocura entre dones». Promoción de salud mental comunitaria para mujeres migrantes en Ciutat Vella, Barcelona.....	281
Reptes de la incorporació del Dietista-Nutricionista en l'Atenció Primària a les Àrees Bàsiques de l'Institut d'Assistència Sanitària.....	285
Mediación intercultural y salud pública.....	289

Presentación

Dolors Juvinyà-Canal

La Cátedra de Promoción de la Salud de la Universidad de Girona se creó el 17 de abril de 2008 como una unidad estructural de la Universidad con el soporte de Dipsalut, organismo autónomo de Salud Pública de la Diputación de Girona. La misión de la Cátedra es la promoción del estudio, la formación y la divulgación en promoción de la salud mediante el trabajo en red y la difusión científica en el ámbito nacional e internacional. La Cátedra estructura su trabajo a través de las áreas de formación, investigación, publicaciones, difusión y transferencia del conocimiento e internacionalización.

A nivel formativo, centra su actividad en la organización de cursos y jornadas para ampliar y compartir conocimientos, seminarios focalizados en aspectos concretos del ámbito de la promoción de la salud y la salud pública y conferencias con la participación de expertos tanto del ámbito nacional como internacional. A lo largo de su trayectoria de 15 años se han organizado 112 actividades de formación, 48 de las cuales, en formato virtual, resaltando la organización de 4 Simposios Mediterráneos de Promoción de la Salud que han agrupado a más de 400 profesionales y 80 ponentes contribuyendo al trabajo en red y a la visualización de la promoción de la salud en los países del Mediterráneo.

La Cátedra ha participado en 70 proyectos científicos internacionales y nacionales y ofrece asesoramiento para la evaluación de programas y proyectos relacionados con la salud. Sus principales líneas de

trabajo se centran en entornos promotores de la salud, promoción de la salud a lo largo de la vida, redes en promoción de la salud, alfabetización en salud, habilidades para la vida y salud comunitaria.

Del área de publicaciones cabe destacar la línea de publicaciones propia de la Cátedra, impulsada con la editorial Documenta Universitaria, que cuenta con 19 publicaciones, y el fondo documental específico en promoción de la salud incorporado en la biblioteca de la Universidad de Girona. Además, publica periódicamente el boletín electrónico bepSALUT, que ya dispone de 24 publicaciones y cuenta con más de 1.300 suscriptores.

La transferencia del conocimiento y la internacionalización han sido y son líneas estratégicas clave para identificar los mejores expertos y las mejores prácticas y difundir el trabajo conjunto que se ha liderado entre la Cátedra y Dipsalut en los diferentes foros nacionales e internacionales. El trabajo en red es uno de los pilares de trabajo esenciales de la Cátedra que forma parte de ocho redes de trabajo, seis de las cuales son europeas y una iberoamericana. Además, coordina el grupo de trabajo de Salutogénesis en lengua española y la secretaria de la Red de Hospitales y Servicios Promotores de la salud-HPH Catalunya. Cabe destacar que desde el 2017 forma parte del Global Working Group on Salutogénesis de la International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) y que en el 2023 se adhirió a la Planetary Health Alliance. El trabajo compartido ha logrado difundir la perspectiva salutogénica, las desigualdades en salud, el enfoque de los determinantes sociales de la salud y el trabajo centrado en las habilidades para la vida, entre otros, como marco de referencia en la mayoría de los proyectos y programas de promoción de la salud de nuestro contexto.

Para dar visibilidad a sus acciones, la Cátedra apuesta por la internacionalización impulsando diferentes acciones. El IV Simposio Mediterráneo de Promoción de la Salud “Retos para una sociedad sostenible, equitativa y del bienestar”, celebrado en Girona el 27 y 28 de febrero de 2024, ha tenido como objetivo principal identificar los retos de la promoción de la salud en relación con los ejes de la Carta de Ginebra, impulsada en diciembre de 2021 por la OMS, que responden a la salud planetaria, la transformación digital en el ámbito de la salud y las políticas públicas saludables. A lo largo de los dos días 100 profesionales y 32 ponentes analizaron diferentes temáticas relacionadas con los tres ejes principales a través de una conferencia inaugural, tres mesas redondas y

un diálogo final; y compartieron buenas prácticas a través de la presentación de 22 comunicaciones científicas y dos mesas de experiencias.

El presente libro recoge las aportaciones de los y las ponentes y las experiencias y comunicaciones presentadas en los diferentes espacios de intercambio del Simposi.



Prólogo

Carmen Cabezas Peña

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

El IV Simposio Mediterráneo de promoción de la salud organizado por la Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona se celebró en esta ciudad el 27 y 28 de febrero de 2024 y se centró en el desafío que supone crear y mantener una sociedad sostenible, equitativa y de bienestar.

Estos eran los retos que identificaba la Carta de Ginebra sobre Promoción de la Salud, resultado de la 10a Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en 2021, de forma telemática, cuando se estaba empezando a ver la posibilidad de salir de la pandemia de la COVID-19. La carta de Ginebra tiene también en cuenta el legado de la Carta de Ottawa y las conferencias mundiales anteriores sobre promoción de la salud.

Como dice su propio prefacio, subraya la urgencia de crear «sociedades del bienestar» sostenibles, que estén comprometidas en lograr una salud equitativa ahora y para las generaciones futuras sin traspasar los límites ecológicos.

Es especialmente interesante la reflexión que hace sobre la urgencia de actuar. Así dice:

«El mundo enfrenta crisis complejas e interrelacionadas que, sin embargo, afectan a los países de maneras diferentes. Las pandemias recientes han puesto al descubierto las fracturas que presenta la

sociedad y han puesto de relieve los determinantes ecológicos, políticos, comerciales, digitales y sociales de la salud y las desigualdades de salud, dentro de los grupos sociales y las naciones y entre ellos. El cambio climático, la pérdida de la biodiversidad, la contaminación, la rápida urbanización, los conflictos geopolíticos y la militarización, el cambio demográfico, el desplazamiento poblacional, la pobreza y la inequidad generalizada crean riesgos de crisis futuras aún más graves que las que estamos sufriendo en la actualidad. La respuesta requiere inversiones que integren la salud y el bienestar a nivel individual, comunitario, de la sociedad y del planeta, así como cambios en las estructuras sociales para ayudar a las personas a asumir el control de su propia vida y su salud. Se requiere una reorientación fundamental de los valores de la sociedad, así como medidas congruentes con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible».

Para dar respuesta a los retos, la Carta establece cinco áreas de acción: salud planetaria, economía equitativa que sirva al desarrollo humano dentro de los límites ecológicos locales y planetarios, cobertura sanitaria universal, políticas públicas de salud propicias para el bien común y transformación digital.

Por tanto, plantea un enfoque más amplio y complejo de la promoción de la salud en el siglo XXI y llama a la acción colectiva, implicando a toda la sociedad y, muy especialmente, a los diversos sectores y partes interesadas, enfatizando la necesidad de colaboración intersectorial.

La Carta de Ginebra de 2021 supone una evolución de la Declaración de Shanghái de 2016, ya que ambas comparten el enfoque en sostenibilidad recogido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), reconociendo la interconexión entre salud y desarrollo sostenible y destacan la necesidad de una buena gobernanza y políticas públicas saludables para promover la salud, pero la de Ginebra avanza más en los conceptos de salud planetaria y transformación digital entre otras cosas.

Durante el simposio de Girona, diversas y diversos ponentes y conferenciantes revisaron la Carta y sus áreas de acción y compartieron experiencias, avances y dificultades. La conferencia inaugural del Dr. Figueras y las tres mesas temáticas versaron sobre los principales elementos teóricos y las posibilidades de actuación en relación con la salud planetaria, la transformación digital y las desigualdades y la política pública saludable. Dos mesas posibilitaron compartir experiencias prácticas relacionadas con estos temas y un debate posterior facilitó la

reflexión sobre la construcción de los retos en promoción de la salud, incluyendo la visión académica, y la de las administraciones. Hubo espacio para la presentación de comunicaciones y para compartir las conclusiones de las diferentes mesas realizadas. Fueron dos días intensos de reflexión conjunta entre personas expertas del arco mediterráneo, que permitieron pararse a pensar de forma colaborativa, valorar que se estaba haciendo bien en algunos sitios, que se debería hacer diferente para avanzar de forma más efectiva y los retos enormes que afrontamos en la actualidad y tenemos por delante.

Este libro, que recoge las principales aportaciones presentadas, será de gran utilidad para las personas que trabajamos en promoción de la salud y en acción intersectorial para construir sociedades de bienestar sostenibles. Agradecemos y felicitamos a la Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona por organizarlo, así como por dinamizar numerosas actividades formativas y de impulso y apoyo de redes en temas de promoción de la salud (Universidades, Centros Sanitarios Promotores de Salud, etc.).

Seguro que la lectura de este libro nos ayudará a que nuestra contribución urgente e indispensable a la construcción de una sociedad sostenible, equitativa y de bienestar sea más útil y efectiva.



PARTE 1

Ponencias



La Salud Pública d. C. (después de la COVID)

¿Un nuevo liderazgo para la Salud y el Bienestar? Lecciones y Oportunidades

Josep Figueras

Director del Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud

La pandemia reveló las debilidades de la Salud Pública¹

La pandemia de COVID-19 reveló profundas debilidades en los sistemas de salud pública a nivel global. Uno de los problemas más destacados fue la fragmentación entre las principales entidades involucradas: agencias de salud pública, organizaciones no gubernamentales (ONG) y la sociedad civil. Esta falta de cohesión dificultó una respuesta unificada y coordinada frente a la crisis sanitaria, lo que debilitó la efectividad de las medidas adoptadas.

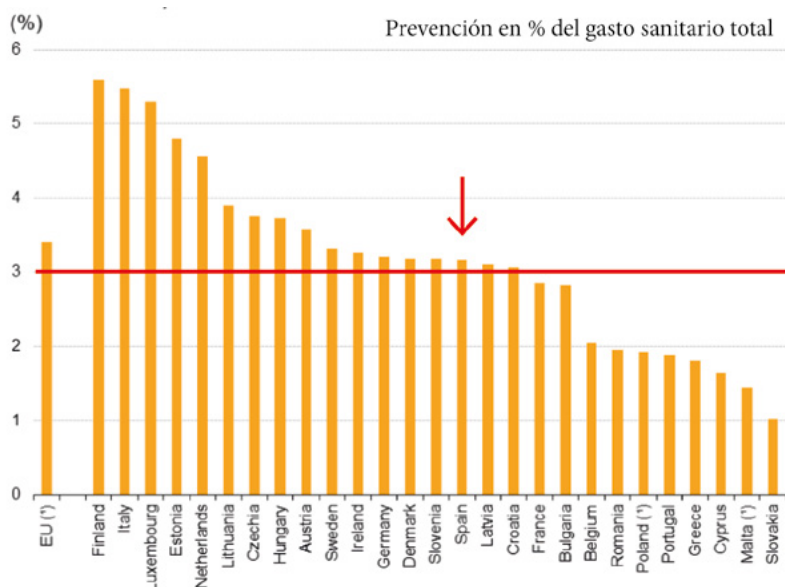
Además, el impacto de la salud pública se vio limitado en otros sectores clave, como el medioambiente, la educación y la política social. El enfoque de «Salud en Todas las Políticas» (HiAPs), que promueve la integración de la salud en las decisiones de todos los ámbitos gubernamentales, no se implementó de manera efectiva, lo que limitó la respuesta global a la pandemia.

Otro desafío crítico fue la escasez de recursos humanos capacitados en salud pública, un problema que se agravó por la infrafinanciación crónica en el sector. La falta de inversión en la formación de

1 Este texto se corresponde a la transcripción de la conferencia sobre políticas de salud y bienestar impartida en el IV Simposi Mediterrani de Promoció de la Salut «Reptes per a una societat sostenible, equitativa i del benestar».

profesionales y en la infraestructura necesaria para prevenir y gestionar crisis sanitarias dejó a muchos países mal preparados para enfrentar la pandemia. En resumen, estos factores contribuyeron a una pérdida de autoridad de las instituciones de salud pública, que vieron limitada su capacidad para liderar y guiar las respuestas sanitarias en tiempos de emergencia.

Infrafinanciación Crónica en Salud Pública. ¿Alcanzando el (in)famoso «umbral del 3 %»?



La Salud Pública durante la Pandemia.

¿Por qué nos encontramos en la situación actual?

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto importantes fallos en la **preparación** de los sistemas de salud pública en áreas clave como la **vigilancia**, el **seguimiento** y el **control** de brotes. A pesar de las advertencias y las experiencias previas con epidemias, muchos países no estaban adecuadamente preparados para gestionar una crisis de esta magnitud, lo que ocasionó una respuesta lenta y descoordinada.

Otro factor determinante fue la **ausencia de liderazgo** claro por parte de las Agencias de Salud Pública. En varios casos, las decisiones políticas no siempre siguieron las recomendaciones basadas en la evidencia de los expertos en salud pública. A esto se sumó el protagonismo de **científicos** y **asesores** que, aunque valiosos, a menudo carecían de una visión integral de salud pública, lo que condujo a una implementación parcial o incorrecta de las medidas necesarias.

Además, la **politización de las cuestiones de salud pública** agravó la situación. En muchos países, las medidas sanitarias fueron objeto de debates políticos que restaron eficacia a las estrategias de control del virus. La división ideológica sobre cómo gestionar la pandemia impactó negativamente en la percepción pública de las recomendaciones sanitarias.

El **papel de los medios de comunicación** también fue crucial. Aunque desempeñaron una función clave al informar a la población, en ocasiones contribuyeron a la confusión, al transmitir mensajes contradictorios o al amplificar la desinformación, lo que minó la confianza en las autoridades de salud pública.

La preocupación, sin embargo, es que conocemos estos problemas en Salud Pública y otros, como la necesidad de mejorar en la comunicación de riesgos y en la aplicación de la investigación y la evidencia a la práctica desde a. C. (antes de COVID-19).

La salud pública en el fortalecimiento de la resiliencia de la (de los sistemas de) salud

La salud pública ha demostrado ser un área clave durante la pandemia, y su futuro dependerá en gran medida de un **liderazgo político fuerte**, una **transferencia efectiva de conocimientos** y una **comunicación clara** con la sociedad. Estos tres pilares son fundamentales para mejorar la capacidad de respuesta ante futuras crisis sanitarias y para construir sistemas de salud más robustos y resilientes.

Uno de los aspectos más prometedores para lograr una salud pública más eficaz es el desarrollo de la **inteligencia artificial (IA)** y la **salud digital**. Estas herramientas tecnológicas permiten una vigilancia epidemiológica más precisa, el rastreo de contactos más eficiente y

la gestión de datos a gran escala, lo que facilita la toma de decisiones informadas en tiempo real. La integración de la IA en la salud pública puede revolucionar la forma en que abordamos las pandemias y otras emergencias de salud.

COVID-19 Monitor de Respuesta del Sistema Sanitario (HSRM)



Además, existen sólidos **argumentos a favor de la inversión en salud pública**. La experiencia reciente ha demostrado que la **resiliencia** de los sistemas de salud no se limita únicamente a los hospitales o clínicas; abarca también otros sectores, como la educación, el medioambiente y la economía. El enfoque de «Salud en Todas las Políticas» (HiAP) subraya la importancia de considerar la salud pública como un factor transversal que impacta todas las áreas de la sociedad.

Finalmente, la **Gobernanza Global de la Salud Pública** es esencial para enfrentar desafíos a escala mundial. Las enfermedades no conocen fronteras, y la cooperación internacional es clave para la prevención y control de pandemias. Un liderazgo global coordinado

puede asegurar que los recursos y conocimientos se compartan de manera equitativa, fortaleciendo la capacidad de respuesta colectiva frente a amenazas futuras.

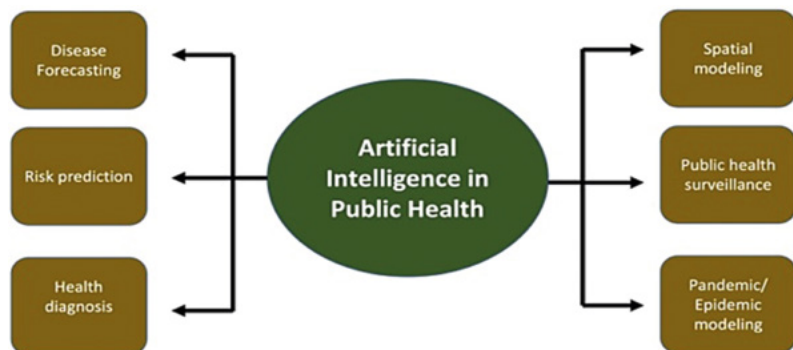
Desarrollar la IA y la salud digital en (y más allá de) la vigilancia, el seguimiento y control

La **vigilancia**, **detección precoz**, **rastreo de contactos** y **control** son pilares fundamentales en la gestión de emergencias sanitarias. Gracias a los avances en la **epidemiología digital**, herramientas como Google Trends, el análisis de Twitter y aplicaciones *wearables* han facilitado la identificación de patrones de propagación de enfermedades. Algunos países, como Taiwán y Hong Kong, han implementado tecnologías innovadoras como **vallas electrónicas** y **pulseras de seguimiento** para monitorear a las personas en cuarentena, mientras que en Hungría se ha utilizado la **localización GSM** para rastrear contactos.

Además, las **herramientas de seguimiento de riesgos y síntomas** permiten identificar posibles brotes de forma rápida y eficaz. Estas tecnologías van de la mano con la **evaluación de riesgos** y el **análisis predictivo**, que, a través de macrodatos, facilitan la identificación de personas de alto riesgo. Un ejemplo destacado es el sistema de salud de Israel, 'Clalit', que ha utilizado análisis masivos de datos para emitir alertas tempranas y personalizadas.

Otro aspecto clave es el **análisis de los determinantes de la salud y la equidad**, que busca entender cómo factores sociales, económicos y ambientales afectan la salud de las personas. Esta información es vital para diseñar políticas más inclusivas y efectivas.

Desarrollar la IA y la Salud digital para la Salud Pública



La **comunicación en salud pública** también ha evolucionado con el uso de tecnologías como **rastreadores web** y **chatbots** impulsados por IA, que facilitan la interacción directa con el público. Estas herramientas permiten ofrecer respuestas rápidas y precisas, mejorando la capacidad de las autoridades sanitarias para transmitir información clara y oportuna en momentos de crisis.

Fortalecer la salud pública: liderazgo político, transferencia de conocimiento y comunicación

Liderazgo político eficaz. Comunicar con claridad y transparencia

En tiempos de crisis, como la pandemia de COVID-19, la **diversidad en las opciones políticas y en la comunicación** se convierte en un factor clave para gestionar las respuestas de manera eficaz. Las crisis tienden a entrelazar la **ciencia, la política y la política sanitaria**, lo que lleva a una toma de decisiones compleja, en la que las estrategias de salud deben equilibrarse con consideraciones políticas y sociales.

Uno de los mayores desafíos es **responder a los valores y contextos socioeconómicos, políticos y culturales** de cada país. Por ejemplo, el «excepcionalismo» y el «corredor de opinión» en Suecia, los valores liberales y de autonomía en los Países Bajos, o la aversión del Reino Unido al *nannyismo*, son factores que han influido en la forma en la que cada nación gestionó la crisis sanitaria. Estos enfoques reflejan

la necesidad de adaptar las políticas de salud pública a los contextos locales, en lugar de aplicar soluciones uniformes.

Además, la **toma de decisiones basadas en la evidencia** es fundamental para garantizar que las medidas adoptadas sean efectivas y sostenibles. Sin embargo, en situaciones de **incertidumbre**, como las que se vivieron durante la pandemia, los líderes deben tomar decisiones **rápidas** con información incompleta. En estos casos, es crucial hacer **trade offs** o concesiones de manera **explícita y transparente**, para que la ciudadanía comprenda los motivos detrás de cada elección.

Finalmente, **comunicar la incertidumbre de forma efectiva** es esencial para generar confianza en el público. Reconocer lo que no se sabe y ser claro sobre los riesgos y las posibles soluciones permite construir una relación de confianza entre las autoridades sanitarias y la población, lo cual es vital para la implementación exitosa de cualquier medida de salud pública.

Transferir evidencia a la política sanitaria. Comunicar con claridad y transparencia

La enfermería moderna se caracteriza por su **multidisciplinaridad**, integrando conocimientos de diversas áreas, en particular de las ciencias sociales, lo que enriquece la atención sanitaria. En este contexto, los profesionales de la salud se enfrentan a una disyuntiva: ¿son meros científicos o actúan como **intermediarios del conocimiento**? La formación en **Knowledge Brokering (KB)** es clave para que los enfermeros puedan interpretar y transmitir información científica de manera efectiva, conectando la teoría con la práctica.

Si bien las **competencias individuales** son fundamentales para la calidad de la atención, es necesario un **marco institucional** que apoye y guíe el desarrollo de estas habilidades. Además, los enfermeros deben mantener un equilibrio entre su **implicación** en el sistema sanitario y la **objetividad e independencia** necesarias para tomar decisiones basadas en la evidencia, alejadas de influencias políticas.

Lucha contra la Infodemia de las noticias falsas. ¿Cómo puede la salud pública mejorar la comunicación?

En la era digital, la **infodemia** de noticias falsas se ha convertido en un desafío crucial para la salud pública, afectando directamente la confianza de la población en las instituciones sanitarias y dificultando la implementación de medidas preventivas. La lucha contra la desinformación exige que los profesionales de la salud, incluidas las enfermeras, adopten un papel activo en la **comunicación directa con el público**, utilizando un lenguaje claro, accesible y basado en evidencia científica.

Es fundamental **comprometerse con los medios de comunicación populares**, ya que estos son una fuente principal de información para gran parte de la población. Además, se requiere una **mejor comprensión y uso de las redes sociales**, que son uno de los principales canales a través de los cuales se difunden noticias falsas. Al aprovechar estas plataformas de manera efectiva, las autoridades sanitarias pueden llegar a audiencias más amplias y corregir la desinformación de forma rápida.

También es vital **trabajar en estrecha colaboración con la sociedad civil y los grupos más vulnerables**, quienes suelen ser los más expuestos a los efectos negativos de la desinformación. La participación activa de estos grupos en la difusión de mensajes de salud pública confiables es clave para mejorar la resiliencia comunitaria frente a las noticias falsas.

Para tener éxito en esta lucha, es necesario **intensificar los esfuerzos para contrarrestar la desinformación** con campañas continuas de concienciación y educación, que deben estar basadas en evidencia y adaptadas a las necesidades de cada comunidad. Asimismo, un **mejor seguimiento y análisis del comportamiento** de las personas frente a la información permitirá ajustar las estrategias de comunicación de manera eficaz, garantizando que los mensajes lleguen de forma clara y oportuna.



El dilema de la Salud pública en la Intersección

La salud pública se encuentra constantemente en una encrucijada donde convergen tres fuerzas poderosas: la **ciencia**, la **salud pública** y la **política**. Este dilema surge cuando las decisiones de salud pública, que deberían estar basadas en la mejor evidencia científica disponible, se ven influenciadas o modificadas por intereses políticos o presiones sociales.

Por un lado, la **ciencia** aporta datos y pruebas que guían las recomendaciones para proteger la salud de la población, pero en muchas ocasiones estas recomendaciones chocan con las realidades políticas, donde las prioridades pueden estar influenciadas por la economía, la opinión pública o los intereses partidistas. En este contexto, los profesionales de la salud pública deben equilibrar las recomendaciones científicas con la necesidad de **comunicar y aplicar políticas** que sean aceptables y viables dentro de la sociedad.

Este equilibrio entre la evidencia científica y las decisiones políticas crea un dilema complejo, en el que la **salud pública** se ve forzada a navegar entre la independencia de la ciencia y las limitaciones impuestas por el contexto político. A menudo, las decisiones finales requieren compromisos que, si no son manejados con transparencia y claridad, pueden erosionar la confianza pública en las autoridades sanitarias y dificultar la implementación de medidas de salud efectivas.

En última instancia, la capacidad para manejar esta intersección de manera eficaz es fundamental para garantizar que las políticas de salud pública logren su objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la población, manteniendo siempre un equilibrio entre la ciencia y las realidades políticas.

Nuevos argumentos para invertir en salud (pública): 'One Health', HiAP y HfAP

¿Cómo argumentar la Inversión en Salud (Pública)?

Invertir en salud pública es una necesidad urgente, especialmente en un mundo que enfrenta desafíos globales como pandemias, cambio climático y crisis económicas. Pero ¿disponemos ahora del «capital» político y financiero para llevar a cabo intervenciones significativas en salud pública? La respuesta se encuentra en la comprensión de la salud pública como un pilar central para la **seguridad, la sostenibilidad, el crecimiento económico y el bienestar general** de las naciones.

La **Cobertura Sanitaria Universal (CSU)**, que busca garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad sin que las personas enfrenten dificultades financieras, es esencial no solo para mejorar la calidad de vida, sino también para contribuir a la estabilidad y el progreso económico. La evidencia demuestra que los países con sistemas de salud robustos son más resilientes frente a crisis sanitarias, lo que protege a las economías de los efectos devastadores de las pandemias y otros eventos de salud pública.

En este contexto, el **capital político** debe centrarse en integrar la salud en todas las políticas. Iniciativas como **One Health**, que reconocen la interconexión entre la salud humana, animal y ambiental, son cruciales para abordar los problemas complejos que enfrentamos hoy. También es clave incorporar la salud en las políticas de sectores como el **medioambiente** y la **educación**, entendiendo que las decisiones en estos campos tienen un impacto directo en la salud de las poblaciones.

Además, la salud pública debe ser vista como un **bien público global**. Las amenazas a la salud no respetan fronteras, lo que exige una **gobernanza global** eficaz para garantizar que todas las naciones estén preparadas para enfrentar emergencias de salud. Justificar la inversión en salud pública desde una perspectiva global no solo es una cuestión de justicia social, sino también de seguridad internacional. Los países que invierten en salud pública ayudan a proteger no solo a sus propias poblaciones, sino también al resto del mundo.

En resumen, la inversión en salud pública es una necesidad estratégica para asegurar un futuro seguro, sostenible y equitativo. Ahora es el momento de movilizar el capital político y financiero necesario para fortalecer los sistemas de salud y garantizar que estén preparados para los desafíos venideros.

Salud Planetaria y 'One Health'



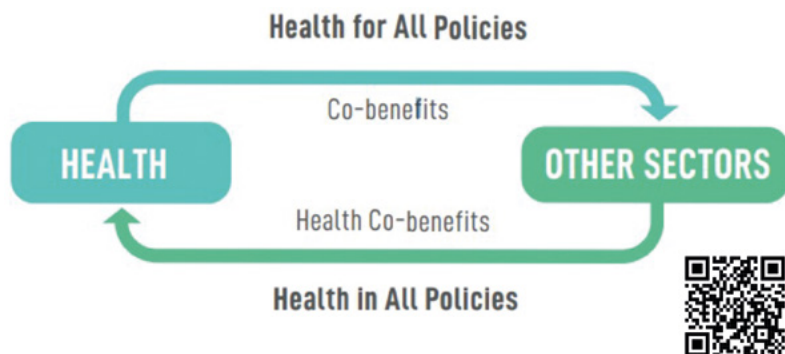
Gobernanza Global de los bienes públicos (de Salud), clave para la seguridad, sostenibilidad, crecimiento y bienestar

La gobernanza global en salud pública se ha convertido en un tema central en el debate sobre la seguridad y sostenibilidad a nivel mundial. Los bienes públicos de salud, como las vacunas y los programas de prevención, son esenciales para garantizar el **crecimiento** económico y el **bienestar** de las poblaciones. Sin embargo, existen **límites** importantes en cuanto a la **soberanía** de los países y su capacidad para actuar de forma conjunta, lo que dificulta una colaboración internacional más efectiva.

La creación de **nuevos instrumentos mundiales**, como el **Fondo para la Salud** del G20, busca superar estas barreras, proporcionando financiación y recursos a nivel global para abordar las crisis sanitarias. Al mismo tiempo, es crucial **reforzar la cooperación** entre las naciones,

como la Unión Europea, que ha mostrado cómo la colaboración regional puede mejorar la capacidad de respuesta ante emergencias de salud pública.

De la salud (en) todas las políticas a la salud (para) todas las políticas



Nuestra especialidad juega un papel clave en esta gobernanza global, ya que los profesionales de la salud están en la primera línea de atención y son esenciales para implementar las políticas de salud pública de manera efectiva, asegurando que los bienes de salud lleguen a todas las poblaciones de manera equitativa.

Los determinantes comerciales de la salud. ¿Quién dirige la política global?

Cuatro industrias son responsables de al menos un tercio de las muertes evitables en el mundo. . Estas industrias son: los alimentos y bebidas procesadas poco saludables, los combustibles fósiles, el alcohol y el tabaco. Colectivamente, causan 19 millones de muertes evitables al año (Lancet 2023).

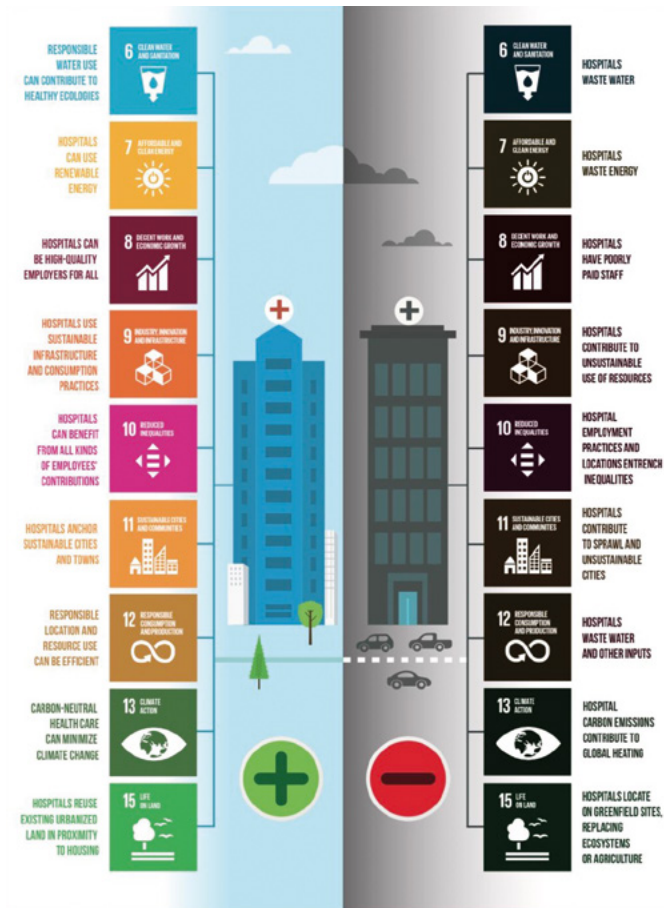
El impacto de la Salud Pública a través de la Atención Primaria

La atención primaria de salud (APS) constituye la base del sistema sanitario, siendo el primer punto de contacto para la población y desempeñando un papel clave en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. No obstante, su impacto se amplifica significativamente cuando está integrada de manera efectiva con la salud pública, dado que ambos campos comparten objetivos comunes de mejora de la salud poblacional y reducción de las inequidades sanitarias.

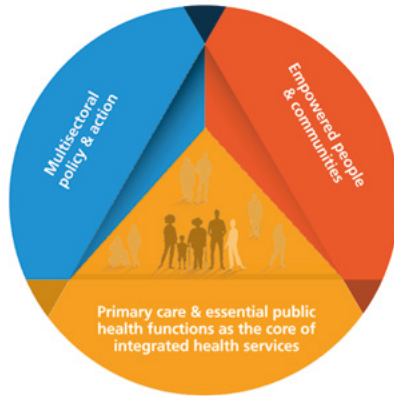
El **impacto de la salud pública** a través de la APS se evidencia en la capacidad de esta última para actuar como un **nexo estratégico** entre la intervención clínica y la promoción de la salud comunitaria. Las actividades preventivas, como las vacunaciones, el manejo de enfermedades crónicas y las campañas de salud pública, se implementan de manera más eficiente cuando la APS está alineada con las políticas de salud pública. Esto no solo facilita la **detección precoz** de problemas de salud emergentes, sino que también optimiza el uso de recursos y mejora los resultados en salud.

Beneficios mutuos de la salud (y sistemas) para otros ODS





Mejorar la integración de la APS y la salud pública



Es crucial, en este sentido, **mejorar la integración entre la APS y la salud pública**. Este enfoque requiere la creación de **mecanismos formales de coordinación** entre los profesionales de la APS y los responsables de la salud pública, así como el desarrollo de programas de formación conjunta que equipen a los profesionales sanitarios con las competencias necesarias para abordar los determinantes sociales de la salud. Al establecer una **comunicación bidireccional fluida** entre ambos sectores, se posibilita una respuesta más eficaz ante las necesidades de la población, garantizando que las intervenciones preventivas lleguen a los grupos más vulnerables.

La **integración eficaz** también puede conducir a una mejor **gestión de las crisis sanitarias**. En situaciones de emergencia, como la pandemia de COVID-19, se ha demostrado que los sistemas de salud más resilientes son aquellos que han integrado sus recursos de APS y salud pública, logrando una respuesta ágil y coordinada. Al fortalecer esta interconexión, podemos mejorar la capacidad del sistema sanitario para enfrentar futuras crisis con un enfoque preventivo y comunitario.

Es necesario reconocer que el éxito de esta integración depende de una **política sanitaria que fomente la colaboración intersectorial**, permitiendo que la APS desempeñe un papel activo no solo en la atención curativa, sino también en la implementación de estrategias de salud pública que promuevan la salud y el bienestar a largo plazo.

La **integración entre la APS y la salud pública** es esencial para el fortalecimiento del sistema sanitario. Al mejorar la coordinación,

la formación y la implementación conjunta de políticas, se puede maximizar el impacto de ambas áreas, contribuyendo a un sistema de salud más equitativo, eficiente y resiliente.

El liderazgo en salud pública: un requisito indispensable para el éxito

La pandemia de COVID-19 ha revelado, de manera innegable, la relevancia crítica del **liderazgo en salud pública** para enfrentar con éxito las crisis sanitarias. Los países que han mostrado una dirección sólida y coherente en la gestión de la pandemia fueron capaces de implementar respuestas rápidas y eficaces que lograron frenar significativamente la propagación del virus y mitigar sus efectos sobre la población.

El liderazgo en salud pública no solo implica la capacidad de tomar decisiones basadas en evidencia científica, sino también la habilidad de coordinar recursos, comunicar de manera efectiva con la sociedad y establecer alianzas estratégicas con otros sectores. En este sentido, los **hospitales** han demostrado su potencial para ser mucho más que simples productores de atención médica; su papel es fundamental para el logro de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**. Estos centros de salud pueden y deben desempeñar un papel activo en la promoción de la **sostenibilidad ambiental**, el **bienestar social** y la **equidad** en el acceso a la atención.

Los hospitales, con su proximidad a las comunidades y su capacidad para influir en las políticas locales, están en una posición ideal para impulsar el cumplimiento de los ODS. Su impacto va más allá del tratamiento de enfermedades: al promover hábitos saludables, apoyar iniciativas de salud pública, y gestionar sus recursos de manera sostenible, los hospitales se convierten en actores clave en la transformación hacia sociedades más justas y saludables.

Sin embargo, la **capacidad de liderazgo** de los responsables en salud pública es lo que determina la eficacia de estos esfuerzos. Los líderes deben ser capaces de integrar la visión de los ODS en la operación diaria de los hospitales, guiando a los equipos hacia objetivos que no solo mejoren la salud individual, sino que contribuyan a un bienestar más amplio y a largo plazo. La pandemia ha evidenciado que, donde faltaba este liderazgo, las respuestas a la crisis fueron más desorganizadas y menos efectivas.

Modelo del marco de competencias del liderazgo en salud pública



En conclusión, el **liderazgo en salud pública** no es solo una cuestión de gestión en tiempos de crisis; es una pieza fundamental para el éxito continuo de los sistemas de salud. Los países y sistemas que invierten en líderes capacitados y visionarios estarán mejor preparados para enfrentar futuros desafíos, no solo en el ámbito sanitario, sino también en la promoción de un desarrollo sostenible que beneficie a toda la sociedad.

Salud planetaria



Definiendo el concepto de Salud Planetaria

Ana M^a Ayuso Álvarez

ayuso@isciii.es

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a la Cátedra de Promoción de la Salud (Universitat de Girona) por esta invitación y al gobierno de Cataluña por aceptar el reto de afrontar estos temas.

En esta ponencia hablaremos del origen de Salud Planetaria y como va tomando forma, para acabar explicando los retos a los que se enfrenta y comentar algunas de las experiencias que ya se están poniendo en marcha en nuestro país.

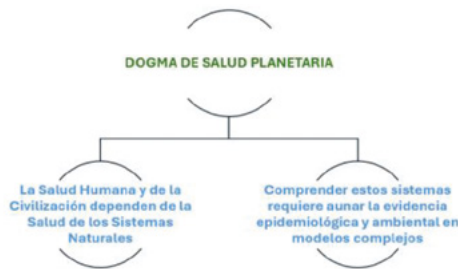
Historia de Salud Planetaria

La salud planetaria ha emergido como un concepto clave en el marco de la salud pública global, poniendo de relieve la interdependencia entre la salud humana y la de los sistemas ecológicos que sostienen la vida en el planeta. La evolución de este enfoque ha sido marcada por una creciente toma de conciencia sobre los impactos del cambio ambiental global y su relación directa con el bienestar humano. A lo largo de las décadas, diversos actores, desde geógrafos hasta líderes en salud pública, han advertido sobre los riesgos ambientales y han contribuido al desarrollo de la salud planetaria como una disciplina esencial para abordar los desafíos contemporáneos.

Primeras advertencias: un enfoque pionero

En la década de 1940, geógrafos y ambientalistas comenzaron a alertar sobre los peligros del **crecimiento desmedido de la población**, la **urbanización acelerada** y el **consumo excesivo de los recursos naturales**. Estas advertencias iniciales pusieron de manifiesto la presión que las actividades humanas ejercen sobre los sistemas naturales, sentando las bases para una comprensión más amplia de la relación entre el medioambiente y la salud humana.

En 1993, el epidemiólogo australiano **Tony McMichael** publicó su influyente obra «**Sobrecargas Planetarias**», en la que subrayaba la necesidad de considerar la salud humana dentro de un **marco ecológico**. McMichael fue pionero en proponer que la sostenibilidad de los ecosistemas es fundamental para garantizar la salud pública a largo plazo. Argumentaba que la presión constante sobre los sistemas naturales daría como resultado consecuencias adversas para la salud global, y defendía la necesidad urgente de repensar nuestras interacciones con el medioambiente. Convirtiéndose sus palabras en el dogma en el que descansa Salud Planetaria.



En el enfoque de salud planetaria, la medicina considera la salud y la enfermedad como una manifestación del estado de salud del planeta.

La consolidación de la Salud Planetaria en el siglo XXI

A comienzos del siglo XXI, la prestigiosa revista **The Lancet** publicó una serie de artículos sobre los factores ambientales que, según sus autores, representaban amenazas inminentes para la salud humana. Estos textos subrayaban la urgencia de abordar problemas globales como el cambio

climático, la pérdida de biodiversidad y la contaminación, estableciendo un vínculo directo entre estos fenómenos y el deterioro de la salud pública.

En 2010, **La Fundación Rockefeller** se asoció con **The Lancet** para promover la salud planetaria como una nueva disciplina científica. Esta colaboración buscaba resaltar la relación entre la salud humana y la sostenibilidad ecológica. Y fue la responsable de que en la **Cumbre Mundial de Salud** en Beijing en 2013, se formalizase el concepto de salud planetaria como un enfoque interdisciplinario diseñado para abordar los retos derivados del impacto humano sobre los ecosistemas.

Manifiesto de la Salud Pública a Planetaria y la Comisión Lancet Rockefeller

El año 2014 fue crucial para la consolidación de la salud planetaria. En este año se publicó el **Manifiesto de la Salud Pública a Planetaria**, un llamamiento a la acción colectiva en defensa de la salud pública en un contexto global. El manifiesto no solo abogaba por la protección del medioambiente como una cuestión de salud pública, sino que también instaba a la comunidad internacional a reconocer el vínculo inquebrantable entre la sostenibilidad de los ecosistemas y el bienestar humano.

Además, se creó la **Comisión Lancet Rockefeller sobre Salud Planetaria**, cuyo objetivo era abordar los desafíos globales relacionados con la salud y el medioambiente. La Comisión subrayó la necesidad de desarrollar enfoques integrales y multisectoriales para enfrentar los desafíos que plantea el **Antropoceno**, una era caracterizada por la influencia humana sobre los sistemas naturales.

Conclusiones y desafíos del siglo XXI

En 2015, la Comisión Lancet Rockefeller publicó sus conclusiones bajo el título «**Salvaguardando nuestra salud en la época del Antropoceno**», un documento que identificaba los riesgos ambientales más urgentes y su impacto en la salud humana. Este informe destacó cuestiones como el **cambio climático**, la **pérdida de biodiversidad**, la **escasez de agua dulce**, la **contaminación** y las **desigualdades** como los problemas más críticos que requieren atención inmediata.

En conclusión, el informe de la Comisión Lancet-Rockefeller fue fundamental para crear conciencia sobre los **riesgos ambientales** y su impacto en la salud humana, estableciendo un marco de referencia para las futuras intervenciones políticas y científicas. El reconocimiento de la **interdependencia entre los ecosistemas y la salud humana** marcó un hito en el desarrollo de la salud planetaria como disciplina, y subrayó la urgencia de actuar de manera coordinada y a nivel global para asegurar un futuro saludable y sostenible para las generaciones venideras.

Salud planetaria

Definición de Salud Planetaria

El informe de la Comisión Lancet-Rockefeller sobre Salud Planetaria, sentó las bases para la creación de un nuevo campo de investigación que definía la **salud planetaria** como:

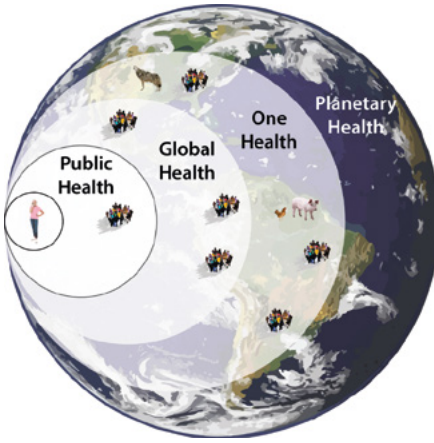
El logro del máximo nivel posible de salud, bienestar y equidad en todo el mundo a través de los sistemas humanos (políticos económicos y sociales) que dan forma al futuro de la humanidad y de los sistemas naturales de la Tierra, respetando los límites ambientales seguros dentro de los cuales la humanidad puede prosperar.

La salud planetaria va más allá de la visión tradicional de la salud global, integrando los aspectos fundamentales del entorno natural en la ecuación del bienestar humano.

«el esfuerzo fue ir mucho más allá de la Salud Global ya existente... al tener en consideración el sistema natural del que depende la salud humana» (Judit Robin, presidenta de la Fundación Rockefeller).

Esta declaración reflejaba la necesidad urgente de reestructurar la forma en la que se abordan los problemas de salud a nivel global, poniendo de manifiesto la interdependencia entre la salud humana y la salud del planeta. Esta interconexión es esencial para comprender los riesgos que enfrenta la humanidad, desde el cambio climático hasta la pérdida de biodiversidad, y cómo estos desafíos afectan directamente la salud pública.

Evolución de los distintos enfoques de salud y medio ambiente



Las acciones derivadas de este enfoque deben estar **articuladas en torno a principios cooperativos y democráticos**, que involucren a todos los niveles de la sociedad en la búsqueda de soluciones sostenibles, que reconozcan que las soluciones no pueden imponerse de forma aislada y se requiere de un enfoque colaborativo que involucre a gobiernos, organizaciones internacionales, comunidades locales y ciudadanos.

Este nuevo paradigma está **orientado hacia un concepto renovado de progreso y bienestar**, que mide el éxito en términos de equidad social, salud ambiental y bienestar colectivo. La salud planetaria aboga por un modelo de desarrollo que respete los **límites ecológicos** del planeta, asegurando que las generaciones futuras puedan vivir en un entorno saludable y equilibrado.

En conclusión, **Salud planetaria** establece un marco de referencia para las acciones futuras, basadas en la **cooperación global** y la creación de un modelo de desarrollo que promueva la equidad, el bienestar y el respeto por el entorno natural que sustenta la vida en la Tierra.

Impulsando Salud Planetaria

A partir de las primeras iniciativas en salud planetaria, **proliferan distintas vías de financiación, publicaciones científicas y redes académicas** que han permitido el avance de esta nueva disciplina. La creciente preocupación por los efectos del cambio ambiental global

sobre la salud ha llevado a que diversos actores internacionales inviertan recursos significativos para investigar y abordar estos desafíos desde una perspectiva integradora. **Wellcome Trust**, una de las principales fundaciones de investigación en salud del mundo, estableció en 2015 una nueva área prioritaria de investigación **Nuestro Planeta, Nuestra Salud**, a la que destinó **75 millones de dólares**, para investigar:

1. Los efectos del cambio climático en la salud,
2. el deterioro de los entornos urbanos, y
3. los sistemas alimentarios globales.

Además de los fondos destinados a la investigación, los años 2017 y 2018 **surgen** revistas científicas especializadas que promocionan el campo de la salud planetaria: **The Lancet Planetary Health**, **The American Geophysical Union's GeoHealth**, **Nature Sustainability y Challenges**, que han proporcionado una plataforma crítica para la difusión de estas investigaciones y han permitido la consolidación de la salud planetaria como un campo interdisciplinario de estudio, al reunir a expertos de las ciencias de la salud, el medioambiente y las ciencias sociales para abordar los desafíos complejos del Antropoceno.

En 2019, la **Cumbre Mundial de Salud** en Ginebra (Suiza) sirvió como escenario para el establecimiento de la **Alianza por la Salud Planetaria**. Esta iniciativa representa un **llamamiento a la acción global**, orientado a fomentar la cooperación internacional en la construcción de un mundo más saludable y equitativo para las generaciones presentes y futuras. Su objetivo principal es comprender y abordar los efectos del cambio ambiental global y su impacto en la salud humana, así como desarrollar soluciones sostenibles que beneficien tanto al planeta como a la salud de las poblaciones. Actualmente, la alianza cuenta con la participación de más de **400 universidades, organizaciones no gubernamentales y gubernamentales, e institutos de investigación** de todo el mundo.

Esta alianza ha sido fundamental para **fomentar la colaboración interdisciplinaria**, promover el intercambio de conocimientos, movilizar recursos y desarrollar programas que buscan mitigar los efectos del cambio climático, la degradación de los ecosistemas y los problemas asociados con la alimentación global y la urbanización.

El surgimiento de **nuevas vías de financiación**, la creación de **revistas científicas especializadas y la consolidación de redes académicas y profesionales a nivel global** son elementos clave en la expansión y

promoción de la salud planetaria. A medida que los desafíos ambientales y de salud se vuelven más evidentes, la salud planetaria continúa ganando relevancia como una disciplina integral que requiere la colaboración de diversos sectores para asegurar un futuro sostenible y saludable.

De un campo de investigación a un nuevo paradigma

La **salud planetaria** ha emergido como un nuevo y fundamental campo de investigación y acción que busca comprender el **impacto que la degradación de los sistemas naturales** tiene sobre la salud humana y ofrecer respuestas a los desafíos globales que esta degradación genera y, por lo tanto, aboga por una aproximación integral que contemple tanto la sostenibilidad ambiental como el bienestar humano.

La respuesta que propone la salud planetaria exige **cambios profundos en nuestra sociedad**, comenzando por una **revisión de los modelos de desarrollo**. Históricamente, las economías se han basado en un **modelo de crecimiento ilimitado**, que ha impulsado la explotación desmesurada de los recursos naturales, con el consecuente deterioro del medioambiente. Sin embargo, la salud planetaria aboga por un modelo de desarrollo basado en el decrecimiento, que reduzca el impacto humano sobre los ecosistemas y, promueva una redistribución más quitativa y sostenible de los recursos largo plazo.

Asimismo, esta transformación implica un cambio radical en **nuestra relación con la naturaleza**. La salud planetaria postula que, para proteger la salud humana, es fundamental **restaurar, rehabilitar y conservar los ecosistemas**. Este enfoque preventivo no solo beneficiará al medioambiente, sino que también reducirá las amenazas directas e indirectas a la salud humana derivadas de la crisis ecológica.

Por lo tanto, la **salud planetaria** se consolida como un **nuevo paradigma** que une la **salud de las personas y del planeta**. Este paradigma reconoce que el bienestar humano no puede alcanzarse de manera aislada del entorno natural que nos sustenta. Así, la salud planetaria no solo trata de abordar las enfermedades o problemas de salud específicos, sino de proponer un enfoque sistémico que reconozca la interdependencia entre los sistemas sociales, económicos y ecológicos.

Este nuevo paradigma insta a los profesionales de la salud, los responsables de políticas públicas y la sociedad en su conjunto a **reevaluar las formas en las que interactuamos con el planeta**. Solo a través de un cambio profundo en los valores y las prácticas podremos garantizar un futuro

en el que tanto los humanos como el entorno natural puedan prosperar de manera equilibrada y sostenible.

La salud planetaria representa una respuesta necesaria a la crisis ambiental y de salud que enfrenta la humanidad. Al unir la salud humana con la salud del planeta, este campo de investigación y acción nos ofrece un marco para repensar nuestras relaciones con la naturaleza y reimaginar un futuro basado en la sostenibilidad y el respeto por los límites ecológicos del planeta.

Retos de salud planetaria

El concepto de **Salud Planetaria** ofrece una nueva perspectiva para abordar los desafíos globales relacionados con la salud humana y el medioambiente, pero avanzar hacia un modelo de desarrollo más sostenible implica enfrentar **serios desafíos** en tres áreas fundamentales: el **pensamiento**, el **conocimiento** y la **gobernanza**. Estos desafíos exigen una reconfiguración profunda de cómo percibimos el progreso, cómo construimos el conocimiento y cómo implementamos las soluciones necesarias para garantizar un futuro equitativo y saludable para las generaciones venideras.

Desafíos en el ámbito del pensamiento: ¿cómo pensamos?

El primer desafío está relacionado con la forma en la que pensamos. Salud planetaria requiere un **pensamiento sistémico**, que nos permita entender las acciones en cadena que se producen dentro de los **sistemas complejos** y cómo estos impactos pueden desplazarse en el tiempo y el espacio, afectando a diferentes ámbitos de manera simultánea. El enfoque sistémico es clave para abordar los problemas ambientales y de salud pública de manera holística, ya que las soluciones parciales o aisladas no lograrán resolver problemas que están profundamente interconectados.

Además, es necesario redefinir **las métricas para medir el progreso** y la calidad de vida. Las métricas tradicionales, como el Producto Interno Bruto (PIB), no reflejan adecuadamente los costos ambientales y de salud a largo plazo. El PIB, por ejemplo, no considera el daño futuro de una actividad económica en términos de degradación ambiental o desigualdad social. En lugar de esto, es crucial establecer nuevas formas

de medir el progreso que integren tanto los beneficios como los impactos negativos de la actividad económica sobre la salud y el medioambiente.

Otro aspecto esencial es la **reivindicación de la naturaleza**. Esto implica introducir en las **cuentas nacionales y globales** los bienes y servicios que los ecosistemas proporcionan a la humanidad, así como los costos de las externalidades negativas derivadas de nuestras actividades. En este sentido, la salud planetaria propone considerar la **restauración de paisajes, ecosistemas y biodiversidad** como un **servicio de salud pública**. La conservación y gestión de los ecosistemas no solo protege el medioambiente, sino que también mejora la salud humana al garantizar que los sistemas naturales sigan proporcionando servicios críticos, como el agua potable, el aire limpio y la seguridad alimentaria.

Desafíos en el ámbito del conocimiento: ¿cómo construimos el conocimiento?

El segundo desafío se centra en la **investigación transdisciplinaria**. Salud planetaria es un campo emergente que ofrece la oportunidad de realizar una **síntesis de perspectivas**, reconociendo las interrelaciones entre el medioambiente, la salud y el desarrollo. Sin embargo, la falta de una **investigación transdisciplinar** consolidada es un obstáculo importante. Para superar este desafío, es necesario aumentar la financiación destinada a la investigación, desarrollar marcos teóricos sólidos y garantizar la implementación de los hallazgos en políticas efectivas.

La investigación transdisciplinaria, además de requerir **financiación y desarrollo teórico**, necesita establecer **relaciones de confianza** entre los diferentes actores implicados, incluyendo científicos de diversas disciplinas, responsables políticos y comunidades afectadas. Este enfoque colaborativo requiere **facilitadores estructurales** capaces de conectar disciplinas, establecer un diseño de actuación y promover un pensamiento sistémico en todos los niveles.

Desafíos en el ámbito de la gobernanza: ¿cómo lo implementamos?

Finalmente, la implementación de soluciones en el marco de la salud planetaria exige una **nueva gobernanza global** que vaya más allá de los gobiernos y los Estados-nación. Esta gobernanza debe ser capaz de liderar

un cambio estructural, reconocer las **amenazas globales**, gestionar la **incertidumbre** y utilizar de manera efectiva los recursos disponibles.

La pregunta clave aquí es: **¿es éticamente aceptable que, en nombre del progreso, robemos el futuro a las generaciones venideras al contaminar el aire, el agua y el suelo, y poner en peligro las especies con las que compartimos el planeta?** Esta cuestión ética subraya la necesidad de un enfoque de gobernanza que incorpore principios éticos sólidos en la toma de decisiones. Los líderes deben ser capaces de enfrentar no solo los problemas inmediatos, sino también las consecuencias a largo plazo de las acciones que toman hoy en día.

La **gobernanza planetaria** debe basarse en un liderazgo ético y en la colaboración internacional, reconociendo que los desafíos globales relacionados con la salud y el medioambiente no pueden resolverse sin un enfoque inclusivo y cooperativo. Esta nueva gobernanza debe estar orientada a salvaguardar tanto los derechos de las generaciones presentes como los de las futuras, asegurando que las políticas que implementamos hoy no comprometan el bienestar y la salud del planeta en los años venideros. Los desafíos que enfrenta la salud planetaria en los ámbitos del **pensamiento**, el **conocimiento** y la **gobernanza** requieren un replanteamiento profundo de nuestras estructuras actuales. Solo a través de un pensamiento sistémico, una investigación transdisciplinaria sólida y una gobernanza global ética, podremos enfrentar de manera efectiva los desafíos que plantea el cambio ambiental global y sus impactos en la salud humana. La salud planetaria no es solo una nueva disciplina, sino un llamado a la acción integral y a la colaboración en todos los niveles de la sociedad.

Algunas experiencias en España

A pesar de la falta de evidencia en algunos aspectos, la **urgencia de los desafíos** ha impulsado avances significativos en el campo de la **Salud Planetaria**. En España, han surgido varias experiencias pioneras que merecen ser destacadas, ya que ejemplifican cómo diferentes sectores están abordando esta nueva disciplina desde distintos ámbitos y sectores: la **formación**, la **ciencia**, el **sector sanitario** y la **información**.

En el ámbito de la formación: el Máster en Salud Planetaria

La **Universitat Oberta de Catalunya (UOC)**, en colaboración con el **Instituto de Salud Global (ISGlobal)**, ha creado un **Máster en Salud Planetaria**. Este programa de formación tiene como objetivo capacitar a profesionales en la comprensión de las interrelaciones entre el cambio ambiental global y la salud humana. A través de un enfoque transdisciplinario, los estudiantes adquieren las herramientas necesarias para analizar y gestionar los desafíos que plantea la degradación de los ecosistemas y su impacto sobre la salud pública. Este máster se posiciona como una de las primeras iniciativas formativas que integra la ciencia medioambiental y la medicina en una perspectiva holística.

En el ámbito de la ciencia: publicaciones emergentes

En el ámbito científico, se ha observado un aumento en las **publicaciones nacionales e internacionales** centradas en la salud planetaria. Estas publicaciones, que aparecen en revistas científicas como *The Lancet Planetary Health* y *Nature Sustainability*, están ayudando a consolidar el campo de la salud planetaria como una disciplina científica en expansión. En España, varias instituciones están promoviendo investigaciones que buscan evidenciar las conexiones entre la salud humana y los cambios en el medioambiente, especialmente en áreas como el cambio climático, la calidad del aire y los sistemas alimentarios.

En el ámbito sanitario: el Plan de Economía Circular del Sergas

Una de las experiencias más destacadas en el ámbito sanitario es el **Plan de Economía Circular del Servicio Gallego de Salud (Sergas)**, que tiene como objetivo **reducir la huella ecológica del sector sanitario**. Este proyecto pionero busca crear un sistema sanitario «sostenible y resiliente», capaz de hacer frente a los desafíos futuros y mejorar tanto la calidad de vida de las personas como la del planeta. El plan pretende convertir al sector sanitario en un **motor de transformación verde**, con iniciativas orientadas a **reducir costes innecesarios, aumentar la eficiencia de los servicios y disminuir las emisiones** en todas las instalaciones sanitarias.

El **Sergas** es el único servicio sanitario europeo que participa como socio en el proyecto **Nueva Bauhaus Europea**, una iniciativa que promueve la construcción sostenible con el fin de reducir el impacto de la actividad sanitaria en el medioambiente. El Plan de Economía Circular coloca a la **sanidad gallega a la vanguardia del cuidado del medioambiente**, al abordar la sostenibilidad no solo como un principio ético, sino como una estrategia práctica para mejorar la eficiencia y reducir el impacto ecológico del sector.

En el ámbito de la información: la Red de Salud Planetaria

La **Red de Salud Planetaria** es una iniciativa creada por un grupo de profesionales interesados en explorar las **interrelaciones entre la salud y el medioambiente**. Esta red fomenta el **intercambio de conocimientos** entre generaciones y disciplinas, y actúa como un **punto de encuentro** para aquellos que buscan comprender y promover la salud planetaria. La red ofrece acceso a una **videoteca**, una **biblioteca de recursos académicos** y una plataforma para **lecturas y reflexiones** sobre la salud planetaria. Además, promueve la construcción de redes de colaboración y divulgación que faciliten el flujo de información sobre las complejas interacciones entre los ecosistemas y la salud humana.

En el ámbito de la sanidad: la Guía «Qué hacer y No hacer en Salud Planetaria» de la Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria

Esta guía tiene como objetivo introducir la **perspectiva de la salud planetaria** en las consultas de médicos de familia, proporciona a los profesionales de la salud recomendaciones específicas para minimizar el impacto ambiental de sus decisiones.

Entre los temas que aborda la guía se incluyen:

- La **anamnesis sobre salud ambiental**, con un enfoque en la calidad del aire como causa de enfermedad.
- **Recomendaciones dietéticas** que promuevan una alimentación saludable tanto para las personas como para el planeta.
- Fomentar la **prescripción de ejercicio físico en entornos naturales**.

- Evitar el uso de inhaladores PMDI si existen alternativas con menor impacto ambiental.
- Reducir la **prescripción innecesaria de antimicrobianos**.
- Tener en cuenta la **huella de carbono** en las decisiones clínicas.
- Fomentar la **recogida de medicamentos** en puntos de reciclaje.
- Reducir la huella de carbono de los **centros de salud y consultorios**.
- Fomentar el **activismo medioambiental** entre los profesionales de la salud.

Esta guía representa un paso importante hacia la integración de los principios de la salud planetaria en la atención médica diaria, promoviendo un enfoque más sostenible en la práctica clínica.

España está desempeñando un papel clave en la promoción de la salud planetaria a través de diversas iniciativas en los ámbitos de la **formación**, la **investigación científica**, el **sector sanitario** y la **divulgación de información**. Estas experiencias demuestran el compromiso de los profesionales, académicos y gestores de la salud con la construcción de un sistema que no solo aborde los desafíos sanitarios actuales, sino que también contribuya a la sostenibilidad del planeta para las generaciones futuras.

Referencias

- Dunk J., Anderson W. assembling Planetary Health: histories of the future. In Planetary Health. Protecting Nature to Protect Ourselves. S Myers & H. Frumkin. Washington: Island press; 2020. 17-35 p.
- Horton R. Offline: Reimagining the meaning of health. The Lancet [Internet]. 2014 Jul 19 [cited 2024 Feb 18];384(9939):218. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61178-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61178-8/fulltext)
- Manifiesto por una salud pública en todo el planeta, The Lancet; [Internet]. 2014 [cited 2024 Feb 23]. Available from: <https://www.sanidadpublicaasturias.org/manifiesto-por-una-salud-publica-en-todo-el-planeta-the-lancet/>
- Valladares, F. La recivilización. Desafíos, zancadillas y motivaciones para arreglar el mundo. Ed. Planeta, S. A, 3a ed. Barcelona; 2023.
- Valladares F., Cantera, X., Escudero A. ¿Qué sabemos de...? La salud planetaria. CSIC. Ed Catarata. Madrid; 2022

Ebi KL, Harris F, Sioen GB, Wannous C, Anyamba A, Bi P, et al. Transdisciplinary Research Priorities for Human and Planetary Health in the Context of the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 30;17(23):E8890.

Myers, S, Frumkin H. An introduction of Planetary Health. In *Planetary Health. Protecting Nature to Protect Ourselves*. S Myers&H. Frumkin. Washington: Island press; 2020. pp 3-97.

Protecting Nature to Protect Ourselves. Washington: Islandpress; 2020. 3-15 p.

Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias BF, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet Lond Engl*. 2015 Nov 14;386(10007):1973-2028.

SemFYC. Documento 45 Qué hacer y no hacer en salud planetaria.2022 [cited 2024 Dec 16].Available from https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-07/Salud_planetaria.pdf



Incorporando la salud planetaria en la agenda política

Arnau Queralt Bassa

Salud planetaria: la salud de la civilización humana y el estado de los sistemas naturales de los que depende

Los seres humanos han logrado avances extraordinarios en términos de longevidad y salud gracias a mejoras en la **producción de alimentos**, la **salud pública** y el **acceso a los medicamentos**. Sin embargo, este progreso ha tenido lugar en un contexto de **deterioro ambiental** que pone en riesgo los mismos sistemas naturales que sustentan la vida humana. Lo que **le hacemos al planeta**, en última instancia, **nos lo hacemos a nosotros mismos**.

El bienestar humano depende de un **entorno natural saludable**. Los **sistemas naturales** proporcionan servicios esenciales, como el aire limpio, el agua potable, los suelos fértiles y el control de enfermedades, que son fundamentales para la salud y la vida de todos los seres vivos. Sin embargo, estos sistemas están siendo **degradados** a un nivel sin precedentes en la historia de la humanidad, lo que pone en peligro no solo el medioambiente, sino también nuestra propia supervivencia.

Entre las mayores amenazas que enfrenta la humanidad hoy en día se encuentran el **cambio climático** y la **pérdida de biodiversidad**. Estos dos fenómenos interrelacionados ya están afectando la **salud de millones de personas** en todo el mundo. Las temperaturas extremas, los desastres naturales, la inseguridad alimentaria y el desplazamiento forzado son

solo algunos de los impactos directos del cambio climático, mientras que la pérdida de biodiversidad reduce la capacidad de los ecosistemas para recuperarse y adaptarse a estas nuevas condiciones, lo que agrava aún más la crisis.

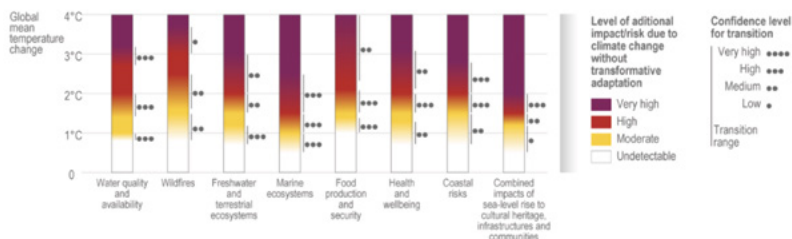
El **cambio climático** no solo representa un desafío ambiental, sino también una amenaza significativa para la **salud pública**. Las enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue y la malaria, están aumentando debido a los cambios en los patrones climáticos, mientras que la contaminación del aire y el agua, exacerbada por la degradación ambiental, está incrementando las tasas de enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Además, la pérdida de biodiversidad afecta la seguridad alimentaria, al reducir la variedad de cultivos y alterar los ecosistemas de los que depende la producción agrícola.

Es crucial que reconozcamos que los **impactos ambientales** y sus consecuencias sobre la **salud humana** están estrechamente vinculados. Cuidar del planeta no es solo una responsabilidad ambiental, sino también una cuestión de **justicia social** y de **salud pública**. La única forma de garantizar un futuro saludable y sostenible es adoptando un enfoque integrador que considere el bienestar de las personas y el del planeta como partes inseparables de un mismo sistema.

El bienestar humano y la salud del planeta están inextricablemente conectados. El **deterioro ambiental** amenaza con revertir los logros que la humanidad ha alcanzado en términos de salud y longevidad. Si no actuamos ahora para proteger los **sistemas naturales**, estaremos comprometiendo nuestro propio futuro y el de las generaciones venideras. Lo que le hacemos al planeta, **nos lo hacemos a nosotros mismos**.¹

1 Sandra Diaz, et al., Summary for Policymakers of the Global assessment report on biodiversity and ecosystem services of the Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services, IPBES, (2019).

Summary of key risks for the Mediterranean



<https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/>

Informe «The 2022 Europe report of the *Lancet Countdown* on health and climate change: towards a climate resilient future» (octubre 2022)

El cambio climático está teniendo un impacto significativo en la **salud pública** de Europa, con fenómenos meteorológicos extremos cada vez más frecuentes e intensos. Entre 2010 y 2019, la **exposición a olas de calor** aumentó un 57 % en comparación con la década anterior (2000-2009). Este incremento representa un **alto riesgo de morbilidad y mortalidad** relacionado con el calor, especialmente para los **grupos más vulnerables**, como las personas mayores, los niños, aquellos con enfermedades crónicas y quienes carecen de acceso adecuado a la asistencia sanitaria. Estos grupos son más susceptibles a los efectos negativos del calor extremo, lo que plantea un desafío creciente para los sistemas sanitarios en Europa.

La **mortalidad relacionada con la temperatura** ha aumentado un 94 % en las 990 regiones analizadas en Europa entre 2000 y 2020, como resultado directo del **calentamiento global observado** durante este período. Este aumento significativo en la mortalidad evidencia la urgencia de implementar estrategias efectivas de **adaptación y mitigación** para proteger a las poblaciones vulnerables.

Entre 2011 y 2020, un 55 % de las regiones europeas sufrieron **sequías estivales** de carácter extremo o excepcional, lo que ha afectado tanto a los recursos naturales como a la salud de las personas. Además, fenómenos como las **inundaciones** han causado pérdidas económicas récord,

alcanzando los **48.000 millones de euros** en 2021. Estos **fenómenos climáticos extremos** tienen **repercusiones directas e indirectas** en la salud, al aumentar la incidencia de enfermedades, afectar la seguridad alimentaria y alterar las infraestructuras críticas, como el suministro de agua y energía.

El **cambio climático** también está favoreciendo la **transmisión de enfermedades infecciosas** en Europa. Condiciones ambientales más cálidas y húmedas facilitan la expansión de vectores que propagan enfermedades como el **dengue** y el **virus del Nilo Occidental**. Estas enfermedades, tradicionalmente limitadas a climas más cálidos, están ahora emergiendo en nuevas regiones de Europa, lo que añade una **carga adicional** para los sistemas sanitarios y plantea desafíos en términos de control y prevención.

A pesar de que los países europeos cuentan con algunos de los **mejores sistemas sanitarios del mundo**, la proximidad a los **puntos de no retorno** del cambio climático subraya la necesidad de adoptar **estrategias ambiciosas** de adaptación y mitigación. No solo es esencial proteger las **vidas y el bienestar** de las poblaciones europeas, sino también de aquellos países que, aunque históricamente han contribuido menos al cambio climático, están sufriendo sus **efectos más devastadores**.

Informe FAROS (noviembre 2022)

El **informe FAROS** de noviembre de 2022, coordinado por especialistas del **Hospital Sant Joan de Déu** e **ISGLOBAL**, arroja luz sobre uno de los problemas más acuciantes para la **salud infantil** en las ciudades modernas: la contaminación atmosférica y su impacto en los niños y niñas. A nivel mundial, la **contaminación del aire** representa una amenaza significativa para la población más joven, afectando tanto su desarrollo como su salud a largo plazo.

En **Barcelona**, casi el **50 % de los casos de asma infantil** son atribuibles a la **contaminación atmosférica**, lo que evidencia una conexión directa entre los **niveles de polución** y las enfermedades respiratorias en la infancia. Este dato es aún más preocupante cuando se pone en contexto global: el **93 % de los niños y niñas** en todo el mundo respiran aire que **no cumple los estándares** de calidad establecidos por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. Esta exposición a contaminantes atmosféricos es responsable de aproximadamente **600.000 muertes prematuras infantiles** cada año.

Los niños son especialmente vulnerables a los efectos de la contaminación por varias razones. Desde un punto de vista **fisiológico**, tienen una **mayor frecuencia respiratoria** que los adultos, lo que significa que inhalan más aire —y, por tanto, más contaminantes— en relación con su peso corporal. Además, debido a su alta **actividad física**, están expuestos durante períodos más prolongados al aire exterior, lo que los pone en contacto constante con niveles elevados de **contaminantes atmosféricos**. En particular, los entornos urbanos con altos niveles de **tráfico** y mala calidad del aire constituyen un factor clave de riesgo para la salud infantil.

El **diseño urbano** y los sistemas de **movilidad** tienen una relación directa con la **exposición ambiental** de la población infantil. El alto tráfico y la proximidad a fuentes de emisión de contaminantes, como las zonas industriales y las grandes arterias de circulación, elevan considerablemente el riesgo de **enfermedades respiratorias** en los niños. Esto subraya la importancia de repensar el **diseño de las ciudades**, promoviendo entornos más saludables y menos contaminados para los más pequeños.

La **vulnerabilidad de los niños ante los riesgos ambientales** comienza incluso antes de nacer. Durante el **embarazo**, las **madres gestantes** expuestas a contaminantes atmosféricos, **pesticidas**, **agentes químicos** y **contaminantes orgánicos persistentes** transmiten estos factores nocivos al feto. Estos contaminantes pueden tener un impacto perjudicial en el **neurodesarrollo**, la **función respiratoria** y la **inmunidad** de los bebés, así como en su **metabolismo**. De hecho, la exposición durante el período prenatal se asocia con un mayor riesgo de desarrollar **enfermedades crónicas** en la vida adulta, como el **asma**, las **alergias** y las **enfermedades metabólicas**.

Los **impactos en la salud perinatal** no se limitan solo a la infancia; muchas de las consecuencias de la exposición a contaminantes durante este período persisten y afectan a la salud en la **edad adulta**. Esto refuerza la importancia de intervenir en etapas tempranas, promoviendo políticas de **salud pública** que protejan tanto a las madres gestantes como a los niños de la **exposición a contaminantes ambientales**.

El **informe FAROS** subraya la necesidad urgente de tomar medidas que reduzcan la **contaminación del aire**, particularmente en las áreas urbanas donde los niños están más expuestos. Promover **zonas de baja emisión**, mejorar el **diseño de las ciudades** para fomentar la movilidad activa y crear **espacios verdes** que filtren el aire son algunas

de las acciones que deben implementarse para reducir el impacto de la polución en la salud infantil.

Tabla 1.

Fallos conceptuales y de empatía (desafíos de la imaginación)	Excesiva dependencia del PIB para medir el progreso humano, no contabilización de los daños futuros a la salud y el medio ambiente, y efecto desproporcionado de esos daños a las personas y países más vulnerables.
Fallos en el conocimiento (desafíos de investigación e información)	Incapacidad para abordar los factores sociales y ambientales de la mala salud, escasez histórica de investigación transdisciplinar, falta de voluntad o capacidad para abordar la incertidumbre dentro de los marcos de toma de decisiones.
Fallos de implementación (desafíos de gobernanza)	Como los gobiernos y las instituciones retrasan el reconocimiento y las respuestas a las amenazas, especialmente cuando se enfrentan a incertidumbres, recursos comunes mancomunados y desfases entre la acción y el efecto.



Fuente: <https://www.stockholmresilience.org/policy--practice/contributions-to-the-agenda-2030.html>

Declaración de Helsinki sobre la salud en todas las políticas (2013)

La Declaración de Helsinki sobre la Salud en Todas las Políticas (HiAP), adoptada en 2013, constituye un marco fundamental para la **integración de la salud en el proceso de formulación de políticas públicas**. Este enfoque innovador reconoce que las políticas que afectan a la salud no solo provienen del ámbito sanitario, sino que también se generan desde otras esferas como la educación, el transporte, la economía o el urbanismo. Por tanto, el bienestar de la población depende de decisiones tomadas en múltiples sectores. La **Declaración de Helsinki** insta a los gobiernos a adoptar un enfoque intersectorial que priorice la salud en todos los ámbitos de la toma de decisiones, promoviendo así el **bienestar** y la **equidad sanitaria**.

Incorporación sistemática de los impactos sobre la salud en todos los procesos de toma de decisiones

Uno de los principios clave de la Declaración es la **incorporación sistemática** de los impactos sobre la salud en los **procesos de toma de decisiones** asociados a las políticas públicas. Este enfoque requiere que los responsables políticos de **todos los sectores** evalúen y consideren cómo sus decisiones afectarán la **salud de la población**. En este sentido, la salud debe ser un **determinante transversal** en la planificación y ejecución de políticas que puedan influir directa o indirectamente en el bienestar de las personas.

Por ejemplo, las políticas de **transporte**, que tradicionalmente se centran en mejorar la infraestructura y la movilidad, pueden tener un impacto directo en la **calidad del aire** y, por ende, en la **salud respiratoria** de la población. Integrar una perspectiva de salud en la planificación del transporte puede ayudar a **reducir la contaminación atmosférica** y mejorar los niveles de actividad física de la población, promoviendo un entorno más saludable.

Helsinki Declaration to protect human and planetary health for 2020's

- H**uman health depends on our ability to sustain planetary health. Awareness of the strong interlinkage between human and planetary health must be raised.
- E**quity is the guiding principle to ensure societal balance, which is a prerequisite for any successful action. Nature conservation and restoration do not succeed without social justice.
- L**ong-term goals are to take priority over short-term political victories or economical gains.
- S**hort-term actions, like reducing air pollution, chemical contamination and ending smoking, have fast and radical impact on health and should be actively promoted, as they also sustain planetary health.
- I**nterventions among and planned with communities and citizens produce relevant results for political decisions and models for societal learning.
- N**ature is us, we are nature. Nature is both outside and inside of us, and well functioning, sustainable and biodiverse natural systems are essential for human health and survival.
- K**nowledge emerges from scientific insights and innovations proceed to action only when co-created by scientists, citizens and policy makers.
- I**mpact-oriented actions for Planetary Health must be continuously evaluated and adjusted accordingly.

Promoción de sinergias y prevención de efectos perjudiciales para la salud

Otro aspecto crucial de la Declaración de Helsinki es la **promoción de sinergias** entre las políticas públicas, para garantizar que las decisiones políticas de un sector no tengan **efectos perjudiciales** en otro, especialmente en la salud. Este enfoque busca **maximizar los beneficios** compartidos entre distintos sectores, generando **políticas integradas** que mejoren tanto el **bienestar** de la población como la **equidad sanitaria**.

Específicamente, la declaración subraya la necesidad de que las políticas públicas no solo mejoren la salud, sino que también promuevan la **equidad sanitaria**, reduciendo las **desigualdades en salud** entre diferentes grupos de la población. Esto implica diseñar políticas que consideren los determinantes sociales de la salud y que actúen para **mitigar las desigualdades** que afectan a las poblaciones más vulnerables.

Por ejemplo, la **política urbana** puede desempeñar un papel significativo en la mejora de la **salud** y la **equidad**, al diseñar **entornos accesibles**, con **espacios verdes**, **infraestructura adecuada** para la movilidad activa y **viviendas saludables**. Evitar decisiones políticas que refuercen las **desigualdades estructurales** —como la segregación espacial o la falta de acceso a servicios básicos— es clave para garantizar que las políticas promuevan la **salud de todos**.

La **Declaración de Helsinki sobre la Salud en Todas las Políticas** subraya la importancia de adoptar un enfoque **integral** y **transversal** en la formulación de políticas públicas, incorporando la salud como un eje central en todos los sectores. Este enfoque no solo mejora el **bienestar de la población**, sino que también fomenta la **equidad sanitaria**, asegurando que las decisiones políticas no tengan efectos perjudiciales para la salud y que se maximicen las sinergias entre sectores. En un mundo donde los determinantes de la salud van más allá del ámbito sanitario, la Declaración de Helsinki representa un marco clave para guiar a los gobiernos hacia un enfoque más justo e inclusivo en la mejora de la salud pública.

«Los gobiernos pueden ayudar a la salud planetaria colocándola en el centro del discurso político».



Open questions for policymakers, scientists and health actors

1. Agenda-Setting

How can planetary health as a vision for the future be established as a standing item on national and international political agendas permanently and effectively?

2. Crisis prevention and preparedness

How can ecological and social risks to the health of current and future generations be decreased and what can be learned from other policy fields and countries?

3. Governance

What new forms of governance reforms, institutions, structures and incentives are needed for a prevention policy and a public welfare-oriented care economy that aims to safeguard health within planetary boundaries?

4. Partnerships

What kind of partnerships are necessary for planetary health and how are conflicts of interest between actors that hinder or even block the transformation towards planetary health negotiated?

5. Equity

How can health equity and environmental justice be incorporated in (health) policy decisions?

6. Participation

How can the perspectives of health actors and those most affected by the impacts of the transgression of environmental and social boundaries be integrated in policy processes?

7. Communication

What forms of science communication, translation and generation are needed to effectively accelerate the transformation towards health within planetary boundaries?

La Estrategia Catalana de Adaptación al Cambio Climático

Horizonte 2030 (ESCACC30)

Gabriel Borràs Calvo

¿Qué es la ESCACC30?

La normativa reguladora del Marco Estratégico de Referencia de Adaptación al Cambio Climático para el horizonte 2030 (ESCACC30) es la Ley 16/2017, de 1 de agosto, del cambio climático, una ley pionera en el Estado español y en las naciones del sur de Europa, y que establece las directrices estratégicas que las políticas públicas sectoriales deben seguir para adaptarse a los impactos del cambio climático y, en consecuencia, reducir nuestra vulnerabilidad. El artículo 10 de la ley prevé lo siguiente.

El **Marco Estratégico de Referencia de Adaptación al Cambio Climático** se constituye como una herramienta fundamental para abordar los efectos del cambio climático en **Catalunya**, proporcionando un enfoque integral y coordinado para reducir la **vulnerabilidad** de los sistemas naturales, territorios y sectores socioeconómicos más expuestos a sus impactos. Este marco estratégico se desarrolla en varias fases, involucrando tanto a las **autoridades gubernamentales** como a los **actores sociales y económicos** clave.

Elaboración del Marco Estratégico de Referencia de Adaptación

El departamento competente en materia de cambio climático es el encargado de liderar la elaboración del marco estratégico, en

colaboración con los **demás departamentos gubernamentales** y con la **participación activa de los actores implicados**. Antes de su aprobación final, este marco debe presentarse ante la **Mesa Social del Cambio Climático** para garantizar un proceso participativo e inclusivo.

El marco estratégico debe incluir:

- **Evaluación de los impactos** del cambio climático, realizada de acuerdo con el **estado del conocimiento científico** y técnico más actualizado. Esta evaluación es esencial para comprender la magnitud y el alcance de los efectos del cambio climático sobre los distintos sistemas y sectores.
- **Identificación de los sistemas naturales**, los territorios y los **sectores socioeconómicos** más vulnerables frente al cambio climático. Este análisis de vulnerabilidad permite priorizar las áreas y comunidades que requieren una atención urgente.
- **Propuesta de medidas de adaptación** necesarias para reducir la vulnerabilidad identificada. Estas medidas deben ser concretas y ajustadas a las necesidades específicas de los sistemas y sectores más afectados, promoviendo un enfoque basado en la resiliencia y la sostenibilidad.

Aprobación del Marco Estratégico

El Gobierno de Catalunya aprueba el **Marco Estratégico de Referencia de Adaptación al Cambio Climático** a propuesta de la **Comisión Interdepartamental del Cambio Climático**. Esta comisión se encarga de coordinar y revisar la propuesta, asegurándose de que las medidas propuestas sean coherentes con los **informes científicos** sobre el cambio climático en Catalunya y con los **objetivos de adaptación** establecidos en los planes globales y europeos.

La aprobación de este marco es un paso crucial para formalizar las estrategias de adaptación a nivel territorial y garantizar que las medidas adoptadas cuenten con el respaldo de todas las áreas gubernamentales involucradas. De esta manera, se asegura una **respuesta integrada y coordinada** ante los retos climáticos.

Integración del Marco Estratégico en la Planificación Sectorial

Los **departamentos de la Generalitat** que abordan los distintos sectores afectados por el cambio climático deben **integrar los objetivos del Marco Estratégico** en sus **planificaciones sectoriales** y en su programación. Esto implica que cada departamento, en colaboración con los **entes locales** y los **actores implicados**, incorpore las acciones necesarias para **reducir la vulnerabilidad** a los impactos climáticos en sus áreas de responsabilidad.

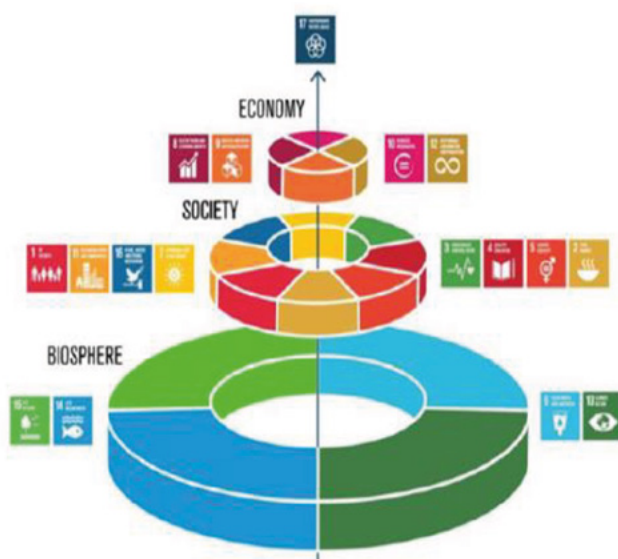
Este enfoque transversal asegura que la **adaptación al cambio climático** no sea un tema aislado, sino que esté presente en todas las políticas y programas sectoriales de la Generalitat. De esta manera, las acciones de adaptación se implementan de manera coherente en ámbitos como la **agricultura**, la **gestión del agua**, la **salud pública**, el **urbanismo** y las **infraestructuras**, entre otros.

El **Marco Estratégico de Referencia de Adaptación al Cambio Climático** es una herramienta esencial para coordinar los esfuerzos de adaptación en Catalunya. A través de su **elaboración participativa**, su **aprobación por el gobierno** y su **integración en la planificación sectorial**, el marco permite desarrollar medidas específicas y efectivas para reducir la vulnerabilidad de los sistemas naturales, los sectores socioeconómicos y los territorios ante los efectos del cambio climático. Este enfoque garantiza una respuesta sólida y coordinada a los desafíos climáticos presentes y futuros.

Jerarquización ESCACC30

ESCACC30 asume los fuertes vínculos que existen entre las actuales crisis ecológica y climática, tal y como han evidenciado las instituciones internacionales más relevantes en materia de conservación de la naturaleza, como la Secretaría del Convenio de Diversidad Biológica de las Naciones Unidas, el Panel Intergubernamental sobre Biodiversidad y Servicios Ecosistémicos (IPBES) y la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza (UICN), que han manifestado que la **conservación y mejora de la biodiversidad debe convertirse en una de las herramientas más efectivas de qué disponemos para ayudar a amortiguar los efectos del cambio climático.**

La consecución de los objetivos de reducción de la vulnerabilidad del ámbito socioeconómico y territorial vienen condicionados por la prevalencia y la consecución de los objetivos operativos de reducción de la vulnerabilidad de los sistemas naturales (biodiversidad, agua, bosques y ecosistemas marinos). **Por lo tanto, no se trataría de una relación al mismo nivel entre los diferentes ámbitos, sino jerárquica de abajo arriba.** El siguiente esquema ilustra conceptualmente esta dependencia, en sintonía con lo definido por Naciones Unidas a la hora de plantear la jerarquía de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).



Peligros climáticos, riesgos y vulnerabilidades

La Estrategia de Adaptación al Cambio Climático de Catalunya (ESCACC30) tiene como objetivo central **mejorar la adaptación al cambio climático** en el territorio y **reducir su vulnerabilidad** frente a los impactos climáticos. Esta estrategia se estructura en torno a una serie de **objetivos operativos** que abordan tanto los **sistemas naturales** como los **ámbitos socioeconómicos** y los diferentes **territorios** de Catalunya. El propósito de la estrategia es establecer un marco integral de acción que permita desarrollar medidas específicas para cada sector, garantizando una respuesta coordinada y efectiva a los retos que plantea el cambio climático.

El ESCACC30 se presenta como un plan integral y detallado que busca abordar los múltiples desafíos del cambio climático en Catalunya, a través de **76 objetivos operativos** y **312 medidas** distribuidas en los **sistemas naturales**, los **ámbitos socioeconómicos** y los **territorios** de la comunidad autónoma. Con un enfoque específico en la **vulnerabilidad territorial y social**, el plan se orienta hacia la construcción de una Catalunya más **resiliente** y preparada para enfrentar los efectos del cambio climático, protegiendo tanto a sus ecosistemas como a sus poblaciones.

Sistemas Naturales

El ESCACC30 incluye un enfoque específico para los principales **sistemas naturales** de Catalunya, que abarcan la **biodiversidad**, el **agua**, los **bosques** y la **silvicultura**, así como los **ecosistemas marinos** y la **pesca**. Estos sistemas naturales son esenciales no solo para la sostenibilidad ambiental del territorio, sino también para su **resiliencia** frente a los impactos del cambio climático. Para estos sistemas, se han establecido **18 objetivos operativos** que se despliegan en un total de **76 medidas** de adaptación. Estas acciones están orientadas a la **conservación**, la **restauración** y la **gestión sostenible** de los recursos naturales, con el fin de proteger los ecosistemas de las perturbaciones climáticas y asegurar la provisión de servicios ecosistémicos clave para el bienestar humano.

Ámbitos Socioeconómicos

El plan también abarca un enfoque amplio sobre **diez ámbitos socioeconómicos**, que incluyen la **agricultura** y la **ganadería**, los **seguros** y el **sector financiero**, la **energía**, la **industria**, los **servicios** y el **comercio**, las **infraestructuras de movilidad**, la **protección civil ante riesgos naturales**, la **investigación** y la **formación**, la **salud**, el **turismo**, y el **urbanismo** y la **vivienda**. Estos sectores son cruciales para la **economía** y la **calidad de vida** en Catalunya, y la adaptación a los impactos climáticos en estos ámbitos es esencial para asegurar la continuidad de los servicios y la protección de las poblaciones vulnerables. Para estos ámbitos, se han diseñado **46 objetivos operativos** y un total de **187 medidas** específicas que buscan reducir la

exposición a los riesgos climáticos y promover prácticas sostenibles que mejoren la resiliencia de las comunidades y las infraestructuras.

Territorios

Catalunya se caracteriza por su diversidad geográfica, con tres grandes **territorios** identificados en el plan: **interior, litoral y montaña**. Cada uno de estos territorios presenta vulnerabilidades únicas frente al cambio climático, lo que requiere **estrategias de adaptación diferenciadas**. Para estos territorios se han establecido **12 objetivos operativos** y **49 medidas** de adaptación, con el objetivo de reducir los riesgos climáticos específicos, como las inundaciones costeras, la erosión del suelo y la pérdida de biodiversidad en áreas montañosas. Las medidas incluyen la gestión del agua, la restauración de ecosistemas y la mejora de las infraestructuras para hacer frente a fenómenos climáticos extremos.

Aspectos Transversales: Vulnerabilidad Territorial y Social

Uno de los ejes transversales del ESCACC30 es la reducción de la **vulnerabilidad territorial** y la **vulnerabilidad social**. Esto implica no solo la adaptación de los territorios y sectores económicos, sino también la **protección de las comunidades más vulnerables** que se ven afectadas de manera desproporcionada por los impactos del cambio climático. Las medidas dirigidas a reducir la vulnerabilidad se basan en la integración de la **justicia climática** en todas las acciones, asegurando que los beneficios de las medidas de adaptación se distribuyan equitativamente y que las poblaciones más expuestas reciban el apoyo necesario para aumentar su resiliencia.

Riesgos y vulnerabilidades en el ámbito de la salud pública

Ámbito / Sector		Salud		
Peligros climáticos	Ola de calor	Incremento de temperatura		
Impactos	Varios impactos en la salud como el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, que provoquen un incremento de las hospitalizaciones y la mortalidad.	Favorece las tasas de desarrollo, supervivencia y reproducción de los mosquitos, los principales transmisores de enfermedades de transmisión vectorial	La contaminación atmosférica se agrava en episodios de altas temperaturas.	Incremento de las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos.
Exposición	Alta. Gran parte de la población vive en zonas expuestas a este impacto.	Alta. Cualquier persona puede verse afectada en todo el territorio.	Alta. Gran parte de la población reside en zonas con altos índices de contaminación atmosférica.	Baja. Debido a las actuaciones de control y seguridad del agua potable y alimentos.
Vulnerabilidad	Alta. Las consecuencias de las oleadas de calor son graves en la población en general y especialmente para los colectivos más vulnerables.	Alta. El impacto en la salud de algunas enfermedades transmitidas por vectores puede llegar a ser alto, especialmente entre los grupos más vulnerables.	Alta. Especialmente en la población más vulnerable, con edad avanzada o patologías previas.	Baja. Debido a las actuaciones de control y seguridad del agua potable y alimentos.
Riesgo	Alto. Está demostrado el incremento de hospitalizaciones y de mortalidad durante las oleadas de calor.	Alto. Las consecuencias para la salud pueden ser graves.	Alto. Las consecuencias de la contaminación atmosférica para la salud son muy graves.	Bajo. No es probable que se produzcan consecuencias graves.

Cinco objetivos operativos de la vulnerabilidad en salud

El cambio climático ha intensificado los riesgos para la salud pública a nivel global. En respuesta, es imperativo implementar una serie de **medidas preventivas** y de **control** que minimicen sus efectos adversos sobre la salud de las poblaciones, especialmente las más vulnerables. A continuación, se destacan cinco áreas prioritarias de intervención que buscan garantizar la efectividad de las políticas de salud pública frente a los impactos del cambio climático.

Garantizar la efectividad de las actuaciones de vigilancia y control sanitario del agua y de los alimentos frente a los impactos del cambio climático

El cambio climático afecta directamente la **calidad del agua y de los alimentos**, aumentando el riesgo de **contaminación** y la transmisión de enfermedades. Por ello, es fundamental reforzar las **medidas de vigilancia y control sanitario** para garantizar que los sistemas de agua potable y los alimentos se mantengan seguros y aptos para el consumo. Este proceso implica la actualización de los protocolos de inspección y respuesta ante contaminantes emergentes, así como la implementación de **tecnologías de monitoreo avanzadas** que detecten de manera temprana cualquier riesgo para la salud pública.

Prevenir, vigilar y controlar las enfermedades transmitidas por vectores

Las **enfermedades transmitidas por vectores**, como el dengue, la malaria y el zika, están directamente influenciadas por las condiciones climáticas, ya que los cambios en la temperatura y la humedad afectan la proliferación de los vectores. El cambio climático está extendiendo las áreas geográficas donde estas enfermedades pueden surgir. Por lo tanto, es crucial establecer **sistemas de vigilancia robustos** que monitoreen la aparición y expansión de vectores, así como desarrollar campañas de **prevención y educación** dirigidas a las poblaciones en riesgo. Además, el control efectivo de los vectores, mediante intervenciones coordinadas, es esencial para limitar la transmisión de estas enfermedades.

Mejorar la calidad del aire para cumplir con los niveles de emisiones contaminantes recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La **contaminación atmosférica** es uno de los principales factores de riesgo para la salud, y el cambio climático puede exacerbar la mala calidad del aire, afectando especialmente a los **grupos de riesgo más vulnerables**, como niños, ancianos y personas con enfermedades respiratorias. Para reducir el impacto de la **contaminación atmosférica** en la salud, es esencial implementar medidas que **mejoren la calidad del aire**, cumpliendo con los **niveles de emisiones** recomendados por la OMS. Esto incluye promover políticas de transporte sostenible, mejorar las infraestructuras urbanas y reducir la dependencia de combustibles fósiles. Además, es importante fomentar la concienciación sobre los peligros de la contaminación del aire y desarrollar estrategias de mitigación adaptadas a las necesidades locales.

Reducir el impacto de las temperaturas extremas en la salud

El cambio climático ha aumentado la frecuencia e intensidad de los **fenómenos meteorológicos extremos**, como olas de calor y frío extremo, que tienen un impacto directo en la salud humana. Los **grupos de riesgo**, como las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas y las comunidades más desfavorecidas, son particularmente vulnerables a estos cambios. Para reducir el impacto de las **temperaturas extremas** en la salud, es necesario mejorar los sistemas de alerta temprana y desarrollar **planes de acción locales** que incluyan mecanismos de protección para las poblaciones vulnerables, como la creación de espacios frescos, refugios y políticas de apoyo comunitario durante episodios de temperaturas extremas.

Mejorar la generación y transferencia de conocimiento sobre los impactos del cambio climático en la salud

El desarrollo de políticas eficaces para enfrentar el cambio climático requiere una **mejora continua en la generación y transferencia de conocimiento**. Es fundamental promover la **investigación interdisciplinaria** que explore los vínculos entre el cambio climático y la salud, así como fortalecer las plataformas de **transferencia de conocimientos** entre científicos, responsables políticos y la sociedad

civil. Estas acciones permitirán que las decisiones políticas se basen en **evidencia científica sólida**, asegurando una respuesta informada y efectiva a los impactos del cambio climático sobre la salud.

El cambio climático representa una amenaza compleja y multifacética para la salud pública. Para mitigar sus efectos, es necesario implementar medidas concretas que aborden la **vigilancia sanitaria**, el **control de vectores**, la **calidad del aire**, la **protección contra temperaturas extremas** y la **generación de conocimiento**. Estas acciones deben estar orientadas a proteger especialmente a los grupos más vulnerables, garantizando que los sistemas de salud estén preparados para los desafíos que plantea el cambio climático en el presente y el futuro.

Ejemplo de medidas para la reducción de la vulnerabilidad en salud (de un total de doce)

El aumento en la **frecuencia e intensidad de las olas de calor** es una de las manifestaciones más evidentes del cambio climático, con graves repercusiones en la salud humana. Las **temperaturas extremas** representan un riesgo significativo, especialmente para los **grupos de riesgo más vulnerables**, como los ancianos, los niños, las personas con enfermedades crónicas y las poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas. Para enfrentar estos desafíos, se deben implementar una serie de medidas de **prevención y mitigación** que protejan la salud de la población ante el creciente riesgo de fenómenos climáticos extremos. A continuación, se proponen cinco medidas clave.

Desarrollar planes para prevenir los efectos de las olas de calor

Es fundamental contar con **planes de actuación** específicos para **prevenir los efectos de las olas de calor** en la salud pública, como el **Plan de actuación para prevenir los efectos de las olas de calor sobre la salud (POCS)**. Estos planes deben incluir mecanismos de **alerta temprana**, protocolos de intervención para la protección de las personas más vulnerables y medidas coordinadas con los servicios sanitarios y sociales. El objetivo es garantizar una respuesta rápida y eficaz cuando se pronostiquen olas de calor, minimizando así su impacto en la salud.

Implantar medidas de prevención de riesgos laborales frente a las temperaturas extremas

El impacto de las **temperaturas extremas** no se limita a la salud pública, sino que también afecta a los trabajadores, especialmente aquellos que desarrollan su labor en **entornos al aire libre** o en condiciones de alta exposición al calor. Es crucial implantar **medidas de prevención de riesgos laborales** que incluyan la adaptación de los horarios laborales, la provisión de espacios de descanso en áreas frescas, la hidratación adecuada y la promoción de prácticas de trabajo seguras durante las horas de mayor calor. Estas medidas no solo mejoran la salud y seguridad de los trabajadores, sino que también aumentan la productividad y reducen las tasas de enfermedades relacionadas con el calor.

Realizar actuaciones de difusión sobre los efectos de las temperaturas extremas en la salud

Es necesario aumentar la **concienciación** entre la población sobre los **efectos de las temperaturas extremas en la salud**, especialmente en los grupos más vulnerables. Las campañas de difusión deben proporcionar información clara y accesible sobre las **medidas preventivas** que la población puede adoptar para protegerse del calor, como mantenerse hidratado, evitar la exposición al sol en las horas más calurosas y utilizar espacios con aire acondicionado cuando sea posible. Estas **campañas de sensibilización** deben llegar a todos los grupos de la población, con un enfoque particular en las personas mayores y las familias con niños pequeños.

Desarrollar medidas de prevención ante las islas de calor urbanas

Las **islas de calor urbanas** son áreas dentro de las ciudades donde las temperaturas son significativamente más altas que en las zonas rurales cercanas, debido al diseño y construcción del entorno urbano. Para mitigar los efectos de estas islas de calor, es esencial desarrollar medidas de **prevención y adaptación** que incluyan el aumento de la vegetación y las áreas verdes, la instalación de cubiertas vegetales y tejados reflectantes, y la mejora del diseño arquitectónico para reducir la acumulación de calor. Estas medidas no solo contribuirán a reducir la temperatura en las ciudades, sino que también mejorarán la calidad de vida y el bienestar de sus habitantes.

Elaborar, aprobar y desarrollar planes especiales de protección para los grupos de riesgo más vulnerables

Los **grupos de riesgo más vulnerables** requieren una atención especial ante los efectos de las temperaturas extremas. Es necesario elaborar, aprobar y desarrollar **planes especiales de protección** para estos grupos, que incluyan acciones específicas de apoyo y asistencia, como la provisión de servicios de atención domiciliaria, la instalación de sistemas de ventilación y refrigeración en los hogares, y el fortalecimiento de los servicios de emergencia para responder rápidamente a situaciones de crisis. Estos planes deben ser adaptados a las necesidades de las personas mayores, personas con discapacidades, niños y aquellos con condiciones de salud crónicas, garantizando su seguridad y bienestar durante los episodios de calor extremo.

Las **temperaturas extremas** representan una amenaza creciente para la salud pública debido al cambio climático. Para proteger a la población, especialmente a los **grupos de riesgo más vulnerables**, es fundamental implementar una serie de **medidas preventivas** y de **mitigación** que aborden tanto los efectos inmediatos como los riesgos a largo plazo asociados con las olas de calor y las islas de calor urbanas. Mediante la elaboración de planes de actuación específicos, la difusión de información, la adaptación del entorno urbano y la protección de los trabajadores expuestos al calor, podemos reducir significativamente el impacto de las temperaturas extremas en la salud de las poblaciones.

¿Y la financiación de las medidas?

La Ley 16/2017, del 1 de agosto, del cambio climático de Catalunya, crea el Fondo Climático como uno de los instrumentos necesarios para la ejecución de políticas de mitigación y adaptación. Este fondo se financia con varios impuestos ambientales, como por ejemplo, el impuesto a las emisiones de CO₂ de turismos, motocicletas y furgonetas comerciales, además de los presupuestos propios de la Generalitat de Catalunya. Desde su puesta en marcha en 2021, se han financiado más de 50 medidas de mitigación y adaptación con un importe total superior a los 250 millones de euros.

En los últimos años, Catalunya ha incrementado sus esfuerzos para abordar los impactos del **cambio climático** sobre la salud pública y para desarrollar **acciones de adaptación** que reduzcan la vulnerabilidad de la población ante fenómenos meteorológicos extremos. Varias iniciativas

clave han sido financiadas, con el objetivo de mejorar la **resiliencia sanitaria y fortalecer la capacidad de respuesta** frente a las amenazas emergentes que plantea el clima.

Una de las áreas financiadas ha sido la **Red Aerobiológica de Catalunya**, enfocada en el **estudio de la alergología** y los impactos que los cambios ambientales están teniendo en la **salud respiratoria** de la población. Entre 2023 y 2025, se ha asignado un presupuesto de **726.725 €** para apoyar esta red, que desempeña un papel crucial en la vigilancia de las concentraciones de pólenes y otros alérgenos atmosféricos, ayudando a predecir las crisis alérgicas y a preparar estrategias de mitigación.

Además, se ha destinado una **subvención conjunta** con el **Departamento de Universidades e Investigación** para financiar **proyectos de investigación**. Durante el período 2023-2024, se ha aprobado un presupuesto de **7 millones de euros**, de los cuales **1.404.000 €** se han dedicado específicamente a **cuatro proyectos en el ámbito de la salud**. Estos proyectos buscan abordar la relación entre el cambio climático y la salud pública, desarrollando estrategias innovadoras para mejorar la resiliencia y minimizar los impactos sobre las poblaciones más vulnerables.

En términos de **adaptación al cambio climático a nivel local**, se ha establecido una subvención de **75 millones de euros** para el período 2023-2025. Esta subvención está dirigida a **entes locales** (ayuntamientos, consejos comarcales, mancomunidades, etc.) y abarca diversos ámbitos, incluido el desarrollo de **proyectos de protección de la población** frente al **aumento de fenómenos meteorológicos extremos** y la **reducción de la vulnerabilidad** ante estos riesgos. Hasta la fecha, se han presentado **285 solicitudes** por un importe total de **51.330.000 €** para proyectos que buscan mitigar el impacto de eventos como olas de calor, inundaciones y tormentas extremas, que están aumentando en frecuencia e intensidad debido al cambio climático.

La financiación en Catalunya para proyectos relacionados con la salud y la adaptación al cambio climático refleja un **compromiso sólido** con la **protección de la población** frente a los efectos del clima. A través de la investigación en alergología, el apoyo a proyectos científicos y la implementación de acciones de adaptación a nivel local, se están desarrollando **soluciones innovadoras** para hacer frente a los **desafíos emergentes** que plantea el cambio climático en el ámbito de la salud pública.



Transformación digital y desigualdades



Aprendizaje y transformación digital

Mercè Gisbert Cervera

Una sociedad digital en continuo cambio. Retos y amenazas.

Vivimos en una era de **transformación constante**, en la que la tecnología avanza rápidamente, modificando la forma en la que las personas interactúan, trabajan, se educan y acceden a la atención sanitaria. En este contexto, el grupo de Investigación **ARGET** (Applied Technology in Education) de la **Universitat Rovira i Virgili (URV)** se dedica a la investigación y desarrollo en el ámbito de la **pedagogía** con un enfoque especial en cómo la tecnología puede transformar la educación y la sociedad. El equipo **ARGET** se centra en explorar y proponer soluciones innovadoras para abordar los desafíos que surgen en un mundo **siempre conectado**, donde las dinámicas de aprendizaje y las interacciones sociales están en constante evolución.

El **papel de la tecnología** no se limita solo a la educación, sino que también tiene un impacto significativo en la **salud pública**. En una sociedad donde las herramientas digitales están presentes en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, es esencial comprender cómo estas tecnologías influyen en el bienestar de las personas y qué oportunidades y riesgos presentan en términos de salud. La **alfabetización digital** y el acceso equitativo a las tecnologías son fundamentales para reducir las **desigualdades** tanto en la educación como en el acceso a la **información sanitaria**.

La sociedad actual está **siempre conectada**, lo que plantea tanto **oportunidades** como **desafíos**. En el ámbito de la salud, las tecnologías digitales, como las **aplicaciones móviles**, las **teleconsultas** y las plataformas de **atención en línea**, han demostrado ser herramientas valiosas para mejorar el acceso a los servicios sanitarios y facilitar la comunicación entre pacientes y profesionales. Sin embargo, también es necesario considerar cómo esta **hiperconectividad** puede afectar a la **salud mental** y el **bienestar**, especialmente entre las generaciones más jóvenes. Durante la pandemia por COVID-19, todo ello se hizo más evidente.

En este sentido, será fundamental poner atención a todas aquellos “peligros” relacionadas con el mal uso o abuso de la TD. La OMS calificó de “infodemia” la sobre abundancia de información. Esta puede afectar de manera negativa a la salud física y mental de las personas en todos aquellos aspectos derivados del acceso y la poca capacidad de analizar de manera crítica todos los datos que nos llegan, incluidos todos aquellos relacionados con nuestro estado de salud o las afecciones de este (Rodríguez, 2022).

En la última década, la neurociencia y la neuroeducación nos han ofrecido continuos ejemplos de que los datos se pueden tratar con una tecnología inteligente que ha dado lugar a un “nuevo sistema cognitivo” que nos permite solucionar problemas de salud, de educación, de movilidad, de energía... que puede y debe tener un impacto positivo en la vida de las personas. Este impacto de contribuir, especialmente, a promover un contexto en el que aprender de manera permanente y unas habilidades y competencias que nos permitan gestionar todos los procesos individuales y colectivos de nuestra vida diaria.

En un entorno digital donde los cambios son rápidos y continuos, es crucial que tanto los profesionales de la salud como los educadores estén capacitados para adaptarse a nuevas tecnologías y enfoques pedagógicos. En este contexto grupos de investigación como **ARGET** pueden desempeñar un papel clave recogiendo evidencias y analizando cómo los avances digitales pueden aprovecharse para mejorar no solo la educación, sino también la **salud pública** y el **bienestar** en general.

En este sentido, será fundamental promover un **uso responsable y saludable** de las tecnologías digitales, además, investigar cómo se pueden utilizar estas herramientas para fomentar **entornos de aprendizaje inclusivos**, donde, tanto el estudiantado como el profesorado, puedan desarrollar las competencias necesarias para prosperar en una sociedad en constante cambio.

El aprendizaje invisible. Aprender de manera permanente a lo largo de la vida

La Comisión Internacional sobre el Futuro de la Educación que crea la Unesco en 2019, a partir de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, explicita que el principal objetivo no es solo garantizar el acceso a una educación de calidad para todas las personas, sino asegurar que las personas se eduquen en igualdad de condiciones y desde una perspectiva equitativa e inclusiva. El ODS 4 “Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos” incluye esta idea además de resaltar el aprendizaje permanente para todos.

Además de los principios que definen y promueven los organismos internacionales debemos considerar que en el contexto actual existe un nuevo poder de las ideas que se basa, en gran medida, en la universalización del acceso a la información y de la comunicación humana mediada por la tecnología, de forma inmediata y cada vez con menos límites. Esta comunicación se transforma en una herramienta con un gran potencial cuando intervienen en el proceso máquinas inteligentes que pueden aprender de manera autónoma y que no siempre necesitan de la intervención humana. El manejo y control de estas requerirá un nivel de desarrollo de la Competencia Digital (CD) mucho mayor que hasta ahora por parte de los aprendices, considerando que aprendices lo somos todos y teniendo en cuenta que cualquier momento de nuestra vida es un momento para aprender.

Este contexto digital ha generado nuevos modelos de construcción de conocimiento que implican nuevas maneras de participación, interacción, colaboración, compromiso y co-construcción de representaciones de la realidad. Tanto desde nuestra perspectiva de aprendices como de ciudadanos digitales hemos de acceder, integrar, evaluar y gestionar diferentes tipos de conocimiento en múltiples contextos y formatos, a través de formas muy variadas de interacción.

En estos momentos existen numerosos agentes y mediadores de este conocimiento y, el profesorado, es uno de ellos, pero ya no es el único. De este modo, y para contrarrestar la influencia que las TD, debe convertirse en un líder de los procesos formativos a la vez que debe ser capaz de incorporar a su acción profesional todos los agentes y herramientas digitales de última generación. La transformación y el cambio hacia la digitalización en la educación ya no supone una opción, es ya una realidad. Una realidad, siguiendo en la línea de lo que Alvin

Toffler llamó la “tercera hola”, a la que actualmente se puede denominar la “quinta hola” (Enguita, 2023).

La irrupción masiva de las TD promueve la aparición de nuevos conceptos como el concepto de Aprendizaje invisible que acuñaron (Cobo y Moravec, 2011). A través de esta expresión/concepto proponen un nuevo enfoque que supone replantear la idea misma de educación. Una educación que ultrapasa las paredes del centro escolar y que se extiende al ámbito social desde la doble perspectiva individual y colectiva. Esta debe ser más inclusiva a la vez que debe considerar todos los momentos, recursos y habilidades que se requieren en el contexto digital para asegurar el éxito del proceso complejo que representa el acto de aprender en un mundo en el que los dispositivos de TD pueden controlar y organizar nuestra vida.

En la actualidad hay muchos más dispositivos conectados a la red que ciudadanos en el mundo. Estos objetos, cada vez más inteligentes, son los que están generando un volumen inmenso de datos que pueden contribuir en positivo, aunque a veces en negativo, a cambiar la perspectiva de la forma en la que vivimos, la forma como accedemos a la información y cómo generamos conocimiento.

El ámbito de la salud es un ejemplo, desde hace tiempo, de la capacidad de la información, tomada en escenarios y tiempo real, para entender una afectación y prever las diferentes acciones a emprender para ser proactivos en el control y cuidado de la ciudadanía. La IA contribuirá aún más a ello y de una forma más fácil, pero es necesario tener presentes siempre los principios éticos para garantizar una correcta aplicación de los resultados.

De estos datos personales también se desprenden muchos algoritmos que pueden predecir comportamientos individuales y colectivos. Los más críticos con esta situación auguran un control, mucho más exhaustivo, de los sujetos y el desarrollo de un “*super gran hermano*” tomando la metáfora de la novela de George Orwell «*The Origins of 1984*».

La educación, en toda su extensión, “tendrá la misión de formar ciudadanos y profesionales que no solo sean conscientes de esta realidad, sino que dispongan de los recursos suficientes para gestionarla y, si hace falta, contrarrestarla” (Gisbert y Lázaro, 2020).

Algunas de las características del denominado “*mundo en red*” o sistema nervioso del conocimiento están relacionadas no únicamente con la tecnología como instrumento, sino también con todas aquellas transformaciones que esta ha provocado.

Variables condicionantes

El espacio y el tiempo

En un mundo en **continuo cambio**, donde las transformaciones tecnológicas y sociales ocurren a un ritmo acelerado, la **educación** debe ser lo suficientemente flexible y ágil para adaptarse a las nuevas realidades. Este concepto, que el sociólogo **Zygmunt Bauman (2007)** denominó «educación líquida», refleja la necesidad de que el sistema educativo fluya y se ajuste a las exigencias de una sociedad en constante evolución.

El **espacio y el tiempo** en el ámbito educativo están siendo redefinidos por las TD y las nuevas formas de acceso al conocimiento. Ya no es suficiente con limitar la educación a las paredes de un aula física o a los horarios estrictos de una jornada escolar tradicional. Hoy en día, el **aprendizaje** tiene lugar en **cualquier momento** y en **cualquier lugar**, gracias a la conectividad y las herramientas digitales. Esto transforma la manera en la que concebimos el proceso educativo, que debe ser más **dinámico, personalizado y accesible**.

La **educación líquida** se caracteriza por su capacidad para **romper con las estructuras rígidas** del pasado, permitiendo que el conocimiento fluya como el agua, adaptándose a las necesidades individuales y a las demandas sociales cambiantes. En este nuevo paradigma, los estudiantes no son solo receptores pasivos de información, sino **agentes activos** en su propio proceso de aprendizaje, navegando por el vasto mar de recursos disponibles y desarrollando competencias clave para el siglo xxi, como la **resiliencia**, la **adaptabilidad** y el **pensamiento crítico**.

Sin embargo, con esta nueva flexibilidad surgen desafíos. En un mundo donde el aprendizaje puede ocurrir en cualquier momento y lugar, la **disciplina personal** y la capacidad para gestionar el tiempo y los recursos son esenciales. Los **educadores** también deben adaptarse a este nuevo panorama, asumiendo roles que van más allá de la simple transmisión de conocimiento, actuando como **guías y facilitadores**.

Bauman nos invita a reflexionar sobre la **liquidez** de nuestra realidad y cómo las **instituciones educativas** y las organizaciones, en general, deben ser lo suficientemente rápidas y flexibles para integrar este cambio en sus prácticas. La educación líquida nos desafía a repensar las relaciones entre el espacio y el tiempo, a medida que el **aprendizaje** se convierte en

un proceso **continuo** que no se limita a un momento específico ni a un lugar concreto que se desarrollará en espacios analógicos o digitales y, cada vez más, híbridos.

Cuando el mundo se encuentra en continuo cambio, la educación debería ser lo suficientemente rápida para agregarse. Estamos frente a la educación líquida (Zygmunt Bauman 2007).

Un mundo, muchos escenarios

El aprendizaje ya no se limita a las **instituciones formales** como escuelas y universidades. Los **nuevos escenarios para aprender** abarcan un espectro amplio que incluye desde los **entornos virtuales** hasta los espacios informales de colaboración, como las **comunidades de práctica** y los **grupos de aprendizaje autónomo**. Estos escenarios reflejan la necesidad de un aprendizaje que esté **conectado con la realidad**, flexible y adaptable a las necesidades individuales y colectivas.

La educación ya no es una actividad que se limita a las edades tempranas, sino que se extiende a todas las fases de la vida. Desde el aprendizaje en el lugar de trabajo hasta la educación autodidacta a través de cursos en línea, los **escenarios educativos** son tan variados como las formas en las que las personas pueden interactuar con el conocimiento.

En un mundo cada vez más interconectado y en constante cambio, los **escenarios educativos** se han diversificado, abriendo posibilidades infinitas para el **aprendizaje a lo largo de la vida**. Esta nueva realidad nos invita a replantear nuestras concepciones tradicionales sobre cómo, cuándo y dónde tiene lugar el aprendizaje, reconociendo que el aula ya no es el único espacio para adquirir conocimientos y habilidades. El proceso de aprendizaje ahora se despliega en **múltiples escenarios**, y las **tecnologías**, junto con los cambios sociales, están redefiniendo las dinámicas de la educación y de los procesos formativos. La telemedicina sería un claro ejemplo de ello, ya que la gestión de la propia salud hace que los pacientes tomen conciencia del proceso de gestión de su bienestar personal mientras aprenden de manera permanente acerca de sus dolencias y enfermedades. En este contexto, deberemos garantizar la posibilidad de acceder al conocimiento y de aprender de manera

continua en igualdad de condiciones tanto educativas como de salud pública.

Aprender ... un proceso continuo

El concepto de **aprendizaje a lo largo de la vida** se ha convertido en un pilar fundamental en las sociedades modernas. Ya no es suficiente adquirir conocimientos en una etapa temprana de la vida para luego aplicarlos a lo largo de la carrera profesional. Hoy en día, el aprendizaje se concibe como un proceso **continuo**, en el que las personas deben actualizar y ampliar constantemente sus habilidades y competencias para adaptarse a los desafíos cambiantes del mundo laboral y social.

En este contexto, el **aprendizaje informal** y las **oportunidades de autoformación** han cobrado una relevancia notable. Las plataformas de **educación en línea**, las **redes sociales** y los **entornos colaborativos digitales** permiten a las personas acceder a recursos educativos en cualquier momento y lugar, lo que ha democratizado el acceso a la información, aunque no siempre al conocimiento, y ha transformado profundamente el concepto de educación.

Cambio de roles en la educación

Con la evolución de estos nuevos escenarios, también ha habido un **cambio de roles** en la educación. Los **educadores**, que tradicionalmente ocupaban el rol de transmisores de conocimiento, ahora se transforman en **facilitadores** o **guías** en el proceso de aprendizaje. En lugar de actuar como figuras de autoridad que poseen todas las respuestas, los educadores ahora ayudan a los estudiantes a **navegar en el vasto ecosistema de la información** fomentando la **autonomía** y el **pensamiento crítico**.

Asimismo, los **estudiantes** ya no son receptores pasivos de información. En estos nuevos escenarios, son protagonistas activos de su propio proceso educativo, con la capacidad de seleccionar recursos, participar en comunidades globales de aprendizaje y aplicar sus conocimientos en contextos reales. Esta transformación ha generado una mayor **responsabilidad individual** en el aprendizaje y ha abierto un abanico de **oportunidades personalizadas** que antes no estaban disponibles.

Este **cambio de roles** también se refleja en las relaciones entre los propios estudiantes, donde el **aprendizaje colaborativo** y el intercambio

de contenidos entre pares han cobrado una importancia creciente. El aprendizaje ya no es un proceso individual, sino una actividad **social y colectiva**, donde los estudiantes construyen el conocimiento de manera conjunta, ayudándose mutuamente a través de plataformas interactivas y comunidades en línea.

La brecha cognitiva y las brechas digitales

Entendemos por brecha digital la distancia existente entre las personas que tienen acceso a la TD y aquellas otras que no tienen acceso ni la posibilidad de utilizarlas. Estamos de acuerdo con Tello (2007) cuando evidencia que la brecha cognitiva es la que separa a los que están conectados al mundo digital y tienen la capacidad de transformarlo, y los que no pueden acceder a sus beneficios.

Consideramos importante, siguiendo a Lázaro, Estebanell y Tedesco (2015) destacar los 4 factores clave que pueden favorecer la inclusión digital, que deberemos promover, y, por tanto la cohesión social: ser estratégicos en la gestión de las políticas públicas, generalizar el acceso universal a la TD, la formación permanente de los formadores y la evaluación y seguimiento de las políticas que se implementan a partir de las evidencias.

El nivel de exclusión digital es proporcional a la velocidad con la que avanza el desarrollo tecnológico. Solo se podrá revertir esta situación y mejorarla si tenemos la capacidad de generar ecosistemas tecnológicos para el aprendizaje que se orienten al desarrollo de la competencia digital de la ciudadana de manera activa y en igualdad de condiciones.

En este nuevo mundo de **muchos escenarios**, el aprendizaje es dinámico y profundamente interconectado con la vida cotidiana. A medida que los roles cambian y los escenarios para aprender se multiplican, se nos presenta una oportunidad única para construir un **sistema educativo más inclusivo, flexible y accesible** para todos, donde cada individuo pueda encontrar su itinerario no solo para acceder, sino también para construir conocimiento.

El Mobile Learning

En el año 2023, el **Washington Post** publicó un informe basado en el **Global Web Index** que revela un dato sorprendente: tocamos nuestros

teléfonos móviles **2.617 veces al día** de promedio. Esto se traduce en unas **18.000 veces a la semana** y **casi un millón de veces al año**. Estos números nos deben hacer reflexionar sobre la omnipresencia de los dispositivos móviles en nuestras vidas diarias y, más importante aún, sobre cómo esta **conectividad constante** puede ser utilizada de manera eficaz para la educación. Pero, ¿somos realmente conscientes de la frecuencia con la que interactuamos con estos dispositivos? Y más relevante, ¿cómo podemos aprovechar esta realidad para **aprender mejor**?

El **Mobile Learning**, o aprendizaje a través de dispositivos móviles, ha revolucionado la forma en la que accedemos al conocimiento y participamos en el proceso educativo. Ya no es necesario estar en un aula o frente a una pantalla de un ordenador o de una tablet para aprender; el conocimiento está literalmente en la palma de nuestras manos, disponible en cualquier momento y lugar. Esta transformación presenta **nuevas oportunidades** para estudiantes y docentes, y también plantea **nuevos desafíos** sobre cómo estructurar el proceso de aprendizaje de manera efectiva.

En este contexto, herramientas como **ChatGPT** han empezado a desempeñar un papel crucial en la educación móvil. En el evento **BETT 2023**, se presentó la sesión «**How to Teach and Learn with ChatGPT**» (véase figura siguiente), donde se discutieron las formas en las que la **Inteligencia Artificial (IA)** y las plataformas de aprendizaje móvil pueden integrarse para facilitar un aprendizaje más **personalizado, dinámico y accesible**. La IA no solo puede facilitar el acceso a la información, sino que también puede actuar como un **asistente de aprendizaje**, ayudando a los estudiantes a resolver dudas en tiempo real y proporcionando **retroalimentación instantánea**.

Las herramientas cambian, las personas continúan igual



Fuente: Imagen generada con IA

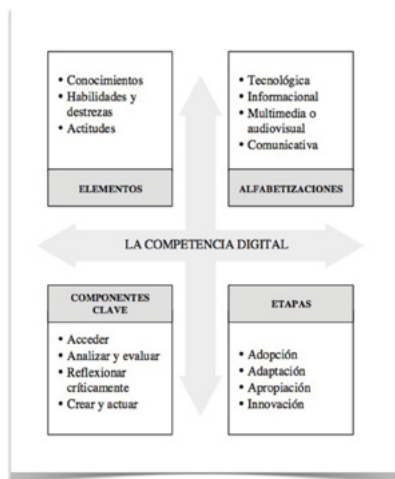
El **Mobile Learning** permite una **flexibilidad sin precedentes** en la educación. Los estudiantes pueden aprender a su propio ritmo, accediendo a recursos educativos cuando les resulte más conveniente. Esta capacidad para acceder al conocimiento de forma **on-demand** responde a las necesidades de una sociedad hiperconectada, donde el tiempo es uno de los recursos más valiosos. Además, la **personalización del aprendizaje** se ve reforzada con la tecnología móvil, que permite adaptar los contenidos a las necesidades específicas de cada estudiante, favoreciendo un enfoque **centrado en el alumno**.

Sin embargo, esta **hiperconectividad** también requiere de una **gestión consciente**. El hecho de que toquemos nuestros teléfonos miles de veces al día nos invita a reflexionar sobre cómo estamos utilizando nuestro tiempo frente a la pantalla. Es esencial que tanto los educadores como los estudiantes aprendan a utilizar los dispositivos móviles de manera **productiva** y no solo como una herramienta de distracción. La integración de herramientas tecnológicas, como por ejemplo el **ChatGPT**, y otras tecnologías inteligentes pueden contribuir a la **optimización** del tiempo que pasamos con nuestros dispositivos, transformando lo que podría ser una distracción en una poderosa oportunidad para el aprendizaje.

La competencia digital

El desarrollo de la **competencia digital** se ha convertido en una herramienta esencial para navegar en una sociedad impulsada por la tecnología. Ya no basta con tener conocimientos básicos sobre el uso de las herramientas tecnológicas o de las aplicaciones móviles. El entorno digital ha evolucionado rápidamente, trayendo consigo **nuevos códigos** de comunicación, la necesidad de **nuevas alfabetizaciones** y el surgimiento de **nuevos dispositivos** que están transformando la manera en la que vivimos, trabajamos y aprendemos (Véase figura siguiente).

La Competencia Digital



Fuente: Larraz, 2013

Nuevos códigos y nuevas alfabetizaciones

El mundo digital ha introducido **nuevos lenguajes** y formas de interactuar. Los **códigos** de comunicación en línea, desde los lenguajes de programación hasta los sistemas de emojis y abreviaturas que usamos diariamente en nuestras conversaciones digitales, han cambiado profundamente la manera en la que nos expresamos. Entender estos códigos es fundamental para ser competente en el entorno digital.

Además, el desarrollo de tecnologías como la **IA**, el **blockchain** y la **realidad aumentada** han generado nuevas formas de estructurar la información y de interactuar con los sistemas digitales. Para desenvolverse en este ecosistema, es crucial no solo tener acceso a la tecnología, sino también comprender cómo funcionan estos códigos para aprovechar su potencial al máximo. La alfabetización en estos **nuevos lenguajes** ya no es una opción, sino una **necesidad** para participar plenamente en el mundo profesional digital.

La **competencia digital** va mucho más allá de saber cómo utilizar un dispositivo implica la capacidad de **interpretar, crear y evaluar** información en un entorno digital de manera crítica y reflexiva. En un mundo en el que estamos saturados de información, las habilidades

como el **pensamiento crítico**, la capacidad de identificar **noticias falsas** y la **ética digital** se han vuelto esenciales para todos los usuarios.

Las **nuevas alfabetizaciones** también incluyen la habilidad de colaborar en entornos en línea, participar en comunidades globales y crear contenido digital relevante. Estas habilidades requieren una comprensión profunda de las herramientas y plataformas disponibles, así como una **conciencia de la privacidad**, la **seguridad digital** y los derechos y responsabilidades que conlleva estar en el espacio digital además de la **alfabetización en datos**. Todas ellas para ayudar a los individuos a comprender la realidad digital en la que están inmersos.

Un futuro que ya es presente

La **ciencia ficción** a menudo nos ha presentado un futuro donde la IA supera a los seres humanos en inteligencia, tomando decisiones por nosotros y dominando todos los aspectos de nuestra vida. Sin embargo, aunque hemos hecho avances tecnológicos impresionantes, y la IA es un ejemplo de ello, **aún estamos lejos** de ese escenario de ficción. No obstante, lo que parecía parte de futuros distantes ya forma parte de nuestra realidad, también en el campo de la **educación**.

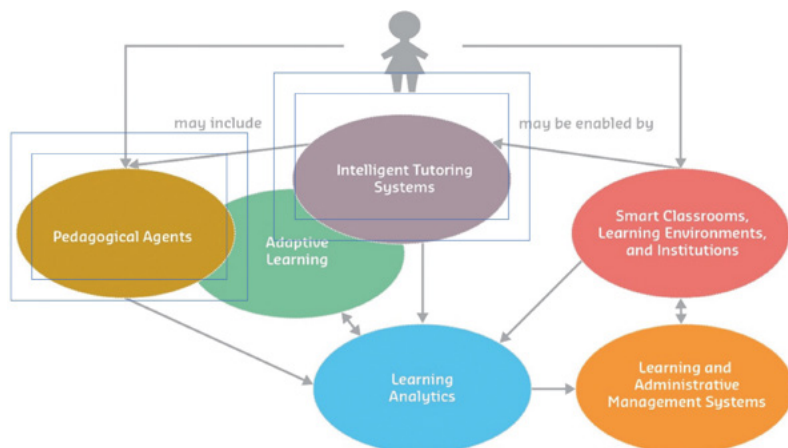
Vivimos en un tiempo en el que la IA no solo forma parte de nuestra vida diaria, sino que también puede convertirse en una **herramienta valiosa** en el proceso de **enseñanza y aprendizaje** (Véase figura siguiente). Si bien la IA no es «más inteligente que los humanos», ya está transformando profundamente la manera en la que los **aprendices** interactúan con el conocimiento, con sus profesores y con el mundo que los rodea.

El concepto de «aprendices» está evolucionando en este nuevo entorno digital. Los estudiantes ya no son meros receptores pasivos de conocimiento, sino que se convierten en **protagonistas activos** de su proceso de aprendizaje como ya hemos mencionado en los apartados anteriores. La IA puede personalizar el contenido según las necesidades específicas de cada estudiante, ofreciendo **rutas de aprendizaje individualizadas** que se adaptan al ritmo y estilo de cada persona. Esta capacidad para personalizar el aprendizaje es una de las contribuciones más poderosas de la IA en el ámbito educativo.

Las **herramientas basadas en IA**, como los **asistentes virtuales** o los **sistemas de tutoría automatizada**, son ejemplos claros de cómo la IA

constituye una herramienta para el estudiantado. Plataformas como **ChatGPT**, que ya hemos mencionado, permiten obtener **respuestas inmediatas**, acceso a explicaciones detalladas y una interacción dinámica que puede complementar su trabajo en el aula. Lejos de reemplazar a los profesores, la IA está desempeñando un rol de **facilitadora** del aprendizaje, ayudando a resolver dudas en tiempo real, pues permite acceder a un contenido adaptado a su nivel de comprensión.

Aplicaciones de la IA a la Educación



Fuente: adaptado de Southgate et al., 2019.

La **tecnología** y la IA puede remodelar la educación y por ello es crucial también reflexionar sobre sus **limitaciones**. A pesar de los avances, la IA sigue siendo una herramienta, y como tal, depende de **cómo** la utilicemos y en **qué contexto** su impacto será uno u otro. El verdadero valor de la IA en la educación no radica solo en su capacidad para procesar datos y generar respuestas, sino en **cómo el profesorado** utiliza esta tecnología para **mejorar** y **ampliar** el proceso de enseñanza. La relación entre profesorado, estudiantado y tecnología debe estar basada en la **colaboración**, no en la sustitución. La **IA** no está aquí para dominar, sino para **asistir**, para hacer más accesible el conocimiento y para empoderar a los estudiantes en su proceso de aprendizaje continuo.

Nuevos dispositivos

El auge de los **nuevos dispositivos** tecnológicos ha redefinido completamente nuestra interacción con el mundo. Mientras que antes los ordenadores de escritorio dominaban la escena, hoy en día **smartphones, tabletas, dispositivos portátiles** (*wearables*) y tecnologías como la **realidad virtual** y **realidad aumentada** están revolucionando el acceso a la información y el aprendizaje. Estos dispositivos han hecho posible que el aprendizaje, el trabajo y la comunicación estén disponibles en cualquier momento y lugar, eliminando las barreras de tiempo y espacio.

Con el crecimiento de la **Internet de las Cosas (IoT)**, los dispositivos conectados no solo nos proporcionan acceso a la información, sino que también recopilan y analizan datos en tiempo real, lo que ofrece nuevas oportunidades y desafíos. La capacidad de adaptarse a estos nuevos dispositivos y de utilizar sus funcionalidades de manera eficaz es un aspecto clave de la competencia digital.

Ciudadanía digital. Dimensiones

Estar en línea	Acceso e inclusión Aprendizaje y creatividad Competencia digital
Bienestar en línea	Ética y empatía Salud y bienestar e-Presencia y comunicaciones
Derechos en línea	Participación activa Derechos y responsabilidades Privacidad y seguridad Consumo responsable

Fuente: Rucharson y Milovidov (2017)

La **competencia digital** se convierte en una competencia cada vez más clave, pues es la que nos permite, como ya hemos mencionado asegurar que entendemos los **nuevos códigos** de comunicación, adquirir **nuevas alfabetizaciones** y utilizar de manera adecuada los **nuevos dispositivos** que conforman el ecosistema digital en el que deberemos desarrollarnos para enfrentar los desafíos del futuro. La educación, las políticas

públicas y las iniciativas personales deben centrarse en fortalecer esta competencia, asegurando el desarrollo de la ciudadanía digital para asegurar que estos puedan participar plenamente en el mundo digital, de manera crítica y efectiva (véase tabla anterior).

Ser tecnología: una nueva identidad

La **tecnología** ya no es solo una herramienta externa, sino que en muchas ocasiones puede ser una **extensión del cuerpo y la mente**, llegando a convertirse en parte integral de nuestra **identidad**. Según un informe reciente aparecido en la prensa digital, **1 de cada 5 españoles** estaría dispuesto a convertirse en un **cyborg**, una mezcla entre humano y tecnología. Esta perspectiva refleja el cambio profundo que estamos experimentando respecto a nuestra **relación con la tecnología** y lo que significa **ser humano** en un mundo cada vez más digitalizado.

El concepto de «ser tecnología» plantea una transformación radical en nuestra comprensión del **ser humano**. A medida que los avances en **IA, implantes cerebrales y biotecnología** se vuelven más comunes, las líneas que separan el cuerpo biológico de las **extensiones tecnológicas** se vuelven más difusas. Nos encontramos en un punto en el que el **software** ya no es solo una herramienta para operar máquinas o dispositivos, sino que se está integrando profundamente en nuestros cuerpos, modificando nuestras habilidades y potencialmente **ampliando nuestra capacidad cognitiva**.

Este proceso puede llevarnos a una nueva **identidad híbrida**, en la que el cuerpo y la mente ya no son los únicos elementos que definen quiénes somos. La tecnología puede actuar como una parte fundamental de nuestra **personalidad y capacidad intelectual**, sugiriendo que la frontera entre lo biológico y lo tecnológico está desapareciendo.

Sentido de identidad: más allá del cuerpo y la mente

La idea de que el **software** o la tecnología puedan ser considerados como una **extensión del cerebro** abre la puerta a una redefinición del **sentido de identidad**. En lugar de pensar en el «yo» como algo limitado por el cuerpo físico, comenzamos a pensar en la **mente expandida**, donde los **dispositivos tecnológicos** y el software que utilizamos se convierten en parte integral de nuestras capacidades cognitivas.

La tecnología nos permite **romper las barreras físicas** que alguna vez limitaron nuestras interacciones y habilidades. Por ejemplo, las prótesis avanzadas, los implantes cerebrales para tratar enfermedades neurológicas o incluso los **dispositivos de realidad aumentada** permiten a las personas **expandir sus capacidades** más allá de lo que su cuerpo biológico les permitiría. Esto no solo impacta en cómo vivimos, sino en cómo **definimos** lo que significa **ser humano**.

A medida que la **fusión de la biología con la tecnología** se profundiza, es probable que dejemos de ver la tecnología como algo externo y comencemos a considerarla como una **parte esencial de nuestra identidad**. Ya no se trata de una herramienta que utilizamos de vez en cuando, sino de una parte activa y constante de nuestra existencia, que puede mejorar nuestras capacidades, nuestra salud y, en última instancia, la **calidad de vida**.

Machine learning (árboles de decisión)

En la actualidad, los **ordenadores** y sistemas de **IA** están comenzando a **aprender** y actuar de manera similar a los humanos, pero con una capacidad asombrosa para **mejorar continuamente** su rendimiento a través del **aprendizaje autónomo**. Este proceso, conocido como ***machine learning***, permite que las máquinas no solo ejecuten tareas preprogramadas, sino que también desarrollen nuevas habilidades y optimicen su comportamiento alimentándose de **datos** obtenidos a través de **observaciones e interacciones** en el mundo real.

A diferencia de los métodos tradicionales, donde los humanos deben proporcionar instrucciones detalladas, los ordenadores modernos pueden **aprender** a identificar patrones, tomar decisiones y llevar a cabo ajustes con base en la información que reciben. Cada interacción, cada dato, es una oportunidad para mejorar. Al recopilar **grandes volúmenes de datos** y analizarlos de manera autónoma, estas máquinas pueden detectar **tendencias** que son imperceptibles para los humanos, mejorando así su capacidad para realizar tareas de manera más precisa y eficiente con el tiempo.

El poder de los datos: acceso y gestión

En esta nueva era del **aprendizaje autónomo**, los **datos** son el recurso más valioso. Los sistemas de IA dependen de ellos para aprender, evolucionar y perfeccionarse. Sin embargo, esta no es solo una realidad para las máquinas: **los humanos** que tienen acceso a la **información** y saben **gestionarla eficazmente** también multiplican su capacidad para seguir aprendiendo. El acceso al conocimiento y la habilidad para procesarlo y aplicarlo se han convertido en **factores clave** que definen el éxito en la sociedad contemporánea.

En este contexto, la capacidad de **gestionar y aprovechar la información** no es solo una habilidad técnica, sino una **competencia esencial** en el mundo digital. Las personas que pueden encontrar, analizar y aplicar la información de manera efectiva están en una posición ventajosa para **seguir aprendiendo**, adaptándose continuamente a los cambios y desafíos de un entorno que evoluciona rápidamente.

Aprender a aprender: humanos y máquinas en sinergia

Lo que define a esta nueva era no es solo la capacidad de los ordenadores para **aprender de manera autónoma**, sino también la creciente **sinergia** entre humanos y máquinas. Los seres humanos, al aprovechar las capacidades de las máquinas, pueden acelerar y **potenciar su aprendizaje** de formas inimaginables. Por ejemplo, herramientas como los **algoritmos de recomendación**, los **asistentes virtuales** y los sistemas de **análisis predictivo** ayudan a los humanos a acceder rápidamente a información relevante, mejorando su toma de decisiones y su habilidad para resolver problemas.

El **aprendizaje continuo** ya no depende únicamente de la experiencia personal o de las instituciones educativas. Ahora, con el **acceso a la información** y la capacidad de **gestionar datos**, cualquier persona puede **ampliar su conocimiento** en casi cualquier campo. A medida que el acceso a la información se democratiza, las personas que son capaces de aprovechar estas oportunidades tienen el potencial de seguir aprendiendo y mejorando, lo que les permite mantenerse a la vanguardia en un mundo en constante transformación.

En un mundo donde los **ordenadores** no solo ejecutan tareas, sino que **aprenden de forma autónoma** y optimizan su rendimiento con cada

interacción, la capacidad de **gestionar datos** y aprovechar la información se ha convertido en una habilidad crítica tanto para humanos como para máquinas. Aquellos que acceden a la información adecuada y saben cómo utilizarla no solo aumentan su capacidad de **seguir aprendiendo**, sino que también se posicionan estratégicamente para enfrentar los desafíos del futuro.

Sin embargo, no todos los ciudadanos pueden acceder en igualdad de condiciones a la tecnología por lo que el discurso sobre las aportaciones de la IA y de las tecnologías de última generación debe discurrir de manera paralela al discurso de la equidad y la igualdad de oportunidades para aminorar, lo más posible, las brechas tecnológicas.

La aspiración de llegar a la sociedad del conocimiento implica necesariamente que las personas, además del acceso a la red, tengan acceso real a la información, sepan qué hacer con esta y tengan la capacidad de convertirla en conocimiento, y el conocimiento, en beneficios tangibles (Tello, 2007).

Bibliografía

- Bauman, Z. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Gedisa editorial.
- Cobo, C., & Moravec, J. W. (2011). *Aprendizaje invisible. Hacia una nueva ecología de la educación*. [Barcelona][Sevilla]: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona; Universidad Internacional de Andalucía.
- Enguita, M. F. (2023). *La Quinta Ola. La transformación digital del aprendizaje, de la educación y de la escuela*. Ediciones Morata.
- Gisbert, M. & Lázaro, J. L. (2020). *De las aulas a los espacios globales para el aprendizaje*. Ediciones Octaedro.
- ONU (2015). Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Larraz, V. (2013). *La competència digital a la universitat* (Tesis doctoral). Universitat d'Andorra
- Lázaro Cantabrana, J. L., Estebanell Minguell, M. y Tedesco, J. C. (2015). Inclusión y cohesión social en una sociedad digital. *RUSC. Universities and Knowledge Society Journal*, 12 (2), 1-16. <<http://dx.doi.org/10.7238/rusc.v12i2.2459>>.

- Richardson, J., & Milovidov, E. (2017). *Guía para la ciudadanía digital: Ética, seguridad y sociedad en línea*. Consejo de Europa
- Rodríguez, M. S. (2022). *La protección de la salud en la era de la globalización y la digitalización*. ARANZADI/CIVITAS.
- Southgate, E., Smith, S. P., Cividino, C., Saxby, S., Kilham, J., Eather, G., ... & Bergin, C. (2019). Embedding immersive virtual reality in classrooms: Ethical, organisational and educational lessons in bridging research and practice. *International Journal of Child-Computer Interaction*, 19, 19-29.
- Tello, E. (2007). Las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) y la brecha digital: Su impacto en la sociedad de México. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento (RUSC)*, 4(2). Universitat Oberta de Catalunya.



Leaving no one behind

Prioritizing digital health equity across the WHO European Region

David Novillo Ortiz

Regional Adviser, Data and Digital Health. Division of Country Health Policies and Systems. World Health Organization, regional office for Europe

Equity in digital Health

Digital health has revolutionised the way people access healthcare, enabling **greater control** over health management and facilitating access to **medical information** and **self-management tools**. However, while these innovations promise to improve wellbeing and quality of life, not all people can access these tools **equally**. **Equity in digital health** remains a critical challenge, especially in populations already facing **structural inequalities**.

Persistent Inequity in Digital Health

Despite technological advances, **digital health is not equally accessible** to all. There are several reasons why this inequity persists, and these can include **economic**, **geographic**, **educational** and **cultural** factors. **Economic barriers**, such as the cost of devices or limited access to **high-speed internet**, prevent many people from benefiting from digital health tools. This is particularly evident in rural communities or low-income areas, where technological infrastructure may be insufficient or non-existent.

In addition, **digital literacy** is another key factor contributing to inequity. Many people lack the necessary skills to properly use digital health platforms, limiting their ability to **actively participate** in their

own healthcare. Those with **low levels of education**, or older people who are unfamiliar with technology, often face difficulties navigating these tools, further exacerbating the **access gap**.

Access, Use and Participation: Challenges and Opportunities

To overcome this **inequity gap**, it is crucial to **understand** the factors that limit people's ability to **access, use and participate** in digital health tools. First, **access** to technology should be considered a basic right in the digital age. This means investing in improving **technology infrastructure** in disadvantaged areas, as well as ensuring that the **cost** of internet devices and services is not a barrier for those who need it most.

Secondly, there is a need to improve the **digital capabilities** of the population through **technology literacy programmes** that enable people to develop the skills needed to use digital health tools effectively. This education should focus not only on device use, but also on **safe navigation of health platforms**, understanding **data privacy**, and trust in technology.

Finally, we must ensure that digital health tools are **cultural and inclusive**. Diversity in the designs of these platforms is crucial to ensure that they adapt to the needs of different population groups, including people with **disabilities** and **ethnic minorities**, who are often underserved in terms of health services.

How to Improve Equity in eHealth

To address these inequalities, **multi-level** interventions are required. **Policymakers** must prioritise equity in digital health by promoting **universal internet access initiatives** and **affordable devices**. **Health institutions** must ensure that digital platforms and services are accessible to people of all educational and socio-economic backgrounds.

In addition, **healthcare providers** should play an active role in the **technological education** of their patients, offering support in the use of digital tools and promoting **health literacy**. Digital health platforms should be designed to be **intuitive, easy to use** and adaptable to each patient's technological capabilities, with the option of accessible technical assistance for those who need it.

It is critical that communities and **support groups** play a role in **outreach and training**, empowering people to participate fully in the use of digital health and promoting equitable access to these resources.

To ensure **equity in digital health**, we must address the economic, educational and technological barriers that limit people’s access and participation. The path to more inclusive and accessible healthcare requires a combination of **investment in infrastructure**, **technology education** and **inclusive design** of digital platforms. Only then can we harness the full potential of digital health to improve the well-being of all, leaving no one behind.

	Access	Use	Engagement
Place of residence	↔ *	↑ Urban	
Race/ethnicity, culture, language and religion ^b	↑ White and English speaking	↑ White and English speaking	↔
Occupation		↔	↔
Gender/sex		↔	↔
Education		↑ Higher education	↔
Socioeconomic status	↔	↑ Higher economic status	↔
Social capital ^c	↔	↔	
Plus: age		↑ Younger individuals	↔
Plus: disability or complex health needs	↑ No disability	↔	↔
Plus: minority group (e.g. homelessness or substance misuse)		↔ *	↔ *

Evidence of possible effect

Evidence is unclear or mixed

No evidence from included reviews

Digital Health strategies and measures of equity

In recent years, **digital health** has emerged as an essential component for improving healthcare systems worldwide. Through the implementation of digital technologies, governments and healthcare systems aim to enhance the **accessibility, quality, safety, and efficiency** of healthcare services. However, as these technologies transform how we access healthcare, important questions arise about **equity** in accessing digital health services. Globally, the adoption of **digital health strategies** has been significant, but much remains to be done to ensure that these advances reach all populations without leaving anyone behind.

National Digital Health Strategies: A Global Overview

According to the latest data, **82%** of countries—representing **44 out of 53 nations** analyzed—have a **national digital health policy or strategy**. These national plans address how countries implement technological tools to improve healthcare delivery. The vast majority of these countries, **98%**, have stated that their **strategic priorities** include improving **accessibility, quality, safety, and efficiency** in digital healthcare.

However, only **75%** of countries with digital health policies (**33 out of 44**) reported that their strategies include **specific measures to ensure equity** in accessing digital healthcare services. This reveals a gap between **policy development** and the implementation of **concrete measures** that ensure all people, regardless of economic, educational, or geographical status, can benefit from digital healthcare.

Equity Measures in Digital Health

To move towards a more equitable digital health system, countries that have incorporated **equity** into their national strategies have identified a series of **key measures**. Among the most cited are:

1. **Ensuring reliable internet connectivity:** Access to a **stable and high-quality internet connection** is a fundamental requirement for the implementation of any digital health service. In rural areas or marginalized communities, the lack of **connectivity infrastructure** remains a significant barrier that limits access to digital health services. Governments have begun investing in **technological**

infrastructure to ensure these regions can benefit from the same opportunities as more developed urban areas.

2. **Improving digital literacy:** Digital literacy is essential for both the general public and **health professionals** to successfully use digital tools. The lack of technological skills in large sectors of the population, especially among older people and those with lower education levels, is a major obstacle. To overcome this challenge, countries are implementing **training and education programs** aimed at improving the digital competencies of users of digital health services, as well as healthcare professionals tasked with providing such care.

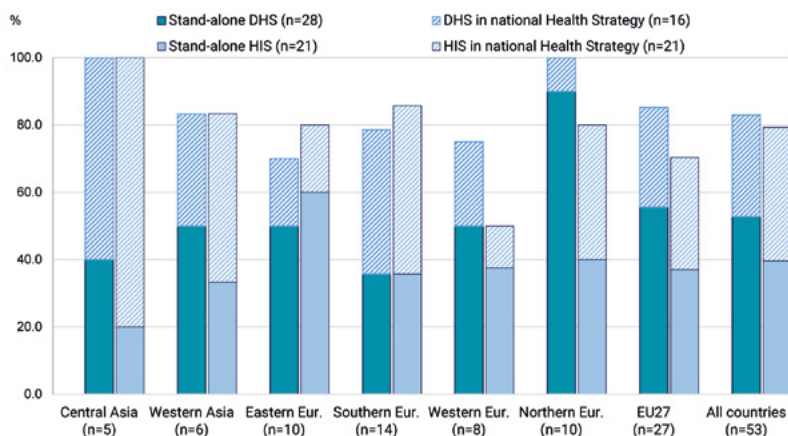
Integrating Digital Health with Universal Health Coverage and Health Information Systems

Achieving **universal health coverage** (UHC) is a key goal for many countries, and **digital health** plays an increasingly important role in achieving this goal. **Health information systems** (HIS), when properly integrated with digital platforms, allow for more **efficient management** of health data and improve access to services, especially in remote areas. However, it is crucial that **digital health policies** focus not only on technology, but also on prioritizing equity in access and usage.

Geographic disparities and **economic resource differences** between countries, and even within countries, highlight the need for differentiated approaches to address **persistent inequities**. Countries that have integrated **digital health** with universal health coverage strategies and health information systems are better positioned to ensure that the benefits of digital technologies reach everyone, regardless of location or socioeconomic status.

Digital health strategies are transforming healthcare systems worldwide, and countries have identified **equity** as a central priority. While most national digital health strategies already aim to improve accessibility, quality, safety, and efficiency, much remains to be done to ensure that all people can benefit from these advances. **Key measures** to ensure equity in digital health, such as ensuring **reliable connectivity** and improving **digital literacy**, are fundamental steps to closing the access gap and providing truly inclusive healthcare services.

Member States with policies or strategies addressing digital Health, universal health coverage and HISs, by subregion



Most cited measures to ensure equity in accessing digital health services

Measure	Number of Member States
Improvements in connectivity(broadband) and ICT infrastructure	22
Digital literacy and digital health promotion	21
Expanding geographical coverage and the range of care services using telemedicine solutions	19
Improving patient access to digital health data and health information	14
Assistance to vulnerable populations (aid to the elderly/ physically impaired etc.)	5
Development of guidelines	1

Digital health literacy and inclusion plans

In today's increasingly digital world, individuals with high levels of **digital health literacy** experience more **positive outcomes** when searching for health information. These individuals are better equipped to manage their own healthcare needs and adopt healthier behaviors, as they can effectively navigate, interpret, and apply the information they find online. **Digital health literacy** not only empowers people to make informed decisions about their health but also bridges the gap between healthcare services and patient self-management.

Despite the recognized benefits of **digital health literacy**, global efforts to develop formal **policies and strategies** in this area remain limited. Data shows that 0% of countries (27 out of 52) have developed specific **digital health literacy policies** or strategies. This absence of national initiatives highlights a critical gap in preparing individuals to effectively engage with digital health resources, which are rapidly becoming a central component of healthcare systems worldwide.

For individuals to fully benefit from **digital health tools**, they must possess the skills to understand and use these resources effectively. Without targeted strategies to enhance digital health literacy, significant portions of the population may be excluded from the potential advantages offered by digital health innovations, leading to **widening disparities** in healthcare access and outcomes.

Digital Inclusion: Addressing the Gap in Access

While progress on digital health literacy policies has been limited, many countries have made strides in fostering **digital inclusion**—an essential aspect of ensuring that everyone can access and benefit from digital technologies. According to recent data, 56% of countries (25 out of 45) have developed a **digital inclusion plan**, aimed at improving access to the internet, digital devices, and the skills needed to use them effectively. These plans often focus on marginalized communities, including those in rural areas, low-income populations, and individuals with limited education.

Digital inclusion is critical for enabling broader access to **digital health services** and improving **health equity**. Without reliable access to the internet and the necessary digital tools, many individuals are unable to benefit from the growing array of online health resources and services.

Digital inclusion plans help to address these barriers by expanding infrastructure, providing affordable access to technology, and offering training programs to enhance digital skills.

The Need for Comprehensive Digital Health Literacy Strategies

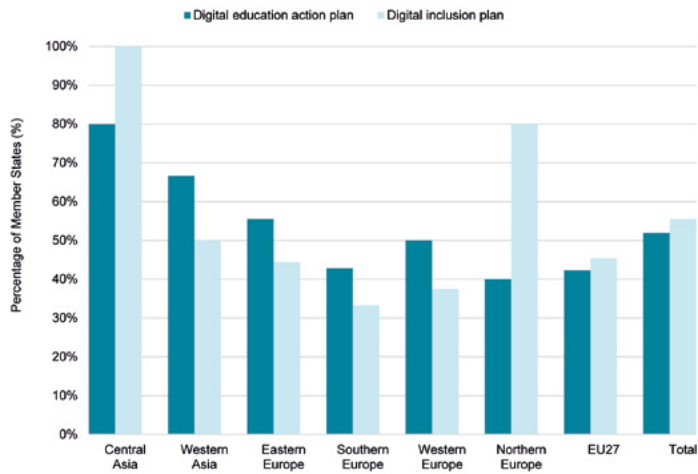
The development of **digital health literacy policies** is crucial for ensuring that individuals not only have access to technology but also possess the necessary skills to use digital health tools effectively. As digital health continues to evolve and play an increasingly significant role in healthcare, the ability to navigate digital platforms, evaluate online information, and engage with virtual health services will become essential for achieving **better health outcomes**.

Governments and healthcare systems must work together to create comprehensive **digital health literacy strategies** that go hand-in-hand with **digital inclusion efforts**. By focusing on **education** and **capacity-building**, these strategies can empower individuals to take control of their health, make informed decisions, and fully participate in the digital health landscape.

Without such efforts, the risk of **exacerbating health disparities** increases, as those with limited digital literacy are left behind in the transition to more technology-driven healthcare systems. By prioritizing **digital health literacy** and ensuring that all individuals have the skills and access they need, we can move towards a more **equitable** and **inclusive** healthcare system.

While **digital inclusion** plans are making progress in improving access to technology, the lack of **digital health literacy policies** remains a significant barrier to realizing the full potential of **digital health**. Governments must take action to develop and implement strategies that enhance **digital literacy** in healthcare, enabling individuals to better manage their health and make informed decisions. In doing so, we can create a more **inclusive** healthcare environment where everyone can benefit from the digital revolution in health.

Digital health education action and digital inclusion plans



01

Develop a common framework to monitor and report inequalities

02

Map inequities in digital infrastructure

03

Use inclusive and participatory design approaches



Competencias digitales a lo largo de la vida

Ricard Faura i Homedes

Servicio de inclusión y capacitación digital
Departament d'Empresa i Treball
Generalitat de Catalunya

Derechos y brecha digital

Justo acabamos de conmemorar el 75 aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos en diciembre de 2023, documento que marca un hito en la historia. Esta declaración fue elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales, y fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, como un ideal común para todos los pueblos y naciones.

Para situar el impacto real de las competencias digitales en la actualidad, tendríamos que equiparlo en muchos aspectos con el momento en el que los máximos dirigentes políticos a nivel global consideraron necesario proteger y defender unos derechos humanos continuamente cuestionados y ultrajados. El impacto global y transversal de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) hace necesario proteger a toda la ciudadanía de sus impactos y asegurar que todas las personas pueden aprovecharse de sus supuestos beneficios. Es en este contexto que aparece la propuesta, en el año 2019, de la Carta Catalana de Derechos y Responsabilidades Digitales de la Ciudadanía. Podemos destacar entre sus postulados:

- **Acceso universal a Internet.** El acceso a Internet debe ser universal, equitativo, no discriminatorio y de calidad. El acceso a la infraestructura debe ser universal y no discriminatorio, para todo

el mundo, independientemente de las circunstancias personales, socioeconómicas y geográficas.

- **Modelo de gobernanza de Internet abierto, inclusivo y con pluralidad de actores.**
- **Libertad de expresión y de información.** Para una Internet libre de censura, el ejercicio del derecho de libertad de expresión y de información debe defenderse con firmeza en el ámbito digital, tanto como en el espacio offline.
- **Innovación digital, creación, acceso y distribución del conocimiento accesible para toda la ciudadanía.** La Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 ya reconoce que «todo el mundo tiene el derecho de participar libremente de la vida cultural de la comunidad, de disfrutar de las artes y de compartir los avances científicos y sus beneficios».
- **Protección de datos y privacidad de la información.**
- **Garantizar la capacitación y la inclusión digital.** Los colectivos sociales que requieren una especial atención y protección tienen derecho a disfrutar de un acceso igualitario a una enseñanza digital competente, segura y especializada.
- **Sobre la ética en el ámbito de la inteligencia artificial y la gobernanza algorítmica en el sector público y privado.** Los sistemas basados en la inteligencia artificial en los ámbitos públicos y privados deben ser fiables y diseñados de forma respetuosa con la privacidad y la ética con base en criterios de verificabilidad transparentes. El uso de sistemas basados en inteligencia artificial debe tener en cuenta la diversidad social, cultural y económica del contexto desde su diseño para garantizar que los algoritmos y el conjunto de datos en los que se basa no tengan sesgos discriminatorios directos o indirectos.

Desde la Generalitat de Catalunya, alineándose con los postulados que posteriormente aparecieron en la Carta de Derechos y Responsabilidades Digitales, en el año 2007, impulsó el **ACTIC**, que es la acreditación de las competencias en las tecnologías de la información y la comunicación del gobierno de Cataluña.

Se trata de un instrumento, al servicio de la ciudadanía, para que esta pueda acreditar oficialmente sus competencias en el uso de las **TIC** ante administraciones públicas, empresas privadas e instancias educativas.

Los objetivos de la acreditación son contribuir a:

- **Promover** la capacitación digital de la ciudadanía para conseguir una sociedad del conocimiento inclusiva, dinámica y competitiva
- **Asegurar** la eficacia del uso de las TIC en cualquier actividad personal, económica o social
- **Favorecer** la integración de las empresas y entidades en la dinámica de la SI, gracias a la generalización de un estándar en el mercado de trabajo
- **Promover** un incremento de la demanda y el empleo de las TIC. Influenciar positivamente en la calidad de la formación en TIC.
- **Ayudar** a la formación del ciudadano digital.

Principales fechas de desarrollo

2005-2006

Acuerdo de Gobierno de 26 de julio de 2005, por el cual se crea una comisión de expertos para valorar la posible creación de una acreditación en TIC. Informe de la comisión de expertos (diciembre de 2005). Estudios encargados a la UOC.

2007

Acuerdo de Gobierno de 24 de abril de 2007, que establece las características esenciales de la acreditación y encarga a varios departamentos y organismos un plan de trabajo.

2008

Acuerdo de Gobierno GOV/39/2008, de 26 de febrero, mediante el cual se aprueba el modelo ACTIC.

2009

Publicación del Decreto 89/2009, de 9 de junio, que regula la ACTIC (aspectos esenciales). Publicación del Orden GAP/378/2009, de 30

de julio, primera orden de normas complementarias de la ACTIC (desarrolla algunos aspectos del Decreto, como el procedimiento de acreditación y la normativa sobre centros colaboradores). Con este paso se completa la cobertura normativa necesaria para que la ACTIC arranque.

Puesta en marcha de los niveles 1 y 2 (noviembre).

2011

Publicación del Orden EMO/215/2011, de 2 de agosto, tercera orden de normas complementarias; la novedad principal que aporta es la normativa específica del nivel 3, lo que permite que este nivel arranque.

Puesta en marcha del nivel 3 (las 5 competencias se implementan en tres fases, entre septiembre y diciembre).

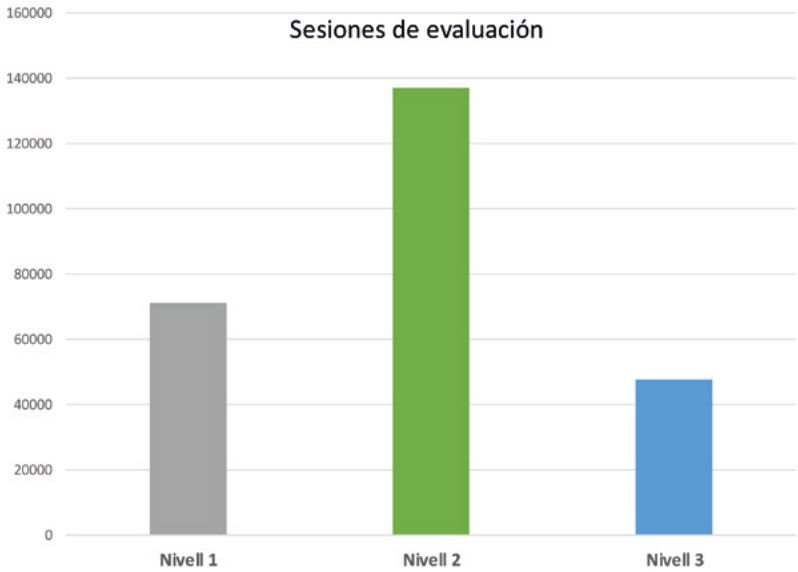
Situación

ACTIC se ha convertido en una herramienta fundamental para evaluar las competencias digitales de las personas en diversos niveles de habilidad. Los datos acumulados de las sesiones de evaluación reflejan tanto el alcance del programa como las tasas de éxito de los aspirantes en los distintos niveles.

Hasta la fecha, se han realizado un total de **255.902 sesiones de evaluación**, lo que ofrece una imagen clara de cómo los individuos están interactuando con esta evaluación de competencias digitales.

- De estas, **208.378 sesiones** corresponden a los **niveles 1 (básico) y 2 (intermedio)**: la **tasa de éxito** en el nivel 1 es del **72,3 %**, mientras que en el nivel 2 es del **69,1 %**. Estas cifras sugieren una alta participación y un nivel de competencia razonable entre los participantes en estos niveles básicos e intermedios de alfabetización digital.
- Por otro lado, se han realizado **47.524 sesiones** para el **nivel 3 (avanzado)**: aquí, la tasa de éxito baja al **41,1 %**, lo que refleja la mayor dificultad de la evaluación avanzada y posiblemente pone de manifiesto áreas donde se requieren más formación y apoyo para mejorar las competencias digitales en niveles superiores.

Situación del ACTIC



Adicionalmente, el programa ha emitido un total de **165.754 certificados**, acreditando a **132.837 personas** por su competencia en el uso de tecnologías de la información y la comunicación. Estas certificaciones juegan un papel clave en la validación de habilidades digitales, que son cada vez más esenciales en el mercado laboral y los entornos profesionales actuales.

El sistema de evaluación ACTIC ha evaluado y certificado con éxito a un gran número de participantes, con más de **130.000 personas** que ahora cuentan con un certificado de competencia digital reconocido. Si bien las **tasas de éxito** para los niveles **básico** e **intermedio** son sólidas, aún queda margen de mejora en el **nivel avanzado**, donde la menor tasa de éxito sugiere la necesidad de formación continua y apoyo para que las personas alcancen los niveles más altos de competencia digital.



Valor añadido de la nueva estructura competencial



En estos momentos se está trabajando en actualizar la estructura competencial del ACTIC para equipararlo con el marco europeo de competencias digitales (DIGCOMP).

Esta evolución se completará el siguiente año con cinco áreas competenciales:

1. Búsqueda, gestión y análisis de la información.
2. Comunicación y colaboración.
3. Creación de contenidos, programación y fabricación digital.
4. Seguridad, bienestar y civismo.
5. Autonomía y resolución de problemas.

Nueva estructura ACTIC2. Áreas competenciales



El impacto de las TIC en todos los aspectos de nuestra vida hace fundamental que las competencias digitales se integren en nuestro día a día. Tal y como refleja el siguiente gráfico, las competencias digitales facilitan nuestra autonomía personal a lo largo de la vida, con diferentes focos y prioridades en cada etapa vital. En todas ellas, se hace necesario un nivel de competencias específico para conseguir el objetivo de ser el máximo autónomos posibles durante toda nuestra vida e, incluso, preservando nuestra identidad digital como un legado digital, una vez dejemos de existir.

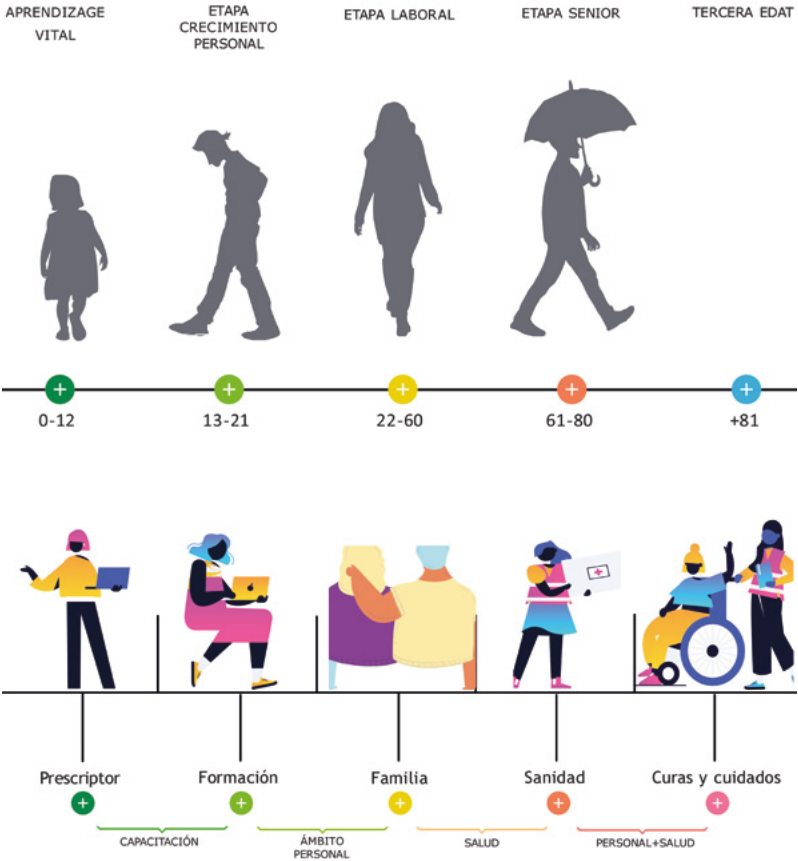
A este recorrido competencial vital, hay que sumar una segunda dimensión, la que representan los diferentes roles que tenemos a lo largo de nuestra vida. Cada uno de estos roles necesita también unos conocimientos y unas competencias digitales que nos ayuden a completar los objetivos y responsabilidades que tenemos que ejercer.

Ser padre o madre, estudiante, trabajador, cuidador, enfermo o doctor, hace necesario unas habilidades y unas competencias específicas. Sin ellas, difícilmente podremos conseguir los objetivos que tenemos asignados, tanto a nivel vital como profesional.

Es imposible pensar en un desarrollo personal y profesional sin incluir las competencias digitales necesarias para completar las responsabilidades que en diferentes momentos de nuestras vidas nos tocará desarrollar. No podemos hablar de vida analógica y digital, nuestras vidas ya son una suma de los dos ámbitos y cada uno de ellos se complementa con el otro.

Nuestras competencias digitales forman parte de la suma de habilidades necesarias para desenvolverse cotidianamente.

Etapas vitales de las competencias digitales



Salud, ética y transformación digital

Albert Sabater Coll

Observatori d'Ètica en Intel·ligència Artificial de Catalunya, Universitat de Girona

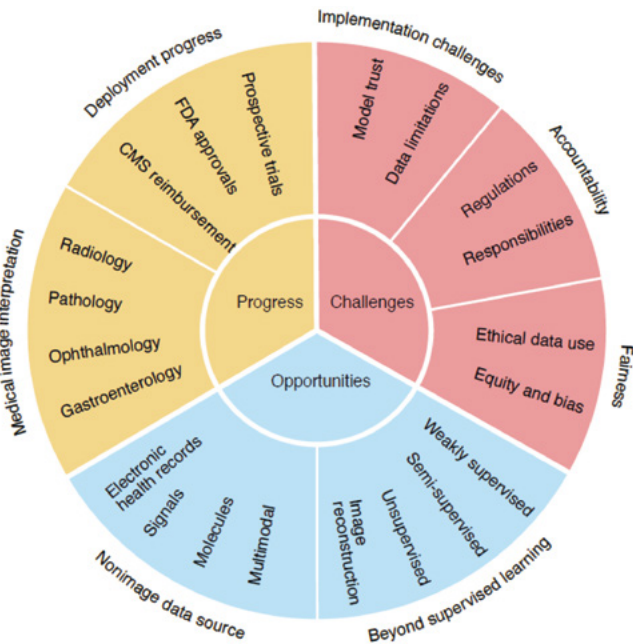
Los avances en **datos masivos** (big data) y la **inteligencia artificial** (IA) están transformando rápidamente nuestra comprensión de la **salud** y la **atención médica**. Estos desarrollos permiten un análisis más profundo y preciso de grandes volúmenes de información médica, lo que abre nuevas posibilidades para **mejorar la prevención**, el **diagnóstico** y el **tratamiento** de enfermedades. Sin embargo, esta revolución digital también plantea preguntas éticas fundamentales que deben ser abordadas en el marco del **nuevo paradigma** de la predicción de nuestra salud.

De la atención a la predicción

La IA está revolucionando el campo de la salud al aprovechar los **datos masivos** para mejorar múltiples aspectos del cuidado médico. Uno de sus principales impactos radica en la capacidad de la IA para ofrecer diagnósticos de enfermedades con mayor precisión y rapidez, gracias a la identificación de patrones complejos en grandes volúmenes de información clínica. Además, la IA está transformando la forma en la que se orientan los **planes de tratamiento**, personalizando las recomendaciones según las características específicas de cada paciente. También se ha convertido en una herramienta fundamental para la **monitorización de estilos de vida saludables**, ayudando a los individuos a adoptar comportamientos que promuevan su bienestar a largo plazo.

Estos avances tecnológicos están configurando una medicina más predictiva, personalizada y preventiva.

El surgimiento del **paradigma de la predicción**, impulsado por la inteligencia artificial, no solo está cambiando nuestra comprensión de la **salud y el bienestar**, sino que también está modificando profundamente las relaciones entre **pacientes, médicos e instituciones sanitarias**. Antes, la atención sanitaria se centraba en tratar enfermedades una vez que los síntomas se manifestaban. Hoy, la IA permite prever el desarrollo de patologías antes de que se presenten, lo que favorece una intervención más temprana y eficaz. Esta capacidad predictiva redefine la interacción entre los actores del sistema de salud, donde los pacientes asumen un rol más activo en la gestión de su salud, los médicos se convierten en guías interpretativas de los datos, y las instituciones deben adaptarse para integrar estas tecnologías en sus procesos. En conjunto, este nuevo enfoque está generando un cambio profundo en el ámbito sanitario, orientando la atención hacia la prevención y la personalización.



Fuente: CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Confianza

Los **sistemas de IA** en el ámbito de la salud ofrecen grandes oportunidades para mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades, pero también plantean importantes **retos de confianza**. Uno de los principales desafíos es la falta de **transparencia** y la dificultad para interpretar los procesos internos de muchos de estos sistemas, que a menudo funcionan como auténticas «**cajas negras**». Esto significa que, aunque los sistemas de IA pueden generar resultados eficaces, su funcionamiento subyacente es complejo y difícil de explicar. Para aumentar la confianza de médicos y pacientes, es crucial desarrollar **normas de transparencia y explicabilidad**, que permitan comprender cómo y por qué se toman ciertas decisiones en el ámbito clínico. Este reto técnico es uno de los aspectos más urgentes a resolver para facilitar la adopción de la IA en la práctica sanitaria.

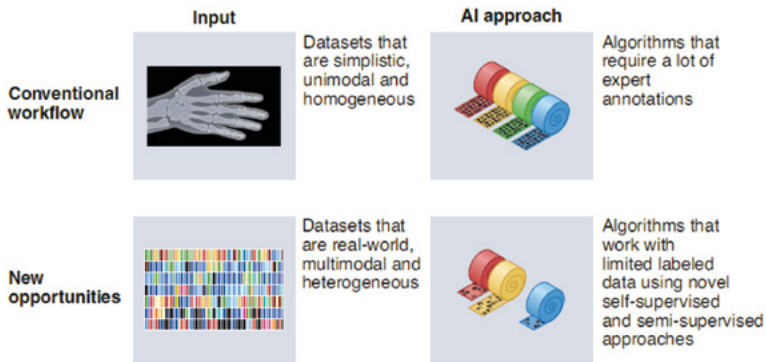
La **fiabilidad** de los sistemas de IA en salud también es un tema crítico. Para que los profesionales médicos confíen plenamente en estos sistemas, es necesario que se realicen más estudios **reproducibles y replicables**, que validen los resultados en diferentes entornos y poblaciones. La **verificación de datos** y el uso de **modelos entrenados públicamente** son pasos fundamentales para asegurar que los sistemas de IA se comporten de manera consistente y precisa. La capacidad de cuantificar la fiabilidad de estos sistemas es esencial para integrarlos de manera segura y efectiva en la práctica clínica, garantizando que los datos sean sólidos y estén correctamente validados.

Por último, la **comodidad** es un factor clave para la adopción de la IA en la salud. Los dispositivos que incorporan IA deben ser **fáciles de usar y cómodos** de integrar en los flujos de trabajo clínicos, sin añadir complejidad innecesaria a la práctica diaria de los profesionales sanitarios. Las instrucciones de uso deben ser claras y accesibles, especificando **cómo y cuándo** se deben utilizar los dispositivos, de modo que los médicos y pacientes puedan aprovechar al máximo sus beneficios. Solo cuando los sistemas de IA sean intuitivos y cómodos de utilizar, será posible su adopción a gran escala en el ámbito sanitario.

Datos y más datos para la IA

En el contexto de la IA aplicada a la salud, a los **datos tradicionales estructurados** —como los historiales médicos y las pruebas diagnósticas— se suman ahora **datos no estructurados** provenientes de

diversas fuentes, como imágenes médicas, notas clínicas, redes sociales y dispositivos portátiles. Estos datos, en combinación con **algoritmos supervisados y no supervisados**, permiten a los sistemas de IA identificar patrones y realizar predicciones con una precisión sin precedentes. Sin embargo, es fundamental recordar el principio de **GIGO** (Garbage In, Garbage Out), que nos advierte de que si los datos ingresados en los sistemas son incorrectos o de baja calidad, los resultados también serán inexactos o irrelevantes. Por tanto, es esencial garantizar la **calidad de los datos** y aplicar rigurosos procesos de **validación** para asegurar que las predicciones y decisiones derivadas de los algoritmos sean fiables y beneficiosas para la atención médica.



Fuente: Rajpurkar et al. (2022)

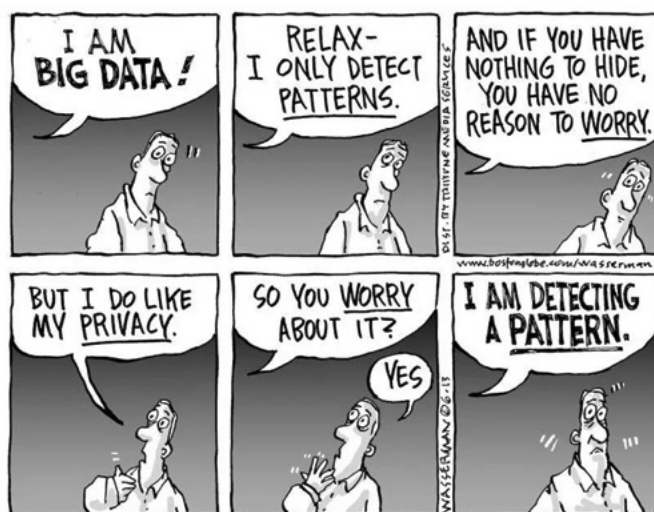
Privacidad

Los **sistemas de IA** aplicados a la salud plantean importantes desafíos en materia de **privacidad**, ya que manejan grandes cantidades de **datos sensibles** de los pacientes. Uno de los principales problemas radica en la necesidad de que todos los datos recogidos y utilizados cuenten con el **consentimiento previo** de los pacientes. Debido a la naturaleza confidencial de esta información, es fundamental implementar **medidas de anonimización y agregación** que protejan la identidad de los pacientes. Estas medidas garantizan que los datos puedan ser utilizados para análisis y algoritmos sin comprometer la privacidad individual,

permitiendo que la IA avance sin riesgos para la confidencialidad de los pacientes.

Otro desafío relevante es la amenaza del hacking y el **robo de datos sensibles**. Los sistemas de salud son objetivos atractivos para **ciberdelincuentes**, y el acceso no autorizado a estos datos puede tener graves consecuencias tanto para los pacientes como para las instituciones sanitarias. Para mitigar este riesgo, es necesario emplear **medidas de seguridad avanzadas**, como el **cifrado descentralizado**, que dificulte el acceso indebido a la información. Proteger los datos sensibles en cada etapa del proceso, desde su recopilación hasta su almacenamiento y análisis, es crucial para mantener la integridad de los sistemas de IA en salud.

Por último, la **reutilización de datos** presenta otro reto. Aunque se haya obtenido el **consentimiento informado** de los pacientes para un estudio específico, este consentimiento no es **transferible** a otros estudios o usos de los datos. Esto limita la capacidad de reutilizar la información de manera generalizada. Para abordar este problema, es necesario encontrar **nuevas formas de equilibrar los intereses** de la investigación médica y los derechos de los pacientes. Una posible solución es desarrollar **mecanismos transparentes** que permitan obtener nuevos consentimientos de forma ágil o explorar marcos éticos que faciliten el uso responsable de los datos, sin comprometer los derechos de privacidad de los individuos.



Sesgos y desigualdades

A pesar de los avances que ofrecen los **sistemas de IA** en el ámbito de la salud, existe el riesgo de que estas tecnologías refuercen las **desigualdades existentes** debido a la presencia de **sesgos** en los datos y algoritmos utilizados. Uno de los principales problemas es la aparición de **sesgos estadísticos**, que se producen cuando los **datos masivos** empleados no garantizan la representatividad de todos los grupos de población. La **infrarrepresentación** de determinados colectivos, como minorías étnicas o personas de bajo nivel socioeconómico, y la **sobrerrepresentación** de otros puede dar lugar a diagnósticos y tratamientos desiguales. Esto pone de manifiesto que el uso de grandes volúmenes de datos no es suficiente si no se asegura la **diversidad** en las fuentes de datos.

Además, los **sesgos algorítmicos** también juegan un papel importante en la perpetuación de las desigualdades. Los sistemas de IA son diseñados y entrenados por seres humanos, lo que implica que pueden reflejar los prejuicios y limitaciones de quienes los crean. Esto puede conducir a la discriminación en grupos de personas que, aunque presentan características similares, se tratan de manera desigual debido a cómo se han programado los algoritmos. La falta de diversidad en el desarrollo de los sistemas de IA puede aumentar el riesgo de que estos sesgos algorítmicos afecten negativamente a grupos vulnerables, perpetuando desigualdades estructurales en la atención sanitaria.



Por último, los **sesgos cognitivos** también pueden influir en los resultados de los sistemas de IA en la salud. Estos sesgos se derivan de la **simplificación** del procesamiento de información a través del filtro de las **experiencias y preferencias personales**. Si los datos o los algoritmos se ajustan a determinados esquemas cognitivos, pueden omitir información relevante o no tener en cuenta matices importantes, lo que impacta directamente en la calidad del cuidado ofrecido a los pacientes. Esto refuerza la necesidad de un enfoque crítico y cuidadoso en el diseño y uso de IA en salud, para evitar que los sesgos limiten su potencial transformador.

Responsabilidad

La integración de **sistemas de IA** en el ámbito de la salud plantea importantes preguntas sobre la **responsabilidad** en los resultados y decisiones clínicas. Uno de los principales retos es la **responsabilidad médica**. A pesar de que la IA puede potenciar la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud, también existe el riesgo de que la **autonomía personal** se vea reducida si los sistemas de IA asumen una mayor responsabilidad en el diagnóstico y tratamiento. Esto puede limitar la toma de decisiones por parte de los pacientes o incluso de los médicos, quienes podrían llegar a confiar en exceso en las recomendaciones de la IA, relegando su propio juicio clínico. Es fundamental definir claramente cómo debe equilibrarse la autonomía individual con el uso de sistemas automatizados en el cuidado de la salud.

Otra cuestión crítica es la **responsabilidad jurídica**. La ambigüedad en torno a quién es responsable de los **resultados clínicos** generados por sistemas de IA sigue siendo un desafío. No está claro si la responsabilidad debe recaer en los **promotores** que desarrollan los sistemas, en los **proveedores de servicios sanitarios** que los utilizan o en los **reguladores** que supervisan su implementación. Este vacío legal es especialmente preocupante en situaciones donde la IA pueda fallar, provocando diagnósticos incorrectos o tratamientos inadecuados. Determinar quién es legalmente responsable en estos casos es un asunto urgente que requiere marcos regulatorios más sólidos y específicos.

Por último, los avances en **dispositivos inteligentes** que proporcionan información constante a los usuarios también implican una mayor **responsabilidad individual**. A medida que estos dispositivos ofrecen

recomendaciones y monitorean la salud de manera continua, los pacientes se ven en la posición de decidir si seguir o no dichas recomendaciones. La disponibilidad de esta información implica que los individuos deben asumir una parte activa en la gestión de su salud, lo que puede generar una mayor **culpabilización** en los casos en los que los resultados no sean favorables. Este nuevo enfoque de la responsabilidad plantea dilemas éticos sobre hasta qué punto se puede responsabilizar a las personas por no seguir las recomendaciones generadas por la IA o si la complejidad de interpretar esta información puede eximirles de tal responsabilidad.

Equilibrio complejo

Los **sistemas de IA** pueden hacer mucho para mejorar nuestra salud, pero su uso debe estar guiado por la **prudencia** y el juicio crítico, tal como establece el primer principio de la **Declaración de Barcelona en Inteligencia Artificial** de 2017. La implementación de la IA en el ámbito de la salud no solo debe centrarse en sus capacidades técnicas, sino también en el delicado **equilibrio** entre lo que es **técnicamente posible**, lo que es **moralmente aceptable** dentro de las **normas sociales y culturales**, y lo que es **legalmente permisible**. Este enfoque asegura que los avances tecnológicos no reemplacen el papel central del ser humano en la toma de decisiones, sino que lo complementen.

Si bien la IA puede proporcionar **respuestas rápidas y precisas** basadas en grandes volúmenes de datos, es fundamental recordar que los seres humanos seguimos siendo los **responsables** de hacer las **preguntas** correctas y de tomar las **decisiones iniciales, intermedias y finales**. En última instancia, la IA es una herramienta poderosa, pero no debe desplazar el juicio humano. Los profesionales de la salud, junto con los pacientes, deben interpretar y contextualizar las recomendaciones que ofrece la IA, asegurando que se alineen con los valores éticos y los derechos de las personas.

Aunque el entusiasmo actual por la IA puede dar la impresión de que la **inteligencia humana** ya no es necesaria, esta percepción no podría estar más alejada de la realidad. La **inteligencia humana** sigue siendo esencial, no solo para diseñar y perfeccionar estos sistemas, sino también para guiar su uso responsable en el cuidado de la salud. En este sentido, la IA debe ser vista como un **aliado** que amplía nuestras capacidades,

pero que en ningún caso debe suplantar la toma de decisiones humanas, especialmente en áreas tan delicadas como la salud y el bienestar.

Desarrollo del modelo PIO

El desarrollo de un **marco ético** robusto para la **inteligencia artificial** (IA) requiere una revisión exhaustiva de las **metodologías** existentes y de los **principios éticos** establecidos. Como primer paso, se ha llevado a cabo una **verificación teórica** que abarca más de **150 fuentes bibliográficas**. Esta corrección ha permitido explorar diversas metodologías, incluyendo el uso de **listas de control** y **principios éticos fundamentales** que guían el desarrollo y la implementación de sistemas de IA. El análisis detallado de estas fuentes proporciona una base sólida para comprender las mejores prácticas y los desafíos que enfrentan las organizaciones al intentar auditar y regular el uso de la IA.

Una vez establecido el marco teórico, se ha procedido a la **adopción de principios** mediante un análisis minucioso de **documentos, modelos, herramientas** y **proyectos de ley** vinculados con la utilización de la IA, centrándose principalmente en el **contexto europeo**, donde se están desarrollando importantes esfuerzos regulatorios. Este análisis ha permitido identificar los principios éticos y legales que deben ser considerados al aplicar la IA en diversos sectores, garantizando que el uso de esta tecnología esté alineado con las normativas y las expectativas sociales. Además, se han evaluado los diferentes enfoques propuestos en **proyectos de ley** recientes que buscan regular el impacto de la IA en la sociedad.

Finalmente, se ha llevado a cabo la **aplicación práctica** de estos principios mediante el desarrollo de un **modelo propio** de **auditoría ética** para IA. Este modelo ha sido diseñado con el fin de evaluar de manera efectiva la adherencia a los principios éticos en la implementación de tecnologías de IA, proporcionando una herramienta práctica que puede ser aplicada en diversos contextos. La creación de este modelo no solo facilita la identificación de posibles riesgos éticos, sino que también proporciona **directrices claras** para mitigar dichos riesgos y asegurar un uso responsable y transparente de la inteligencia artificial.

En definitiva, estas consideraciones nos recuerdan que el uso de la IA para la promoción de la salud siempre es un equilibrio entre lo que es técnicamente posible, lo que es moralmente aceptable dentro de las normas sociales y culturales, y lo que es legalmente permisible. Esta

intersección exige un diálogo continuo entre tecnólogos, profesionales de la salud, legisladores y la sociedad en general para asegurar que la implementación de la IA refleje nuestros valores compartidos y respete los derechos y la dignidad de todos los individuos. Para ello es fundamental, particularmente en campos sensibles como es el de la salud, iniciar el proceso con dos preguntas fundamentales: ¿Debería utilizarse la IA aquí (en esta tarea o proceso)? Y si es así, ¿quién toma esa decisión? La decisión de implementar la IA no debe tomarse a la ligera y debemos garantizar una comprensión integral de los posibles beneficios y riesgos de la IA. Los sistemas de IA pueden ofrecer soluciones, pero son los humanos quienes deben plantear las preguntas iniciales, intermedias y finales, reconociendo que, aunque la IA puede proporcionar análisis y recomendaciones, son las personas (muchas veces expertas) las que formulan las preguntas clave y toman las decisiones críticas en el cuidado de la salud individual y colectiva. Para todo ello, debemos ofrecer suficiente claridad en la implementación de los principios de rendición de cuentas, responsabilidad y transparencia (ART en inglés) como una parte integral de todo el proceso de implementación de la IA.



La rendición de cuentas garantiza una clara atribución de los resultados de las decisiones de la inteligencia artificial, la responsabilidad requiere que las partes involucradas en el desarrollo y la aplicación de la inteligencia artificial sean responsables de su impacto, y la transparencia requiere que el proceso de toma de decisiones de la inteligencia artificial sea abierto y comprensible para las partes interesadas.

Para más información sobre estos y otros temas relacionados con las consideraciones éticas de la IA, podéis consultar el Modelo PIO sobre Principios, Indicadores y Observables, desarrollado por el Observatorio de ética en Inteligencia Artificial de Cataluña (OEIAC):

<https://oeiac.cat/es/>



Transformación digital y desigualdades



Políticas públicas saludables y desigualdades

Anselmo Cancino Sepúlveda

Asesor en promoción de la salud

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS

El objetivo de esta reflexión es identificar, analizar y compartir los elementos claves del debate en torno a la promoción de la salud, el territorio y el rol de las políticas públicas saludables, en un cambio de paradigma que recupere la experiencia y los aprendizajes relacionados con la construcción de sociedades sostenibles y del bienestar desde una perspectiva latinoamericana.

Durante décadas los gestores de Promoción de la Salud han desempeñado un importante papel en la movilización social e intersectorial de los territorios en torno al logro de objetivos sanitarios, para el mejoramiento de los resultados en salud y bienestar de las comunidades, desarrollando experiencias de trabajo directo con las comunidades y con otros actores intersectoriales en busca de respuestas más integrales que aborden las persistentes brechas de equidad en el acceso oportuno a la atención de salud y el bienestar.

No obstante, esta trayectoria y un sólido marco conceptual, ético y político, reforzado una y otra vez por la comunidad mundial en hitos, conferencias y declaraciones que impulsan al desarrollo de acciones de alto nivel sobre los contextos socioeconómicos y políticos como oportunidad para la salud y el bienestar de las poblaciones, prevalece como un elemento común y como uno de los principales obstáculos para el desarrollo de políticas públicas saludables, un enfoque biomédico asistencial basado en la respuesta a necesidades, que conciben a las personas como entes individuales sin tomar en cuenta

sus contextos y como usuarios de servicios y beneficiarios-destinatarios finales de prestaciones estandarizadas, donde los sistemas de salud han priorizado, finalmente la productividad organizacional como una cadena más del mercado de bienes y servicios sin atender la perspectiva de la determinación social ni de los procesos que conducen a la salud y al bienestar (Cancino y Faúndez, 2018).

De este modo, se releva la importancia de los modelos socioecológicos o multinivel como marcos conceptuales más integrales e interrelacionados entre los niveles de actuación individual hasta las políticas públicas, sumando a ello, las definiciones y ejes centrales del llamado que lleva a cabo la X Conferencia Global de Promoción de la Salud de Ginebra el año 2021, donde se señala la urgencia de crear «Sociedades del Bienestar» sostenibles que están comprometidas en lograr una salud equitativa ahora y para las generaciones futuras sin traspasar los límites ecológicos. Las recomendaciones para ello han considerado aprender de los países, regiones, ciudades, comunidades y culturas, especialmente de las culturas indígenas, con el fin de crear sociedades sostenibles (OMS, 2021).

En esta misma perspectiva, se propone tener en cuenta la promoción de la salud emancipadora, como una de las corrientes epistemológicas latinoamericanas, que permite redefinir la salud tomando en cuenta algunas características esenciales del ser humano: el que puede ser entendido desde su dimensión biológica constituida por un cuerpo con características anatómicas que permiten determinadas capacidades y una dimensión simbólica constituida por todos aquellos símbolos inscritos en el cuerpo producto de las experiencias en su medio (incluyendo su interacción con otros seres humanos). Esta dimensión simbólica es la que hace posible que los seres humanos tengan conciencia de sí mismo y de su mundo, es la que le permite nombrar las cosas que perciben sus sentidos y otorgarle un significado, es la que permite, entre muchas otras cosas, acumular experiencias y usarlas para entender el presente e imaginar el futuro. De este modo, la promoción de la salud emancipadora le otorga especial importancia a la posibilidad de imaginar escenarios diferentes a los que vivimos, el logro de un bienestar, la satisfacción de una necesidad o la solución a un problema. Para realizar esto, el ser humano hace uso de un conjunto de capacidades que le permiten identificar y lograr sus aspiraciones, desarrollando así proyectos de vida saludables, individuales y colectivos, en la medida que ejerce sus capacidades para ver ese futuro realizado. En concordancia con el espíritu de Ottawa, desde esta perspectiva, la salud no es una meta, sino un recurso para el ser humano. No es un estado que se cumple o no, sino el grado de ejercicio de las capacidades humanas

en un momento determinado de la vida de un sujeto individual o colectivo. Las capacidades humanas que propone desarrollar el enfoque emancipador de la promoción de la salud son la del razonamiento (*sapiens*), de imaginar (*ludens*), de motivarse o apasionarse (*erótica*), de trabajar (*faber*) y de tomar decisiones (*política*) (García, 2016).

Sobre la base de esta línea argumental, se postula y sostiene que la promoción de la salud para lograr ser una prioridad en los procesos de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas debe desarrollar un modelo social anclado en la participación de los actores como sujetos de cambio de los espacios cotidianos donde acontece la vida, las decisiones políticas, la expresión cultural y las relaciones de complementariedad con la naturaleza y la economía, relevando la capacidad de las personas y comunidades de mirar el pasado, gobernar su presente y construir futuros saludables.

En consideración a estas bases teóricas y políticas, se considera de gran relevancia la conformación de la Red Latinoamericana y Caribeña de Gestores de Promoción de la Salud «Hacia la salud en todas las políticas y la equidad en Salud» el año 2015 en Lima – Perú, la cual se compromete a generar conocimiento y acción en promoción de la salud, así como a difundir el derecho a la salud como un imperativo social en el logro de sociedades más justas, inclusivas y cohesionadas en los países. Junto a ello, los países allí reunidos declaran que se reconoce el rol protagónico de la territorialidad y de los gobiernos locales como espacios e instancias claves para avanzar en la promoción de la salud, desde un enfoque de equidad y desarrollo humano sostenible¹.

Estos énfasis y desafíos, más vigentes aún considerando los ejes centrales de la X Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Ginebra del año 2021, encuentran sustento y correspondencia en las raíces de las culturas ancestrales originarias de la Región de las Américas, como lo es la perspectiva del «vivir bien o el sumaj kamaña o el sumaj kausay o ñandereqo o kume mongen» como eje de la acción

1 La Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud se constituyó en Lima en diciembre del año 2015, siendo los impulsores de esta iniciativa regional los ministerios de Salud de Perú y Chile con el respaldo técnico de OPS/OMS. Esta es una instancia de cooperación, intercambio, incidencia y ayuda recíproca, entre los gestores de Promoción de la salud de los países miembros. Es integrada por los Ministerios de Salud de Perú, Chile, Cuba, Paraguay, Colombia, Ecuador, México, Colombia e instituciones afines a la salud pública de Brasil, Venezuela y Argentina.

política, puesto que, desde esta concepción, se convoca a centrar los esfuerzos presentes y futuros en la sustentabilidad, la solidaridad, la soberanía, el respeto por la naturaleza, la autodeterminación y la dignidad de los pueblos, con una lectura permanente de la dinámica del territorio como ejes de la transformación hacia la Promoción de la Salud en favor de la equidad y de la vida digna. De allí surgen algunos elementos clave para promover una salud que construya modos alternos de producir y reproducir la vida en comunidad y en sociedad, generando sus propios mecanismos y herramientas de medición, valoración, monitoreo, seguimiento y evaluación de procesos y de resultados las políticas públicas (Acosta, 2010).

Una nueva perspectiva de Promoción de la Salud vinculada al desarrollo de las personas en constante relación con sus comunidades y ecosistemas, en contextos territoriales diversos y con visión latinoamericana o de aquella región del planeta, donde la acción local de promoción de la salud encuentra sus símbolos culturales y referencias históricas más significativas que le otorgan su identidad particular y ancestral, implica superar el carácter instrumental y biomédico que, por décadas, ha dominado el campo de las decisiones sobre promoción de la salud, relevando en su lugar el esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida humana y no humana a un plano de dignidad y sostenibilidad, en los diversos escenarios donde esta acontece, se realiza, se manifiesta y se construye en un único, original y particular espacio del tiempo.

De esta manera la promoción de la salud puede contribuir significativamente al desarrollo de un nuevo paradigma civilizatorio, actualizando y fortaleciendo las concepciones y prácticas que valoran la vida comunitaria y recuperan las dinámicas de solidaridad, equidad, complementariedad, reciprocidad y la distribución equitativa de los recursos naturales, promoviendo con las personas, grupos y comunidades la búsqueda de un conocimiento holístico como un necesario y urgente marco interpretativo de la vida humana unida indisolublemente a los otros elementos que hacen posible «toda la vida» en el planeta.

Referencias Bibliográficas

- Cancino, A. Faundez, R. (2018). Factores dinamizadores para la participación ciudadana en Políticas de Salud. Cuadernos médico sociales. Hacia una nueva salud pública. Vol. 58 N°3, pag. 103. Septiembre 2018. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/310>
- Organización Mundial de la Salud (2021). X Conferencia Mundial de Promoción de la Salud señala un camino para crear las sociedades del bienestar. Ginebra. Suiza. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>
- García, D. (2016). Introducción al enfoque emancipador de promoción de la salud. Academia de promoción de la salud. Universidad de Mar del Plata. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-mar-del-plata/promocion-de-la-salud-critica-y-educacion-de-la-salud/cardenas-introduccion-al-enfoque-enmancipador-de-ps/69637211>
- Acosta, A. (2010). El buen vivir, la utopía por (re) construir. En J. Sempiere, A. Acosta, S. Abdallah, M. Ortí, Enfoques sobre bienestar y buen vivir (págs. 11-28). Madrid: CIP-Ecosocial.



Incorporando la perspectiva de equidad en las políticas saludables

Jara Cubillo Llanes

Área de Promoción de la Salud y Equidad
D.G. de Salud Pública y Equidad en Salud
Ministerio de Sanidad

La salud está condicionada por factores sociales, lo que denominamos determinantes sociales de la salud como, por ejemplo, el nivel educativo alcanzado, la profesión que se desarrolle, el tipo de empleo que uno tenga, las relaciones sociales, el nivel de ingresos o el acceso a una atención sanitaria de calidad. Los determinantes sociales de la salud son, por tanto, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, que influyen positiva o negativamente en la salud.

Los determinantes sociales de la salud tienen una distribución desigual en la población, y ahí radica el origen de las desigualdades sociales en salud. Estas desigualdades, o inequidades, son sistemáticas, injustas y evitables. Es por eso que tenemos la oportunidad, y la obligación, de trabajar por la equidad en salud, es decir, dirigir acciones a toda la sociedad en razón proporcional a sus necesidades (universalidad proporcional) para que las necesidades específicas de todos los grupos de población puedan ser tenidas en cuenta y todas las personas alcancen el máximo potencial de salud, independientemente de su posición social y de otras desigualdades injustas y evitables, como las causadas por el género, la edad, la diversidad funcional, la etnia, la clase social, el territorio, la orientación sexual o la identidad de género.

Equidad en salud



Dalghren y Whitehead (1991).

Para trabajar en equidad en salud desde el Ministerio de Sanidad, en el año 2010 se esbozó la Estrategia Nacional de Equidad, que prioriza 9 intervenciones a desarrollar, agrupadas en cuatro grandes líneas estratégicas:

1. Desarrollar sistemas de información sobre equidad en salud que permitan guiar políticas públicas.
2. Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales, avanzando hacia el concepto de «Salud y equidad en todas las políticas».
3. Desarrollar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de desarrollo para todos los niños y las niñas, independientemente de las condiciones de sus padres y madres.
4. Desarrollar un plan de visibilización política de la Estrategia de Equidad en Salud y los Determinantes Sociales de la Salud.

ESTRATEGIA NACIONAL DE EQUIDAD EN SALUD

Línea 1. Desarrollar sistemas de información sobre equidad en salud que permitan guiar las políticas públicas.

1. Red Estatal Vigilancia Equidad en Salud
2. Evaluación del Impacto en Salud de Políticas Públicas
3. Informe Desigualdades en Salud En España

Línea 2. Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales, avanzando hacia el concepto de "Salud y Equidad en todas las políticas".

4. Creación de órganos intersectoriales
5. Inclusión de objetivos específicos en los planes de salud
6. Formación en equidad en salud dentro del sector salud
7. Sensibilización de la importancia de las DS

Línea 3. Desarrollar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de desarrollo para todos los niños independientemente de las condiciones de sus padres

8. Apoyo integral a la infancia

Línea 4. Desarrollar un plan de visibilización política de la Estrategia de Equidad en salud y los DSS

9. Plan de visibilización política

Vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud

La vigilancia en salud pública está recogida en la Ley General de Salud Pública, Ley 33/2011, donde se señala que se tiene que tomar en cuenta los condicionantes sociales y las desigualdades que incidan en la salud con mediciones en el nivel individual y en el poblacional.

En la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud uno de sus principios generales es la equidad, apuntando que la vigilancia en salud pública debe dotar de la información necesaria para la vigilancia de las desigualdades sociales en salud y tiene como objetivo contribuir a su reducción.

En el proyecto de Real Decreto por el que se crea y se regula la red estatal de vigilancia en salud pública, se señala que en todos los sistemas se tendrá en cuenta la vigilancia de los factores de riesgo, los determinantes sociales de la salud y las inequidades en salud relacionadas con ellos.

Por todo ello, se está trabajando desde el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, con la colaboración del Área de

Promoción de la Salud y Equidad, para incorporar en la vigilancia en Salud Pública:

- La vigilancia de los determinantes sociales de la salud.
- La equidad, de forma transversal, en todos los sistemas de vigilancia, a través de la desagregación por los diferentes ejes de desigualdad y de un análisis global de la equidad.
- Ligarlo a la acción intersectorial.

Como un trabajo previo, desde el Área de Promoción de la Salud y Equidad se coordinó el Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud cuyo objeto era establecer el marco de desarrollo de la vigilancia de equidad y de determinantes sociales de la salud en España, para apoyar el desarrollo legislativo de la vigilancia en salud pública. Desde este grupo se elaboró un documento¹ que incluía las recomendaciones y reflexiones del grupo de trabajo para el desarrollo de un sistema de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud en el marco de la vigilancia en salud pública.

Mediante un proyecto de asistencia técnica dentro del Sistema de Reformas Estructurales de la Comisión Europea, se identificaron buenas prácticas nacionales e internacionales de monitorización y visualización de determinantes sociales de la salud y equidad, y se analizaron a través de un taller en línea. Se realizó un informe final² recogiendo todo lo trabajado.

Evaluación de impacto en salud

La evaluación de impacto en salud (EIS) es la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser analizada una norma, plan, programa o proyecto, en relación con sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de su distribución en la población.

1 https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/DocTecnico_GT_VigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf

2 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/proyectoReformasEstructurales.htm>

En España, la EIS está recogida en el artículo 35 de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011),³ y establece que las Administraciones Públicas deberán someter a EIS las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud. A día de hoy, el artículo 35 resulta de compleja aplicación al no haberse desarrollado.

En 2014, el Ministerio de Sanidad trabajó en las primeras fases de la EIS en el marco de Acción Conjunta UE Equity Action, para proporcionar una visión general y un punto de partida en su desarrollo. Como resultado de este trabajo se publica la herramienta de cribado para la Evaluación de Impacto en Salud de políticas nacionales,⁴ que sirve de base para los trabajos posteriores en relación con la EIS.

La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad organiza el 10 de junio de 2019 un «Policy Dialogue»⁵ en el marco de la Acción Conjunta Europea CHRODIS+, para promover el desarrollo del artículo 35 sobre EIS de la Ley General de Salud Pública y elaborar propuestas para una efectiva aplicación de la EIS en nuestro país. Como resultado de este diálogo, se proponen dos líneas de trabajo compatibles y complementarias: aplicar una EIS integrada en la Evaluación Ambiental o aplicar una EIS específica.

Uno de los objetivos del Proyecto de Ley de Medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, recogido en la reforma 3 del Componente 18 del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia (PRTR), es incluir el enfoque de Salud en todas las políticas y que todas las normas que se elaboren en el ámbito del Gobierno Central contengan un informe previo sobre su impacto en salud.

La Guía para la Evaluación Rápida de Impacto en Salud en la Elaboración de Normativas⁶ es una herramienta para facilitar la realización de la EIS en la Memoria de Análisis de Impacto Normativo, en línea con las líneas de trabajo propuestas en el «Policy Dialogue» en el marco de la Acción Conjunta Europea CHRODIS+ y la reforma del Componente 18 del PRTR. Se dirige principalmente a aquellas personas responsables,

3 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>

4 https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/docs/Herramienta_Cribado.pdf

5 <http://chrodis.eu/event/spanish-policy-dialogue-in-madrid/>

6 https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/guia_EvaluacionRapidaImpactoenSalud.pdf

técnicas o políticas, del diseño y desarrollo de propuestas de acciones de la administración pública, como normas, programas, planes u otras intervenciones, especialmente aquellas que requieren de MAIN.

Integración de equidad en estrategias, programas y actividades de salud

Tras la publicación en 2012 de la Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud,⁷ en la que se establecían una serie de pasos para llevarlo a cabo, se colabora con OMS en reproducir este proceso en diferentes países, y posteriormente la OMS publica su guía del proceso, en la que incluyó un enfoque más explícito de género, derechos humanos y cobertura universal de salud.

A su vez, en España se trabaja en adaptar el proceso de manera parcial a distintas necesidades (implementación local de la estrategia, subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para programas de VIH) y recientemente se revisa y publica una herramienta con el primer paso del proceso, que consiste en una Lista de chequeo para el análisis de la equidad en Estrategias, Programas y Actividades de salud,⁸ que permite llevar a cabo un análisis del enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud y una identificación de propuestas de mejora.

7 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/guiaMetodologica.htm>

8 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/EPAs.htm>

Áreas que aborda la lista de chequeo

La lista de chequeo para analizar la EPA consta de 11 apartados:

- 1) OBJETIVOS DE LA EPA
- 2) JUSTIFICACIÓN DE REALIZAR LA EPA
- 3) ANÁLISIS DE NECESIDADES DE LA POBLACIÓN
- 4) POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA LA EPA
- 5) INTERVENCIONES O ACCIONES DE LA EPA
- 6) EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES O ACCIONES DE LA EPA
- 7) TRABAJO INTERSECTORIAL
- 8) PARTICIPACIÓN
- 9) RESULTADOS DE LA EPA
- 10) REFLEXIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
- 11) DESAFÍOS Y PROPUESTAS DE MEJORA DE EQUITAD

Equidad en salud en población gitana

La población gitana presenta importantes desigualdades sociales en salud en España, marcados por los efectos de la discriminación, y que se reflejan en los desiguales resultados de salud que afectan al Pueblo Gitano, tal y como se ha puesto en evidencia con las Encuestas de Salud a Población Gitana en los años 2006 y 2014⁹ y en su comparación con las Encuestas Nacionales de Salud. Está pendiente de publicación la última Encuesta de Salud a Población Gitana realizada en el 2023.

La equidad en salud en la población gitana ha sido una línea de trabajo priorizada por el Ministerio de Sanidad desde 2003, y actualmente enmarcada en la Estrategia para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030,¹⁰ en la que se ha desarrollado una línea estratégica de salud.

Para avanzar en equidad en salud es esencial trabajar intersectorialmente y contando con la participación de la población de forma activa en las políticas. Para ello, desde Sanidad se participa en el Consejo Estatal

9 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/comunidadGitana/encuestasNacionales/home.htm>

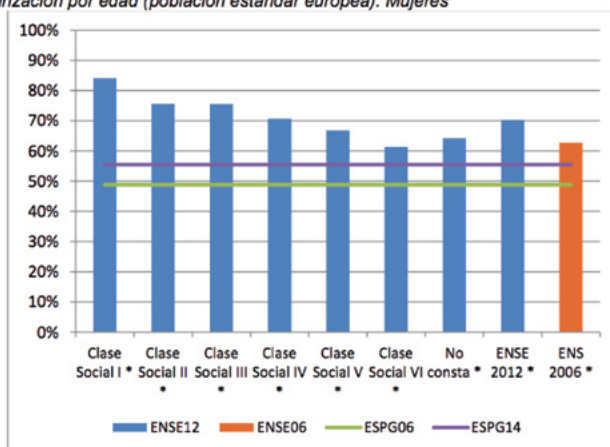
10 <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/estrategia-nacional/futura-estrategia.htm>

del Pueblo Gitano¹¹ y, más específicamente, se cuenta con el Grupo de Salud de este Consejo y también con la Red Equi Sastipen Roma, aliados claves desde hace años.

También es importante que los tres niveles de administración trabajen de forma conjunta, y por ello se trabaja también con las Comunidades Autónomas, en un grupo de trabajo específico de equidad y población gitana, y con el nivel local en el marco del Convenio que de forma anual se establece con la Federación Española de Municipios y Provincias para potenciar la Red Española de Ciudades Saludables y la Implementación Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención.

Encuesta nacional de salud a población gitana

Gráfico 1.1b Estado de salud percibido. Comparación población gitana de 2014 (ESPG 2014) con población general (ENSE 2006 y ENSE 2012) y con población gitana en 2006 (ESPG 2006). Porcentajes de personas que declaran que su estado de salud es bueno o muy bueno. Estandarización por edad (población estándar europea). Mujeres



* Proporciones con diferencias estadísticamente significativas: grupo de referencia Encuesta de Salud de Población Gitana 2014 (ESPG14)

11 <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/consejo-estatal-del-pueblo-gitano.htm>

Acción comunitaria

La acción comunitaria es la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia. Tiene una triple función transformadora: mejorar las condiciones de vida, reforzar los vínculos y la cohesión social, incluyendo a los colectivos en situación de exclusión, y potenciar las capacidades de acción individual y colectiva en procesos de mejora de la salud y el bienestar. Para ello, la equidad, el trabajo intersectorial y la participación son claves.

La guía Acción comunitaria para ganar salud¹² es ya un documento de referencia a nivel nacional para trabajar en acción comunitaria, siguiendo una propuesta metodológica que sigue las diferentes fases que constituyen el ciclo de acción comunitaria: conocerse y reconocerse, hacer equipo y red, explorar la comunidad, analizar y priorizar, preparar como actuar, actuar y evaluar.

Además, se han realizado diferentes guías de participación en salud,¹³ una de las claves para la acción comunitaria.



12 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/guiaAccionComunitaria.htm>

13 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/guiaParticipacionComunitaria.htm>

Formación

Para dar respuesta a la acción 9.2. Estrategia de formación en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria, del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria,¹⁴ se ha realizado la siguiente formación en línea en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria:

- Curso en línea «Equidad en salud, aprendiendo con el pueblo gitano». Se han realizado dos ediciones, finalizando la formación de 2.012 personas.
- Curso en línea «Acción Comunitaria para la Salud»: Se han realizado dos ediciones, finalizando la formación de 3.325 personas.

Además, se ha publicado la Guía de orientaciones didácticas para la acción comunitaria¹⁵ para facilitar la formación presencial en acción comunitaria y se está trabajando para incorporar la formación transversal en equidad de las especialidades en Ciencias de la Salud.

Trabajo intersectorial

Para trabajar en equidad en salud teniendo en cuenta los diferentes determinantes sociales de la salud, es imprescindible hacerlo con los diferentes sectores.

Desde el Ministerio de Sanidad se trabaja estrechamente con otros Ministerios como Educación, con quien se ha elaborado la Guía de escuelas promotoras de salud¹⁶ y con la Federación Española de Municipios y Provincias y la Red Española de Ciudades Saludables, para abordar temas como el urbanismo saludable¹⁷ o transporte activo.¹⁸

14 <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1434.pdf>

15 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/orientacionesDidacticas.htm>

16 https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/docs/guia_EscuelasPromotorasdeSalud.pdf

17 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/guiaParaPlanificar.htm>

18 https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/Guia_PacoyPaca.htm

Puntos clave

Para incorporar la perspectiva de equidad en las políticas saludables es fundamental:

- Vigilar la equidad para tener información para la acción.
- Integrar la equidad en estrategias, programas y actividades de salud.
- Salud y equidad en todas las políticas: Evaluación de impacto en salud.
- Formar y sensibilizar en equidad.
- Que nadie se quede atrás: Equidad en salud en población gitana.
- Acción comunitaria y participación para disminuir las desigualdades en salud.
- Trabajar intersectorialmente.



Diseñando políticas de salud desde la ciencia ciudadana

Isabelle Bonhoure, Josep Perelló

OpenSystems
Universitat de Barcelona

La ponencia describió el ejemplo del proyecto *CoActuamos por la Salud Mental* que tiene el objetivo, más que de diseñar, de inspirar políticas de salud en el ámbito de la salud mental comunitaria.

La ciencia ciudadana es una metodología científica que, según Irwin, «[...] atiende las necesidades e inquietudes de los ciudadanos y construye conocimiento con la participación de los no expertos» (Irwin, 1995). De manera más amplia y según el reciente libro «The Science of Citizen Science» (Vohland et al., 2021), «la ciencia ciudadana se refiere en términos generales a la participación activa del público en general en tareas de investigación científica».

Nuestro grupo OpenSystems¹, de la Universitat de Barcelona y liderado por Josep Perelló, está comprometido con una visión más social de la ciencia ciudadana, tal como la plantea Irwin (Perelló, 2021). Desde el año 2013, nuestra metodología se basa en procesos comunitarios y nuestro grupo apuesta por la investigación horizontal a través de la innovación y el compromiso público. En relación con el tema de la promoción de la salud, estamos colaborando desde el año 2015 con *Salut Mental Catalunya*², una federación que agrupa 80 asociaciones de personas con problemas de salud mental y familiares, para investigar los retos de la

1 Página web del grupo OpenSystems: <http://www.ub.edu/opensystems/es/>

2 Página web de Salut Mental Catalunya: <https://www.salutmental.org/>

salud mental comunitaria (Bonhoure et al., 2023; Cigarini et al., 2018a, 2018b). En referencia a la salud ambiental, en el año 2017, llevamos a cabo un estudio a gran escala sobre la contaminación por dióxido de nitrógeno en la ciudad de Barcelona, de la mano de 20 escuelas públicas (Perelló et al., 2021). En la actualidad, estamos trabajando sobre el calor extremo en el ámbito urbano, colaborando con los vecindarios más afectados por esta problemática³. También estamos involucrados en el grupo de trabajo «Ciencia Ciudadana para la Salud»⁴ de la Asociación Europea de Ciencia Ciudadana⁵.

Coordinamos el proyecto europeo CoAct⁶ (Co-designing Citizen Social Science for Collective Action), donde propusimos y desarrollamos un marco conceptual para la Ciencia Social Ciudadana que definimos como «una investigación participativa codiseñada e impulsada directamente por grupos de ciudadanos/as que comparten una preocupación social». En este marco, las personas coinvestigadoras son una pieza clave porque tienen una experiencia vivida en relación con la preocupación social y, por tanto, son expertos en el terreno. Juntamente con *Salut Mental Catalunya*, pusimos en práctica esta metodología e iniciamos una investigación sobre redes sociales de apoyo en salud mental bajo el nombre de *CoActuamos por la Salud Mental*. Las redes de apoyo social son una construcción amplia de recursos sociales que percibe un individuo (Turner & Brown, 2009). También se refieren a la asistencia mutua, orientación y validación sobre experiencias y decisiones de vida (Zhou, 2014). En caso de problemas de salud mental, facilitan los procesos de empoderamiento y recuperación, mejoran la calidad de vida y el bienestar y actúan contra el aislamiento y la exclusión social. Sin embargo, no hay muchos datos para comprender mejor cómo funcionan y este hecho obstaculiza su posible contribución a la mejora de los servicios de salud mental comunitaria.

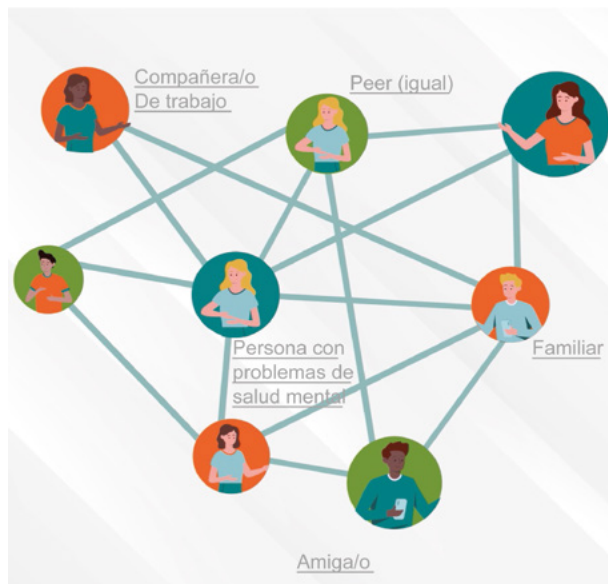
3 Página web del proyecto Crónicas del Calor: <https://web.ub.edu/en/web/ciencia-ciudadana/calor>

4 Página web de la European Citizen Science Association (ECSA): <https://www.ecsa.ngo/>

5 Grupo de trabajo Citizen Science for Health: <https://www.ecsa.ngo/working-groups/citizen-science-for-health/>

6 Página web de CoAct: <https://coactproject.eu/>

Redes de apoyo social en salud mental



Para maximizar la implicación ciudadana, un grupo de 32 personas coinvestigadoras (ya sean personas con problemas de salud mental o sus familiares) se unió al proyecto en sus inicios, a través de una convocatoria abierta. Ellas fueron parte de todas las etapas de la investigación, como expertos en el terreno (Harrison, 2022). Este planteamiento es plenamente coherente con la visión de la OMS, que afirma que

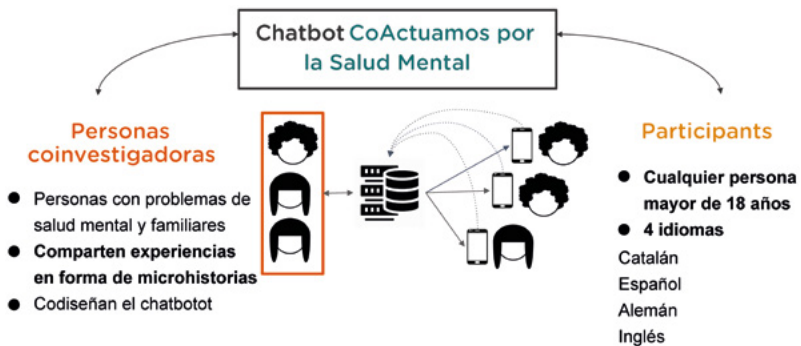
«[...] valorar el conocimiento de las personas que han vivido enfermedades mentales y darles voz, opciones e influencia en múltiples aspectos del sistema de atención de salud mental es un paso vital hacia la transformación de la salud mental en todo el mundo» (World Health Organization (WHO), 2022).

Paralelamente, creamos una comunidad que llamamos «Coalición del Conocimiento». Estaba formada por 65 representantes de 50 instituciones, incluyendo administraciones públicas, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones educativas y colegios profesionales. El primer paso fue enmarcar juntos la investigación, para acordar una definición común de las redes de apoyo social y una base compartida sobre el enfoque de investigación que se esté adoptando.

A continuación, las personas coinvestigadoras fueron invitadas a escribir microhistorias personales sobre sus experiencias vividas en relación con las redes de apoyo social. Fueron acompañadas de un escritor profesional y un artista gráfico profesional que ilustró las historias. Para ayudar en este proceso, creamos un «Cuaderno de Investigación», para que se utilizase como material de apoyo físico. Trabajamos juntos durante sesiones de cocreación en línea, por las restricciones asociadas con la COVID-19. La combinación de encuentros virtuales y de la utilización de materiales físicos, favoreció procesos individuales y autorreflexivos, pero también que las personas coinvestigadoras se relacionen entre ellas y desarrollen un fuerte sentimiento de pertenencia al proyecto.

Los 220 microrrelatos resultantes se compartieron con cualquier persona suscrita en el *chatbot CoActuem per la Salut Mental*, que se implementó en la aplicación de Telegram en cuatro idiomas: catalán, castellano, inglés y alemán (Peter et al., 2021, 2021/2022). El *chatbot*, que también fue cocreado con las personas coinvestigadoras, cumple con altos estándares de privacidad de datos y, por lo tanto, es especialmente apto para explorar cualquier tema social estigmatizado, no únicamente la salud mental. No se basa en herramientas basadas en la inteligencia artificial. Todos los contenidos fueron escritos por las personas coinvestigadoras o bien por el grupo promotor del proyecto.

Esquema de funcionamiento del chatbot CoActuamos por la Salud Mental



Cualquier persona, con o sin problema de salud mental, podía suscribirse al *chatbot*, que envía automáticamente mensajes y especialmente preguntas a participantes mutuamente desconectados. Las personas participantes pueden decidir la frecuencia con la que

reciben los contenidos y pueden también decidir ellas mismas el momento de su respuesta. Una de las ventajas del *chatbot* es establecer una interacción a largo plazo con las personas participantes y a la vez que ellas puedan responder en un ambiente privado e íntimo, sin restricciones de tiempo. El primer diálogo que recibe la persona participante suscrita al *chatbot* le da la bienvenida y solicita su consentimiento informado. El segundo diálogo sirve como capacitación, proporcionando ejemplo para que la persona participante se familiarice con los diferentes tipos de contenidos. También se pide a las personas participantes que completen una amplia encuesta sociodemográfica, compuesta por 32 preguntas.

Después de estas interacciones, la persona participante recibe periódicamente una secuencia de diálogos que incluye una microhistoria vivida escrita por una persona coinvestigadora. Se le pregunta si vivió también la experiencia compartida y si alguien de su entorno la vivió. En total, las personas participantes pueden reaccionar a hasta 222 microrrelatos y recibir un total de más de 300 diálogos. El código fuente está disponible en Github (Peter et al., 2021/2022) y es también documentado en Zenodo (Peter et al., 2021).

Los datos fueron interpretados conjuntamente por las personas coinvestigadoras y el equipo promotor. Durante un total de más de 15 horas de sesiones presenciales, se analizaron los perfiles de las personas participantes al *chatbot*, sus respuestas a la encuesta demográfica y sus respuestas a las microhistorias. De los resultados, se puede destacar que la mayoría de las personas participantes se identifican como mujeres (7 de 10 personas participantes) y sufren o han sufrido problemas de salud mental (3 de 4 personas participantes). La gran mayoría de las 32 preguntas de la encuesta sociodemográfica no se pueden comparar con ningún dato abierto de Catalunya, validando la pertinencia de la metodología. La mitad de los relatos habla del estigma en salud mental, mientras 2 de cada 3 personas con problemas de salud mental dicen que la gente de su barrio no conoce sus problemas (Mitats et al., 2022, 2023).

La interpretación colectiva de los datos ya ha servido para sustentar con evidencias científicas un conjunto de 14 recomendaciones entregadas a las autoridades locales (Ayuntamiento de Barcelona y Pacto Nacional de Salud Mental, a nivel autonómico) (Mitats et al., 2023). Las recomendaciones se discutieron durante una asamblea (noviembre de 2022) con miembros de la coalición de conocimiento y personas coinvestigadoras (*Assemblea Comunitat Salut Mental*, 2022). El evento

también estuvo abierto a cualquier persona que hubiese participado en el chatbot o simplemente interesada en la mejora de la salud mental.

Tanto las personas coinvestigadoras como el entorno del conocimiento han estado involucrados durante un largo periodo de tiempo (2-3 años) y para una amplia variedad de etapas de una investigación que, de hecho, no ha terminado del todo. Todavía estamos en proceso de escribir varias publicaciones científicas, basadas en el análisis de datos con la teoría de redes complejas y otros métodos sofisticados. A la vez, estamos preparando los datos para publicarlos como datos abiertos.

Recientemente, hemos estado galardonados con el premio europeo de ciencia ciudadana en la categoría de «Comunidades Digitales»⁷. La dotación económica del premio se está utilizando para profundizar el análisis de datos y para explorar nuevas vías de hacer el proyecto más duradero.

Agradecimientos

CoActuamos por la Salud Mental ha sido liderado por el grupo de investigación OpenSystems de la Universitat de Barcelona (Josep Perelló, Isabelle Bonhoure, Franziska Peter, Anna Cigarini y Iván Casanovas). OpenSystems desarrolla proyectos de ciencia social ciudadana e involucra a comunidades en situación de vulnerabilidad. Salut Mental Catalunya ha sido un socio clave como organización de la sociedad civil que representa a personas con problemas de salud mental y sus familiares (Bàrbara Mitats). Los treinta y dos coinvestigadores se unieron al proyecto a través de una convocatoria abierta en 2020. Participaron en todas las etapas de la investigación y en la difusión de los resultados. La Coalición de Conocimiento, formada por representantes de organizaciones involucradas en la prestación de servicios de atención a la salud mental, participó desde 2020 hasta finales de 2022. Otros miembros clave: Itziar González-Virós (participación y cooperación), Pau Badia (dibujos del *chatbot*) y Verity Harrison (Storytelling).

Queremos agradecer a los treinta y dos coinvestigadores, a los participantes del chatbot y a las cincuenta organizaciones e instituciones involucradas; las discusiones y el trabajo con Santi Seguí, Hayat Said,

7 European Union Prize for Citizen Science, category Digital Communities: <https://ars.electronica.art/citizenscience/en/winners/#digitalcommunities>

Constanza Jacques; y al Canòdrom (Ayuntamiento de Barcelona) por acoger el proyecto.

CoActuamos por la Salud Mental es parte del proyecto CoAct financiado por el programa de Investigación e Innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea bajo el contrato 873048. A partir de 2023, el proyecto ha recibido apoyo financiero parcial a través del proyecto PID2022-140757NB-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por «ERDF A way of making Europe».

Bibliografía

- Assemblea Comunitat i Salut. (2022). <https://www.youtube.com/watch?v=Vti4W5zKHlo>
- Bonhoure, I; Cigarini, A; Vicens, J; Mitats, B; & Perelló, J. (2023). Reformulating computational social science with citizen social science: The case of a community-based mental health care research. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10(1), 81. <https://doi.org/10.1057/s41599-023-01577-2>
- Cigarini, A; Vicens, J; Duch, J; Sánchez, A; & Perelló, J. (2018b). Quantitative account of social interactions in a mental health care ecosystem: Cooperation, trust and collective action. *Scientific Reports*, 8(1), 3794. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21900-1>
- Harrison, V. (2022). The Co-Research Journey in CoAct for Mental Health. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7729269>
- Irwin, A. (1995). *Citizen science: A study of people, expertise and sustainable development*. Routledge.
- Mitats, B; Bonhoure, I; Perelló, J; & González Virós, I. (2022). *Brief on policy recommendations to promote and strengthen mental health social support networks*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7244146>
- Mitats, B; Bonhoure, I; Perelló, J; Peter, F; & González Virós, I. (2023). *Recomanacions polítiques: Promoció i enfortiment de les xarxes de Suport social en salut mental*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7657603>
- Perelló, J. (2021). Sobre la possibilitat d'una ciència ciutadana social. *Mètode Revista de Difusió de La Investigació*, 12. <https://doi.org/10.7203/metode.12.18136>
- Perelló, J; Cigarini, A; Vicens, J; Bonhoure, I; Rojas-Rueda, D; Nieuwenhuijsen, MJ; Cirach, M; Daher, C; Targa, J; & Ripoll, A. (2021). Large-scale citizen science provides high-resolution nitrogen dioxide values and health impact while enhancing community knowledge and collective action.

- Science of The Total Environment*, 789, 147750. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.147750>
- Peter, F; Segui, S; & Pascual Guinovart, G. (2022). *CoActuem per la Salut mental Chatbot (Python)*. https://github.com/Chaotique/CoActuem_per_la_Salut_Mental_Chatbot (Original work published 2021).
- Turner, R.J; & Brown, R.L. (2009). Social Support and mental Health. In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health* (2nd ed; pp.200-212). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511984945.014>
- Vohland, K; Land-Zandstra, A; Ceccaroni, L; Lemmens, R; Perelló, J; Ponti, M; Samson, R; & Wagenknecht, K. (2021). Editorial: The Science of Citizen Science Evolves. In K. Vohland, A. Land-Zandstra, L. Ceccaroni, R. Lemmens, J. Perelló, M. Ponti, R. Samson, & K. Wagenknecht (Eds.), *The Science of Citizen Science* (pp.1-12). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58278-4_1
- World Health Organization (WHO). (2022). *World Mental Health Report*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>
- Zhou, E.S. (2014). Social support. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (Michalos, A.C). Springer.

Impulsando políticas saludables en el ámbito local

Maria Estrada i Ocón

Área de Promoción de la Salud, Bienestar y Atención a las personas. Dipsalut

Dipsalut, el Organismo Autónomo de Salud Pública de la Diputación de Girona, fue fundado en 2008, para proporcionar **asistencia técnica y económica a los 221 municipios de la demarcación, facilitando el cumplimiento de sus competencias en salud pública y bienestar**. Desde su creación ha contado con un sólido respaldo político, posicionándose como un aliado para el cumplimiento de las normativas en salud y acción social. Estas refuerzan la autoridad local en dichos ámbitos y otorgan a los alcaldes la condición de autoridades sanitarias, estableciendo las competencias de los servicios de salud y sociales municipales. (1)

Dado que aproximadamente el 70 % de estos municipios tiene menos de 1.500 habitantes, Dipsalut trabaja para garantizar que puedan ofrecer servicios de salud y bienestar que cumplan con los estándares normativos. Su labor también busca promover la equidad en el acceso a los recursos y la integración de la perspectiva de salud en todas las políticas. Para ello, se organiza en cuatro áreas de intervención: Salud Ambiental, Promoción de la Salud y Bienestar, Atención a las Personas y Acción Social, y el Observatorio Social, Ambiental y de Salud.

En 2019, tras una década de servicio a los ayuntamientos, se llevó a cabo un proceso de reflexión estratégica para redefinir y mejorar su servicio a las administraciones locales sobre salud pública y acción social. Participaron unas 200 personas del ámbito local, incluyendo cargos electos, técnicos municipales, representantes de entidades y administraciones públicas. Los resultados de esta reflexión estratégica

se operativizaron en una nueva misión, valores y ejes estratégicos que siguen vigentes en la actualidad. Impulsar **una sociedad equitativa** que fomente la salud, el bienestar de las personas y la **sostenibilidad**, basada en los principios fundamentales de servicio, curiosidad, conexión y justicia social. Sus ejes estratégicos se articulan en torno al modelo tres S (Salud, Social y Sostenible), el conocimiento, la conexión, el acompañamiento, el apoyo y el servicio.

Como organismo de salud pública, Dipsalut tiene como valor añadido un marco integrador y en constante reevaluación, alineado con la Estrategia 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que sustenta sus servicios, programas y actuaciones. Especialmente en el ámbito de la promoción de la salud, en el cual ha integrado las teorías y enfoques contemporáneos para fortalecer su acción y maximizar su impacto. Entre estas perspectivas se incluyen la **teoría de los determinantes sociales de la salud** (3), que resalta cómo las condiciones sociales influyen en la salud de las personas, y el **enfoque salutogénico** (4), centrado en la promoción de la salud y la intervención sobre los activos comunitarios. Asimismo, incorpora la perspectiva **One Health** (5), que fomenta la colaboración interdisciplinaria para alcanzar una salud óptima en personas, animales y el medioambiente, así como el concepto de **Salud Planetaria** (6), que destaca la interdependencia entre la salud humana y los sistemas naturales del planeta. Además, reconoce la importancia de los **determinantes comerciales de la salud** (7)(8), como un elemento clave e invisibilizado que da forma a los patrones de consumo y comportamientos de las personas, condicionando negativamente su salud y bienestar general. Y reconoce también la necesidad imperiosa de abrir y fomentar el debate en los ámbitos académico, político y de la ciudadanía sobre la responsabilidad de estos determinantes sobre la salud y el bienestar de la sociedad y del planeta. Asimismo, se incorpora en el marco conceptual la perspectiva socioeconómica de la **teoría del Donut** (9) que propone un marco para el desarrollo humano sostenible que equilibre las necesidades sociales con los límites ecológicos del planeta. Y recientemente, relacionado con el trabajo del Observatorio empieza a poner de relieve la importancia de los impactos ambientales sobre el **exposoma**(10), considerando la totalidad de exposiciones ambientales a las que una persona está sometida a lo largo de su vida y su efecto en la salud.

Este enfoque multidimensional facilita una **perspectiva integral de la salud y la intervención social**, considerando las complejas interacciones entre los factores sociales, económicos, comerciales y ambientales. Y ha ampliado la definición de salud más allá de las

dimensiones físico-bio-psico-sociales tradicionales, incorporando la salud planetaria, la ética y la dimensión espiritual (11)(12). Desde Dipsalut, la promoción de la salud se entiende, pues, como un proceso de **aprendizaje y refuerzo de habilidades** para gestionar desafíos físicos, emocionales, sociales, éticos y espirituales que plantea la vida (13).

Los ámbitos desde donde intervenir localmente para llevar a cabo esta tarea continúan siendo los propuestos por la carta de Ottawa que, más de 30 años después, siguen plenamente vigentes (14). Con un énfasis en la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales, y la creación de entornos saludables. En la misma línea, el informe provisional del World Report on Social Determinants of Health Equity(15), que evalúa los resultados de la implementación de las acciones propuestas en el informe de 2008 de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, identifica como estrategia clave de intervención el empoderamiento de los gobiernos locales para abordar las desigualdades en salud en todas las etapas de la vida, mediante acciones centradas en la comunidad, el refuerzo del apoyo a comunidades amigables y la reducción del aislamiento social y la soledad.

El **modelo de intervención de Dipsalut** se basa en la proximidad, ofreciendo una variedad de servicios y programas adaptados a las necesidades locales, y pretende facilitar la translación de los marcos conceptuales a las prácticas de las administraciones locales y a las de las personas técnicas que las implementan. Para ello se ofrece a los municipios un **catálogo de servicios** (16) que integra el marco substantivo de la salud pública, con programas, líneas de subvención económica y propuestas formativas acompañados por una **red de técnicos/as de salud pública** que se desplazan al territorio para darlos a conocer, ofrecer asesoramiento técnico, identificar sus necesidades y acompañar en los planes de salud locales.

Siguiendo las premisas salutogénicas se emplean metodologías con un enfoque centrado en las potencialidades, los activos y el empoderamiento (individual y comunitario). Promoviendo el sentido de coherencia, el refuerzo de las habilidades para la vida definidas por la OMS y actualizadas en 2003 (OMS 1994-2003) (17), la gobernanza inclusiva para la creación de entornos saludables, así como la implementación de políticas públicas bajo el prisma de «Salud en todas las políticas».

Los programas del catálogo están dirigidos a mejorar estilos de vida y a empoderar durante todo el ciclo vital, especialmente en la infancia, la juventud y las personas mayores. Se implementan a través del establecimiento de redes interprofesionales y se acompañan de procesos

evaluativos desde su inicio, los cuales actúan como herramienta de retroalimentación continua del proceso de implementación y de resultados.

Algunos de estos programas son: el «**Programa d'Activitat Física**» (18), que facilita que los usuarios conozcan y valoren los beneficios del ejercicio físico para la salud, promoviendo su incorporación a la vida cotidiana. Este programa integra la salud planetaria a través del enfoque de los «**5 caminos hacia el bienestar a través de la naturaleza**». El «**Sigues Tu. Eines i actius per a la Salut**» (19) contribuye al desarrollo de habilidades psicosociales en niños, adolescentes y jóvenes para mejorar su salud desde una perspectiva física, mental, social y espiritual, promoviendo la integración de la educación para la salud en los centros educativos. El «**Programa per a Famílies**» (20) ofrece recursos y servicios sobre crianza positiva y vínculo de base segura a las familias y personas que cuidan a niños y jóvenes, así como a los profesionales que los acompañan.

Para reforzar la acción comunitaria, se ofrece a los municipios el «**Servicio de atención psicológica especializada**» para situaciones de crisis, emergencia, desastre, catástrofe o víctimas de delitos violentos, así como en el ámbito educativo. Además, se forma a los profesionales de los servicios de primera respuesta (cuerpos de policía, bomberos, protección civil, etc.) en la gestión psicológica de estas situaciones.

Para mejorar la supervivencia de las personas que sufren un paro cardíaco, el «**Programa Girona Territori Cardioprotegit**» (22), con 1.060 DEA activos en toda la demarcación, refuerza la alerta de los servicios de emergencias y capacita a los profesionales municipales, de primera emergencia y a la ciudadanía en el uso de los desfibriladores. Este programa se desarrolla en colaboración con el **Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI)**, con el objetivo de promover e impulsar la investigación en salud cardiovascular y las políticas públicas para mejorar la salud de la población.

El programa **Bienestar y comunidad** (23) promueve la gobernanza democrática a través del trabajo en red de equipos profesionales y entidades que operan en un territorio para incidir eficazmente en los factores de exclusión social a través de la intervención comunitaria. A través de esta línea de subvención se dinamizan grupos interdisciplinarios en los que se deciden las intervenciones a implementar en un territorio determinado por el área de influencia de los consejos comarcales o de las ciudades con servicios sociales propios. Dipsalut también ofrece líneas de subvención para dar apoyo económico a proyectos relacionados con

la promoción de la salud y el bienestar propuestos directamente por los ayuntamientos, Consejos Comarcales, Consorcios, entidades sin ánimo de lucro del municipio y profesionales.

Ante las dificultades de un entorno complejo y desfavorable para la promoción de la salud, especialmente desde la perspectiva integradora de la Salud Planetaria, en el que las desigualdades entre los países y dentro de los mismos persisten, especialmente en los subgrupos de población y entornos más desfavorecidos (como aquellos con bajo estatus socioeconómico, niveles educativos bajos y afectados por la discriminación racial), concluyo con una reflexión inspiradora de la antropóloga feminista Margaret Mead. Con sus palabras, nos anima a continuar nuestra labor como “activistas pro salud”, recordándonos que «nunca dudemos del potencial de cambio que un “pequeño grupo” de ciudadanos comprometidos puede lograr; de hecho, afirma, es lo único que alguna vez lo ha logrado» (24).

Bibliografía

1. Dipsalut. Informe de creación de Dipsalut [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.dipsalut.cat/el-dipsalut/qui-som/>
2. Dipsalut. Informe anual de Dipsalut 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.dipsalut.cat/el-dipsalut/qui-som/informe-anual/>
3. OMS. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. 2008; Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
4. Antonovsky A. The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promot Int*. 1996;11(1).
5. Kahn LH, Kaplan B, Monath TP, Woodall J, Conti LM. Confronting Zoonoses through Collaboration: The Emergence of One Health. 2008.
6. Frumkin H, Myers S. Planetary Health: Protecting Nature to Protect Ourselves. 2020.
7. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*. abril de 2023;401(10383):1194-213.
8. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health*. diciembre de 2016;4(12):e895-6.
9. Raworth K. Doughnut Economics: Seven Ways to Think Like a 21st-Century Economist. 2017.

10. Wild CP. Complementary Approaches to Assessing Risks of Complex Exposures. *Eur J Epidemiol*. 2005;20(9):733-736.
11. WHO. Carta de ginebra para el Bienestar [Internet]. 2021. Disponible en: https://cdn.who.int/media...dec7_21&download=true
12. Pedrola JLB. Autocuidado ético y emocional para sanitarios. *Educ Médica*. marzo de 2022;23(2):100717.
13. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ*. 10 de diciembre de 2008;337(dec10 1):a2900-a2900.
14. López-Fernández LA, Solar Hormazábal O. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gac Sanit*. noviembre de 2017;31(6):443-5.
15. World Health Organization. Social Determinants of Health Progress Report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 dic. Report No.: EB154/21. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_21-en.pdf
16. Dipsalut. Catàleg de serveis de Dipsalut [Internet]. Disponible en: <https://www.dipsalut.cat/serveis>
17. Skills for health: skills-based health education including life skills : an important component of a child-friendly/health-promoting school. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
18. Dipsalut. Programa d'activitat física [Internet]. Disponible en: <https://activitatfisica.dipsalut.cat/ca/el-programa.html>
19. Dipsalut. Sigues tu: eines i actius per a la salut [Internet]. Disponible en: <https://www.siguestu.cat/>
20. Dipsalut. Programa per famílies [Internet]. Disponible en: <https://families.dipsalut.cat/>
21. Dipsalut. Servei de Suport Psicològic en Situacions de Crisi al Municipi [Internet]. Disponible en: <https://www.dipsalut.cat/...icologic-en-situacions-de>
22. Dipsalut. Girona Territori cardioprotegit [Internet]. Disponible en: <https://www.dipsalut.cat/...erritori-cardioprotegit-0>
23. Dipsalut. Subvenció Benestar i comunitat [Internet]. Disponible en: <https://www.dipsalut.cat/...de-subvencions-benestar-i>
24. Mead M. Cultura y compromiso: El papel del individuo en el cambio social. New York: Anchor Books; 1970.

Experiencias y buenas prácticas



«Activa't amb la natura»

Integrando la Salud Planetaria en un programa de actividad física

Gemma Brunet Rivero

Àrea de Promoció de la Salut, Benestar y Atenció a las Personas. Dipsalut

Existe un amplio consenso sobre la importancia de la actividad física para la salud integral de las personas, tanto en el aspecto físico como mental. Sin embargo, gran parte de la población no cumple con los niveles mínimos recomendados de actividad física, hasta el punto de que la inactividad ha sido identificada como el cuarto principal factor de mortalidad a escala mundial. Además, la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo modificables asociados a las enfermedades no transmisibles (ENT), siendo esencial para la reducción de la carga de estas enfermedades, tal como establece el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las ENT 2013/2020 de la OMS.

Por otra parte, cada vez tenemos más evidencia de los beneficios que comporta para las personas estar en contacto con la naturaleza o con el entorno natural. Estos beneficios van más allá del simple impacto positivo en la salud física, ya que tienen un efecto multidimensional en diversos aspectos de nuestra salud y bienestar, incluyendo la interacción social, el empoderamiento, la cohesión social, el bienestar emocional, la reducción del estrés percibido, el estado de ánimo, la recuperación de la fatiga y la percepción de la propia salud, entre otros.

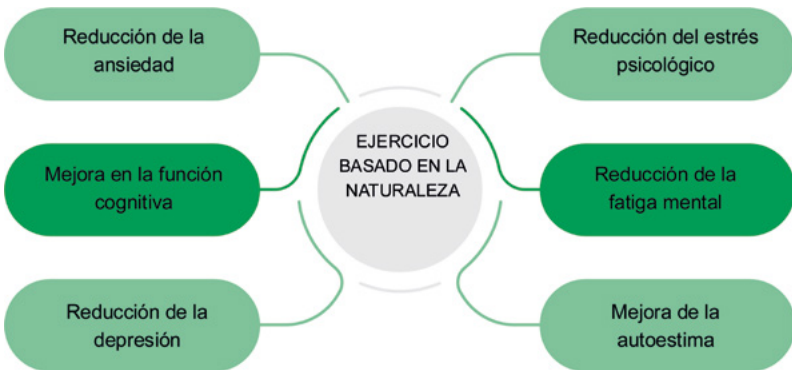
Programa «Activa't amb la natura»

Recuperar el contacto con la naturaleza y llevar a cabo actividades físicas en entornos naturales emerge como una estrategia fundamental para contrarrestar el impacto negativo del sedentarismo y los hábitos asociados. Esta iniciativa adquiere una importancia aún mayor después de la llegada de la pandemia de COVID-19.

Practicar actividad física en espacios verdes o azules, como bosques, zonas verdes periurbanas, parques naturales, lagos, ríos, mar o playa, entre otros, proporciona más beneficios que hacerlo en entornos cerrados.

«Activa't amb la natura» es una intervención basada en sesiones de ejercicio físico en espacios naturales que se enmarca en el «Programa de Actividad Física» de Dipsalut. Esta iniciativa ofrece sesiones de ejercicio físico en la naturaleza en diversos entornos naturales, como bosques, playas y otras áreas verdes. Puede consultar más información sobre el programa en la web: <https://activitatfisica.dipsalut.cat>

Las actividades se basan en las «5 caminos hacia el bienestar» y buscan no solo mejorar la condición física y la salud general, sino también el bienestar psicológico, emocional y social, al mismo tiempo que fomentan el desarrollo de las habilidades para la vida de los participantes, la valoración y cuidado del entorno y la sostenibilidad.



Esta iniciativa aborda el concepto de salud planetaria, considerando la naturaleza como parte integrante con la que estamos conectados. Dipsalut, con esta propuesta, no solo aspira a mejorar la salud y el

bienestar de las personas, sino también a valorar la naturaleza como un activo de salud. Además, destaca la importancia de la implicación de la comunidad en la conservación de los espacios naturales y en la creación de territorios saludables y sostenibles.

Cómo trabajamos la aproximación a la naturaleza dentro de la intervención «Activa't amb la natura»

Las iniciativas «Healthy Parks, Healthy People» y «5 caminos hacia el bienestar» comparten un enfoque común destinado a mejorar la salud y el bienestar mediante la conexión con la naturaleza y la adopción de hábitos positivos en la vida cotidiana.

La iniciativa «Healthy Parks, Healthy People» surgió en Australia, específicamente en los parques nacionales del estado de Victoria, donde hace más de 34 años comenzaron a prescribir la naturaleza. En el caso de Australia, donde se debe pagar entrada para acceder a los parques naturales, se facilitaba el acceso gratuito a aquellas personas que asistían por cuestiones de salud. Esta iniciativa alcanzó un éxito notable y sirvió de inspiración para otros. En Europa, con el apoyo de la Federación EUROPARC y la colaboración de Eurohealth, se está impulsando el programa «Healthy Parks Healthy People Europe», que recoge y fortalece las experiencias de diversos países, las difunde y genera materiales técnicos y comunicativos.

Esta iniciativa reconoce que la vida moderna a menudo se caracteriza por estilos de vida sedentarios, estrés y falta de conexión con la naturaleza, factores que pueden contribuir a diversos problemas de salud. Por lo tanto, promueve la participación en actividades al aire libre, fomenta la actividad física en entornos naturales, sensibiliza sobre los beneficios terapéuticos de la naturaleza para la salud mental, impulsa la educación ambiental y fomenta colaboraciones entre los sectores de la salud y el medioambiente.

Por otro lado, «5 caminos hacia el bienestar» es un conjunto de principios desarrollados por el New Economics Foundation (NEF) en el Reino Unido. Esta estrategia proporciona una guía simple y práctica para contribuir positivamente al bienestar emocional y mental de las personas. Varias organizaciones han adoptado y adaptado la estrategia

«5 caminos hacia el bienestar» en sus programas y políticas de bienestar con el objetivo de crear entornos que favorezcan la salud mental y emocional de manera integral.



La intervención «Activa't amb la natura» de Dipsalut integra estas dos iniciativas y propone los «5 caminos hacia el bienestar», que, adaptados al marco de esta propuesta, se traducen en estas líneas de trabajo:

- **Actíivate** – Fomentamos que las personas participantes hagan ejercicio físico en la naturaleza mientras exploran el entorno natural.
- **Presta atención** – Facilitamos que las personas tomen consciencia del entorno, reduzcan el ritmo, exploren con los sentidos, practiquen la atención plena y se centren en el entorno natural que les rodea.
- **Conecta** – Promovemos la interacción personal entre las personas participantes y fomentamos la conexión con la naturaleza.
- **Aprende** – Facilitamos el conocimiento y la comprensión de la naturaleza entre las personas participantes, proporcionando información sobre la biodiversidad local, los ecosistemas y los procesos naturales. Además, las sensibilizamos ante la emergencia climática y ecológica, incentivando la consciencia y la acción para la preservación de nuestro entorno.
- **Implícate** – Promovemos la participación activa en la conservación y restauración del medioambiente mediante el voluntariado ambiental y la adopción de nuevos hábitos personales sostenibles.

Más información sobre la intervención en la guía «Guia Activa't amb la natura», impulsada por Dipsalut con la colaboració de XCN (Xarxa per a la Conservació de la Natura), Somantura i la Taula Salut i Natura, disponible en <https://activitatfisica.dipsalut.cat/ca/recursos.html>

El estudio NAT - DIPSALUT

El estudio NAT-Dipsalut es un proyecto desarrollado por la Universidad Autónoma de Barcelona con la colaboración de Dipsalut. Su objetivo principal es evaluar el impacto en el bienestar emocional y la salud mental de la práctica guiada de actividad física en la naturaleza, así como generar evidencia científica que incremente la prescripción de actividad física en entornos naturales.

Este estudio científico se desarrolla de manera paralela al programa «Activa't amb la natura» de Dipsalut. Se trata de un ensayo clínico controlado con dos condiciones: un grupo de intervención (que participa en el programa) y un grupo de control (que no participa en el programa).

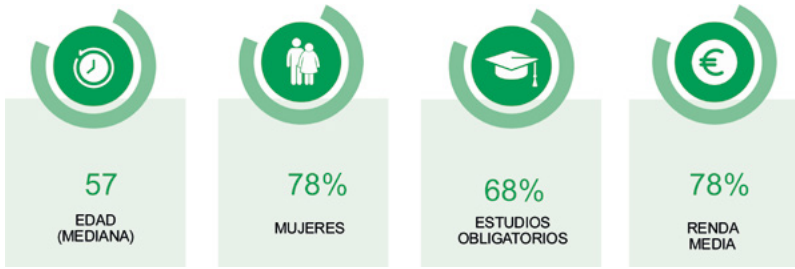
Tanto el grupo control como el grupo de intervención se han dividido en 11 subgrupos respectivamente, distribuidos en las 8 comarcas de la provincia de Girona. Los participantes residían en las comarcas gerundenses.

La administración de los instrumentos de evaluación se ha realizado en varios momentos de la intervención:

- El grupo de intervención completa los cuestionarios antes de comenzar el programa, durante las sesiones, al finalizarlo y, posteriormente, 6 meses más tarde.
- El grupo de control completa el cuestionario antes del inicio del programa, al finalizarlo y, posteriormente, 6 meses más tarde.

Participación y perfil poblacional

Un total de 322 personas participaron en el programa, de las cuales 166 formaron parte del grupo de intervención y los 156 restantes del grupo de control. Del total, 247 participantes completaron el programa, representando un 77 % de participación en el estudio. Este porcentaje se desglosa en 141 participantes del grupo de intervención (85 %) y 106 participantes del grupo de control (68 %).



Parte de los resultados del estudio pueden consultarse en el resumen ejecutivo disponible en: <https://activitatfísica.dipsalut.cat/ca/recursos.html>

Bibliografía

Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2006.

World Health Organization. *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. 2010;56.

European Commission. Directorate General for the Environment, Institute for European Environmental Policy (IEEP). *The health and social benefits of nature and biodiversity protection: final report*. [Internet]. LU: Publications Office; 2016 [citad 18 març 2024]. Disponible a: <https://data.europa.eu/doi/10.2779/294232>

Stephen Kaplan. «The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework». *Journal of Environmental Psychology*. Setembre 1995;15:169-82.

Keniger L, Gaston K, Irvine K, Fuller R. «What are the Benefits of Interacting with Nature?». *Int J Environ Res Public Health*. 6 març 2013;10(3):913-35.

Payne EA, Loi NM, Thorsteinsson EB. «The Restorative Effect of the Natural Environment on University Students' Psychological Health». *J Environ Public Health*. 8 maig 2020;2020:1-9.

Bowler DE, Buyung-Ali LM, Knight TM, Pullin AS. «A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments». *BMC Public Health*. Desembre 2010;10(1):456.

Hospital Universitari Mollet, un centro Net Zero en emisiones directas y la importancia en la salud de las personas

Miguel Ángel Martínez Sánchez

Fundació Sanitària Mollet

La Fundació Sanitària Mollet (FSM) es una organización sin ánimo de lucro que ofrece servicios públicos sociales y de salud en el Vallès Central (Barcelona).

La FSM gestiona el Hospital Universitario Mollet, que se ha convertido en un centro de referencia en sostenibilidad ambiental al conseguir ser un centro neutro en emisiones directas de CO₂.

Así mismo, también gestiona el Hospital Sociosanitario Mollet, el Servicio de Salud Mental y Adicciones Mollet y las residencias Santa Rosa y Pedra Serrada para personas mayores y La Vinyota para personas con discapacidad intelectual.

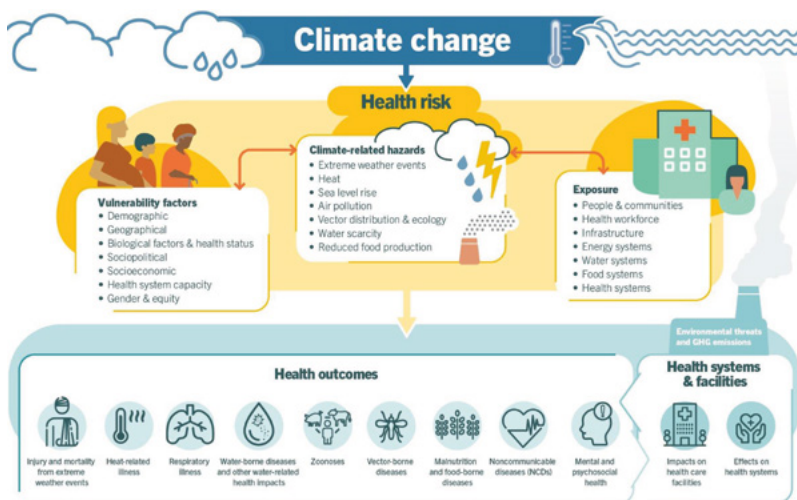
Nuestro propósito institucional es «mejorar la vida de nuestra gente», en su significado más amplio, que incluye, aparte de cuidar de su salud, también cuidar de su entorno y, por tanto, del medioambiente.

El Impacto del medioambiente en la salud de las personas

Por todos es sabido que los factores medioambientales impactan en la salud de las personas, si bien es cierto que no es hasta hace bien poco, que se le ha dado la importancia que merece.

En la pasada COP 28, por primera vez, se puso la salud de las personas en el centro de la acción climática y se materializó con la firma de la Declaración de Salud y Clima por parte de 153 países, entre ellos España. Dicha declaración empieza expresando «la preocupación por los impactos negativos del medioambiente en la salud de las personas», «la importancia de abordar las interacciones entre el cambio climático y la salud y el bienestar humanos en el contexto del CMNUCC y el Acuerdo de París», y «la urgencia de tomar medidas contra el cambio climático y señalamos los beneficios para la salud».

Hay que tener en cuenta que el cambio climático afecta la salud tanto directa como indirectamente y está fuertemente condicionado por determinantes ambientales, sociales y de salud pública.

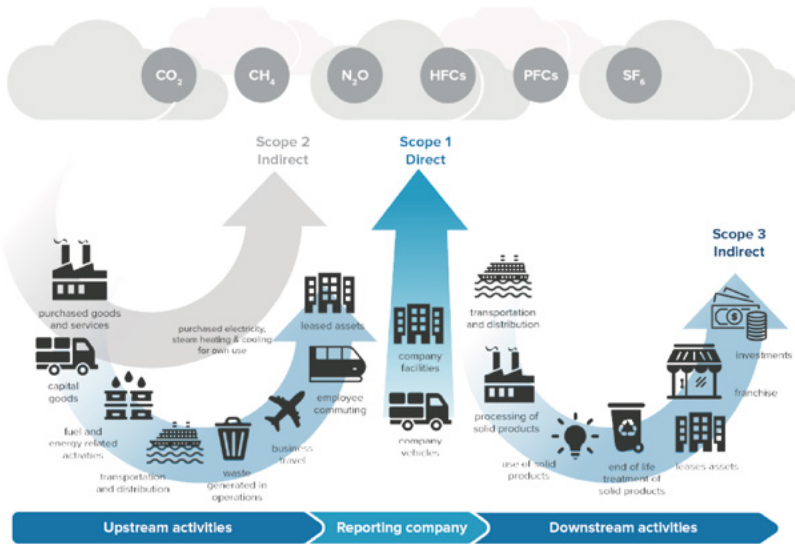


Fuente: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

El Impacto ambiental de los centros sanitarios

Por otro lado, hay que considerar que la actividad de los centros sanitarios impacta negativamente en la salud del planeta, ya que contribuyen al 4,4 % de las emisiones globales de CO₂, lo que equivaldría, en caso de que el sector salud fuera un país, ser el quinto más contaminante del mundo.

Greenhouse Gas Protocol Scopes 1, 2 and 3



Source: Greenhouse Gas Protocol

En lugar de ser parte del problema decidimos ser parte de la solución

Siguiendo nuestro principio institucional, de «Mejorar la vida de nuestra gente», decidimos que teníamos que ser parte de la solución en lugar de ser parte del problema.

Por dicho motivo, el nuevo Hospital de Mollet que abrió sus puertas en julio de 2010, se proyectó de manera que tuviera el menor impacto ambiental, y quedara integrado en el entorno porque se encuentra junto al Parc de Gallecs que es una zona protegida del Plan de Espacios de Interés Natural de Catalunya (PEIN).

La estrategia institucional de la FSM en pro de la sostenibilidad y la salud de las personas nace desde la Gobernanza, y queda reflejado a través de nuestro compromiso por la calidad y la mejora continua, evidenciándose a través de las certificaciones de la ISO 14001 y 50001 tan solo dos años después de abrir las puertas del Hospital, o la certificación de organización saludable en 2018.

Comprometidos con la calidad

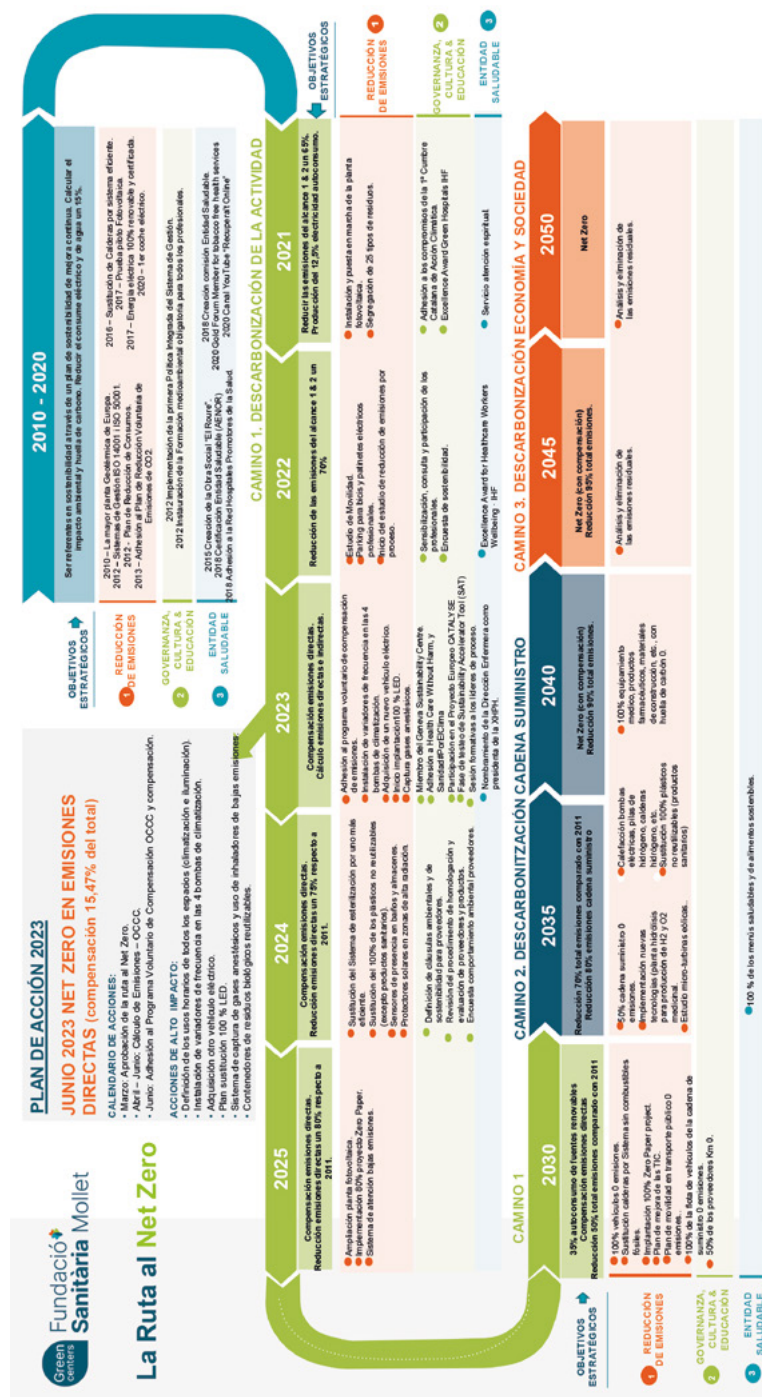


Una ruta al Net Zero total basada en tres pilares esenciales: la gobernanza; reducir el impacto ambiental (a través de la mejora de las instalaciones y procesos); cultura y educación que se integran junto con el proyecto de Entidad Saludable

Gracias a nuestras certificaciones de gestión y nuestra adhesión a los acuerdos de reducción de CO₂ desde 2013, hemos podido implementar acciones para reducir nuestro impacto ambiental. Sin embargo, al ser una organización con presupuesto público, no hemos podido realizar todas las acciones deseadas. Por ello, hemos definido una ruta para convertirnos en un hospital neutro en emisiones de CO₂, priorizando acciones con alto impacto en la descarbonización.

La ruta consta de tres caminos interrelacionados: descarbonizar nuestra actividad directa antes de 2030, descarbonizar la cadena de suministro hasta 2040 y eliminar emisiones residuales mediante la descarbonización de la economía y la sociedad.

Estas acciones se basan en tres pilares fundamentales: reducción de emisiones, gobernanza, cultura y educación (profesionales, usuarios y comunidad) y el proyecto Empresa Saludable.



Reducción emisiones de instalaciones y procesos

El Hospital de Mollet entró en funcionamiento con unas instalaciones novedosas y respetuosas con el medioambiente, sin precedentes antes en un centro sanitario, que a lo largo de los años han evolucionado y mejorado. Dichas acciones se han considerado como prioritarias para la reducción de emisiones. Algunos de los ejemplos son:

- Patios ajardinados. Patios ingleses excavados que permiten la entrada de luz natural, fomentando el bienestar y ahorrando un 40 % en iluminación. Las cubiertas vegetales, proporcionando aislamiento térmico, acústico y recolección de aguas pluviales para el riego de jardines.
- Techos radiantes. Ofrecen climatización mediante conductos de agua, con un ahorro energético considerable y confort acústico.
- Instalación geotérmica. Con 148 pozos perforados a 146 metros de profundidad, aprovecha la temperatura constante del terreno para cubrir parte de la demanda de frío o calor, logrando un ahorro del 30 % en climatización.
- Cambio de calderas: La instalación de una caldera de condensación correctamente dimensionada a las necesidades del hospital ha reducido el consumo de gas natural y las emisiones de CO₂.
- Energía renovable. Desde 2017, el 100 % de la energía eléctrica contratada proviene de fuentes renovables.
- Placas fotovoltaicas. En 2019 se instalaron 1368 paneles solares, que cubren el 12,5 % del consumo eléctrico total del hospital.

Así mismo, se ha llevado a cabo un análisis de cada uno de los procesos del hospital para dar un servicio de bajas emisiones:

- Eliminación de materiales de un solo uso, como batas y tallas quirúrgicas, reduciendo la generación de residuos y emisiones de CO₂.
- Mejora en la gestión de residuos mediante el análisis por procesos, aumentando la segregación a 29 tipos y estableciendo tratamientos sostenibles.
- Reducción de días de hospitalización para disminuir el impacto ambiental, priorizando la hospitalización domiciliaria y proyectos como Fast-track para cirugías de prótesis.

- Adquisición de equipos eficientes para reducir residuos, consumo eléctrico y de agua, como los Armarios Semiautomáticos de Dispensación de Medicación.
- Implementación de proyectos para evitar desplazamientos innecesarios, como la telemedicina, rehabilitación en casa y consultas de alto rendimiento.
- Estrategias para evitar la duplicidad de pruebas diagnósticas, reduciendo así el consumo energético y la generación de residuos.

Gobernanza, cultura y educación

El compromiso con la descarbonización y la protección del medioambiente es una prioridad institucional evidente en las políticas y planes estratégicos, como el Plan Estratégico 21-25, que incluye el objetivo de promover la acción climática y los ODS.

La implicación de los profesionales es fundamental en la lucha contra el cambio climático. En la FSM, la formación en buenas prácticas ambientales y gestión de residuos es obligatoria desde 2013. Una encuesta realizada en enero de 2023, con una participación del 57 % de los profesionales, reflejó un alto nivel de conciencia ambiental. Gracias a ello desde 2024 se dispone de 20 embajadores ambientales representando cada uno de los procesos de la institución, que son profesionales voluntarios.

La sensibilización de la comunidad y otros grupos de interés es otra prioridad para la FSM. Se llevan a cabo acciones a través de medios locales, mensajes en las salas de espera, eventos como el Día Mundial del Medioambiente y sesiones formativas en escuelas e institutos.

Proyecto empresa saludable

En 2018, la FSM obtuvo la certificación en el modelo de gestión de organización saludable de AENOR que nos permitía ordenar y priorizar nuestras acciones, y detectar necesidades en la promoción de la salud. Ese mismo año, nos unimos a la Xarxa d'Hospitals Promotors de la Salut de Catalunya (HPH Catalunya).

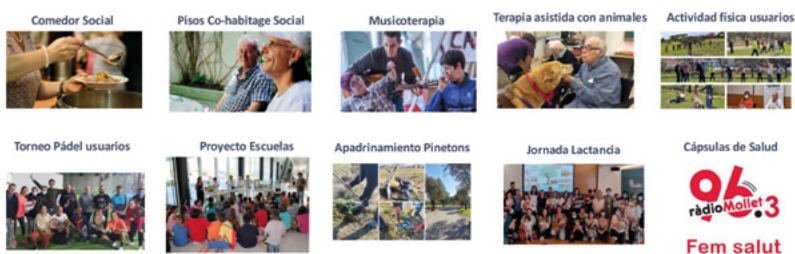
Posteriormente, identificamos los 5 estándares internacionales de promoción de la salud, publicados en 2020 por la Red internacional de Hospitales Promotores de la Salud (HPH).

Esto nos permitió comprender que las acciones de promoción de la salud y las de reducción del impacto ambiental deben ir de la mano, especialmente para los estándares 4 y 5.

Estándar 4. Crear un lugar seguro y saludable



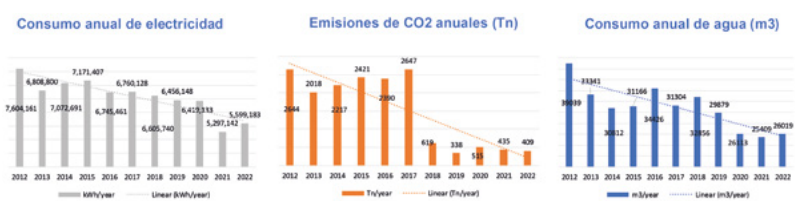
Estándar 5. Promover la salud en la sociedad en general



Resultados

El proyecto Green Hospital y la ruta hacia la descarbonización han alcanzado el objetivo estratégico 21-25 de convertirnos en un centro neutro en emisiones directas de CO₂. Además, hemos reducido el consumo eléctrico en un 26,37 % y el consumo de agua en un 36,36 % mediante una mejor gestión de recursos.

La encuesta de sostenibilidad muestra un alto compromiso de los profesionales con la agenda climática y la conservación del medioambiente. Nuestro centro ha implementado acciones de sostenibilidad y promoción de la salud en todos los procesos.



Hemos sido reconocidos por nuestro compromiso con el medioambiente y la salud, obteniendo el Silver Award en el congreso internacional de hospitales de la IHF en 2021 y 2022 por los proyectos «Green Hospital» y «Entitat Saludable», respectivamente. En el 2024 hemos recibido el reconocimiento europeo «The Healthy Futures Award 2024 by Health Care Without Harm Europe» y a nivel internacional el «Gold Award for the Ashikaga-Nikken Excellence Award for LowCarbon Healthcare of IHF Awards 2024». Estos logros nos posicionan como un centro de referencia internacional y nos permiten participar en programas educativos de universidades reconocidas.

Conclusiones

El éxito de los proyectos de descarbonización depende de una sólida Gobernanza institucional, reflejada en políticas y objetivos estratégicos. Es crucial integrar en la toma de decisiones, la idea de que la salud de las personas está intrínsecamente ligada a la salud del planeta.

El uso de sistemas de gestión, indicadores y objetivos medibles permite priorizar las acciones con mayor impacto y evaluar su efectividad. La participación de todos los grupos de interés, incluyendo profesionales, usuarios y la comunidad en general, es fundamental para el éxito del proyecto.

ArtGran

Diseño y evaluación de una intervención llevada a cabo en museos de Barcelona para disminuir la soledad de las personas mayores

Rosa Puigpinós Riera

Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención (SAMI)
Agència de Salut Pública de Barcelona

Soledad

La soledad es un sentimiento subjetivo generado por la discrepancia entre el contacto social deseado y el que realmente se posee. Afecta a todos los grupos de edad, si bien son jóvenes de menos de 25 años y personas de 65 años o más, los más afectados (1). En las personas mayores es un importante problema de salud pública (2), ya que se ha asociado a un aumento del riesgo en la mortalidad por todas las causas (3), de sufrir enfermedades cardiovasculares (4), depresión, ansiedad, ideas de suicidio (5), demencia (6) y daños cognitivos diversos (7). En España, un 36,7 % de la población de 65 años o más la padecen en algún grado (8).

Arte y salud

Durante los últimos años, ha ido surgiendo evidencia sobre los beneficios del arte en el bienestar emocional y físico de las personas; el reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (9) presenta una revisión exhaustiva de esta evidencia, mostrando además que el arte puede actuar a distintos niveles: promoción, prevención y tratamiento hasta llegar al acompañamiento al final de la vida. Distintos estudios han mostrado cómo las distintas modalidades artísticas son beneficiosas para paliar la soledad en personas mayores y aumentar la conexión social entre ellas (10).

Los museos como espacios de salud

Los museos se presentan como espacios que permiten cultivar, de una manera u otra, todos los tipos de modalidades artísticas, pudiendo hacerlo, tanto como espectador o simple receptor, así como de manera participativa o creativa. Conllevan una serie de beneficios a la hora de reducir la soledad en las personas mayores, propiciando experiencias sociales positivas, oportunidades para aprender y desarrollar nuevas habilidades, calma, aumento de emociones positivas, mayor autoestima y sentimiento de identidad en un contexto para la creación de significados, distracción de los contextos clínicos y mayor comunicación (11).

ARTGRAN

En Barcelona más del 20 % de la población tiene más de 65 años y el 18,7 % se han sentido solos alguna vez o a menudo. Con la finalidad de reducir el sentimiento de soledad de las personas mayores y teniendo en cuenta el papel relevante que el arte y los museos pueden tener en reducir la soledad, se diseñó y evaluó, en un primer estudio piloto la intervención ArtGran mediante un diseño cuasiexperimental pre-post intervención con grupo intervención (GI) y grupo comparación (GC). Fue una intervención coordinada desde la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), cocreada entre salud, cultura y servicios sociales. Se seleccionaron 6 barrios de la ciudad de distinto nivel socioeconómico y a través de los profesionales de los Centros de Atención Primaria de salud (CAP), Servicios Sociales y las Mesas de Salud de los barrios, se seleccionaron 30 personas en cada barrio que los profesionales detectaron o sabían de antemano que tenían problemas de soledad. A cada barrio se le asignó uno de los 6 museos con los que se trabajó: Museu Nacional d'Art de Catalunya (MNAC), Museu d'Art Contemporani de Barcelona (MACBA), Museu Picasso, CaixaForum, Centre de Cultura Contemporània de Barcelona (CCCB) y Espai Modernista de Sant Pau. La intervención consistía en 10 sesiones seguidas (una por semana) de dos horas de duración en un museo (siempre el mismo, de manera que cada barrio tenía asignado un museo). Todos los museos elaboraron un protocolo conjunto a pesar de las diferencias entre ellos, ya que el objetivo único a conseguir era disminuir la soledad. Los participantes se desplazaban en transporte público acompañados de una mediadora social y, una vez en el museo, una mediadora cultural les planteaba actividades siempre distintas, creativas y, a partir de la pintura, la escultural, la arquitectura, la performance, etc.

Evaluación

Antes de iniciar la intervención se realizó una encuesta en ambos grupos sobre salud percibida, calidad de vida, sentimiento de soledad, salud mental y estado de ánimo. La misma encuesta se llevó a cabo una vez finalizada la intervención y también se realizaron grupos de discusión.

Resultados

Las personas que habían realizado la intervención habían mejorado de manera estadísticamente significativa frente a las que todavía no la habían realizado en: sentimiento de soledad (había disminuido), se sentían más alegres y eran más capaces de llevar a cabo sus necesidades cotidianas. En el estudio cualitativo atribuyen estos resultados al hecho de haber coincidido con un grupo de personas con el cual desarrollaron un sentimiento de grupo muy bueno, el haber aprendido sobre ellos mismos y haber podido desarrollar sus capacidades; al hecho de sentirse valorados y escuchados y al excelente trato recibido por las profesionales que estuvieron siempre con ellos.

Debido a los resultados hallados, durante el 2024 se está llevando a cabo la implementación de la intervención a otros barrios de la ciudad.

Bibliografía

1. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. Where are all the lonely people? A population-based study of high-risk groups across the life span. *Soc Psychiatry Paichiatr Epidemiol* 2016; 51(10): 1373-84. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1279-3>
2. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016 Jul 1;102(13):1009-16. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790. Epub 2016 Apr 18. PMID: 27091846; PMCID: PMC4941172.
3. Lara E, Caballero FF, Rico-Urbe LA, et al. Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline?. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(11):1613-1622. <https://doi.org/10.1002/gps.5174>
4. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional

- Office for Europe; 2019. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
5. Cuesta-Lozano D, Simón-López LC, Mirón-González R, García-Sastre M, Bonito-Samino D, Asenjo-Esteve A. Prevalence Rates of Loneliness and Its Impact on Lifestyle in the Healthy Population of Madrid, Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020, 17, 5121; doi:10.3390/ijerph171421.
 6. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población de España 2022-2072. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=6671&capsel=6671>
 7. Perkins R, Mason-Bertrand A, Tymoszyk U, Spiro N, Gee K, Williamon A. Arts engagement supports social connectedness in adulthood: findings from the HEartS Survey.
 8. Macià D, Cattaneo G, Solana J, Tormos JM, Pacual-Leone A, Bartrés-Faz D. Meaning in Life: A Major Predictive Factor for Loneliness Comparable to Connectedness. *Frontiers in Psychology* 2021; 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.627547
 9. Todd C, Camici PM, Lockyer B, Thompson LJM, Chatterjee HJ. Museum-based programs for socially isolated older adults. Understanding what works. *Health and Place* 2017; 48: 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.08.005>
 10. Camici PM, Chatterjee HJ. Museums and art galleries as partners for public health interventions. *Perspect Public Health* 2013; 133(1): 99-71 <http://doi.org/10.1177/1757913912468523>
 11. Thomson LJ, Lockyer B, Camici PM, Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychology wellbeing in older adults. *Perspect Public Health*. 2018; 138 (1): 28-38. <https://doi.org/10.1177/1757913917737563>

L'Observatori: poniendo las bases para los retos del futuro

Un viaje hacia la comprensión profunda de la salud en Girona

Angi Vilà Pujolràs

Observatori Social, Ambiental i de la Salut. Dipsalut

El Observatorio Social, Ambiental y de Salud es un proyecto de Dipsalut iniciado en 2019 con el apoyo de la Unión Europea, la Generalitat de Catalunya y la Diputación de Girona; y tiene como propósito ofrecer a la ciudadanía y a los agentes sociales de la demarcación de Girona información útil y de calidad con la finalidad de promover el compromiso con la salud, el desarrollo humano sostenible, la igualdad de oportunidades y el bien común.

Actualmente, el Observatorio está constituido por un equipo multidisciplinar de 5 personas, de los ámbitos social, salud, ambiental, estadístico y análisis big data.

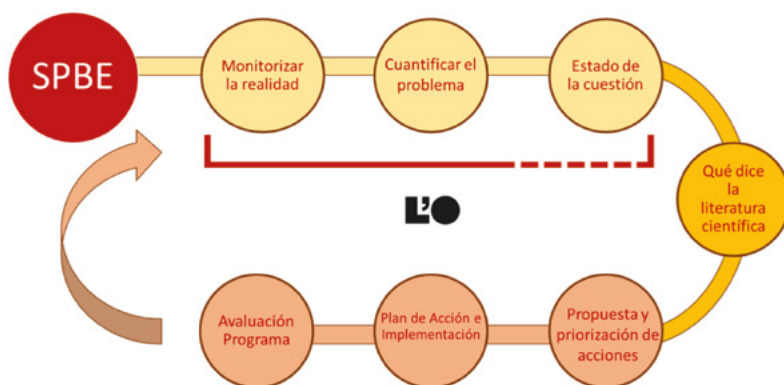
Para desempeñar dicho propósito, una de las funciones nucleares del Observatorio es la de disponer de datos que permitan conocer y monitorear la evolución de los factores sociales, ambientales y de salud que determinan la salud y las desigualdades en salud de la demarcación.

Con el fin de monitorear la realidad, cuantificar riesgos y oportunidades, y conocer el estado de la cuestión, de acuerdo con la adaptación de Dipsalut de la salud pública basada en la evidencia¹, se han identificado unas baterías de indicadores de Observatori (BIOs) de cada uno de los

1 Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2009; 30:175-201. doi:10.1146/annurev.publhealth.031308.100134. PMID: 19296775.

ámbitos principales (social, ambiental y salud) que se seleccionaron y priorizaron a través de un proceso participativo sistematizado con los agentes de salud de los municipios de la demarcación.

No obstante, la carencia de datos de ámbito local, especialmente los autoreportados, dificulta la tarea de ofrecer información útil y de calidad. Para subsanar esta carencia, el Observatorio decide impulsar la creación de una cohorte electrónica longitudinal de diez años de duración denominada Girostudi, compuesta por una muestra de 4000 personas de entre 16 y 79 años² representativa de los municipios de la demarcación para recoger información sobre su estado de salud y bienestar, así como sus condiciones de vida y entorno.



Fuente: elaboración propia a partir de Brownson, et al. 2009

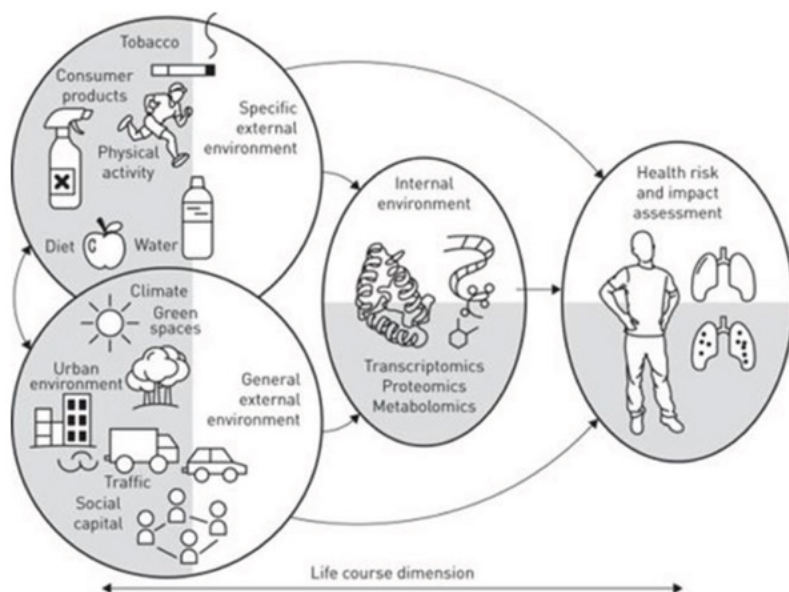
2 Perafita X, Saez M. Clustering of Small Territories Based on Axes of Inequality. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 12;19(6):3359. doi: 10.3390/ijerph19063359. PMID: 35329047; PMCID: PMC8955561.

Girostudi, biomonitorización y exposoma

La recogida de datos a través de la cohorte junto con un bloque de biomonitorización permitirán al Observatorio conocer un poco más sobre lo que se conoce como exposoma³.

El exposoma constituye todas las exposiciones ambientales a las que el ser humano está sometido desde la concepción hasta el final de la vida a través de la dieta, el estilo de vida y el entorno en el que vive y trabaja, así como factores biológicos internos como el metabolismo, la microbiota, la inflamación y el estrés oxidativo.

El exposoma



Fuente: Valérie Siroux et al. Eur Respir Rev 2016; 25: 124-129

3 Wild CP. Complementing the genome with an 'exposome': the outstanding challenge of environmental exposure measurement in molecular epidemiology, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2005, vol. 14 (pg. 1847-50)

Se trata de una nueva aproximación que, en lugar de caracterizar las exposiciones «una por una», y ver las consecuencias de cada una en el organismo, trata de dar cuenta simultáneamente a múltiples factores de exposición que van desde químicos a nutricionales, conductuales y ambientales para mejorar la comprensión de las interrelaciones y correlaciones que se establecen entre ellos.

Hay bastantes evidencias de cómo las exposiciones ambientales tienen afectación en la salud y el bienestar de la población.

Sabemos, por ejemplo, que la exposición al incremento de temperaturas derivadas del cambio climático aumenta el riesgo de mortalidad⁴. También sabemos que la contaminación del aire aumenta el riesgo de mortalidad prematura. La OMS atribuye a la contaminación del aire 6,7 millones de muertes prematuras anuales a nivel mundial⁵ o la Agencia Europea del Medioambiente más de 1.200 en menores de 18 años en Europa⁶. La exposición a microplásticos incrementa los riesgos asociados a la ingestión de estas sustancias tanto en adultos como en niños^{7,8}.

Por otro lado, conocemos qué factores como las relaciones sociales satisfactorias pueden incrementar la longevidad y calidad de vida de las personas mayores⁹.

Por lo tanto, uno de los objetivos de la cohorte será identificar y comprender las correlaciones que se establecen entre la salud y bienestar y *los factores del entorno general y específico* a que está expuesta

4 Mari-Dell'Olmo, M., Tobías, A., Gómez-Gutiérrez, A. et al. Desigualtats socials en l'associació entre temperatura i mortalitat en un context sud-europeu. *Int J Public Health* 64 , 27–37 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1094-6>

5 [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health) (consultado en fecha 12/02/2024).

6 <https://www.eea.europa.eu/publications/air-pollution-and-childrens-health>

7 Wang, Y., Okochi, H., Tani, Y. et al. Airborne hydrophilic microplastics in cloud water at high altitudes and their role in cloud formation. *Environ Chem Lett* 21, 3055–3062 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10311-023-01626-x>

8 Vandenberg LN, Hauser R, Marcus M, Olea N, Welshons WV. Human exposure to bisphenol A (BPA). *Reprod Toxicol.* 2007 Aug-Sep;24(2):139-77. doi: 10.1016/j.reprotox.2007.07.010. Epub 2007 Jul 31. PMID: 17825522.

9 Cerro, E.DD., Félix, J. & De la Fuente, M. Prematurely aging female mice improve their behavioural response, immunity, redox state, and lifespan after a short social interaction with non-prematurely aging mice. *Biogerontology* 23, 307–324 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10522-022-09968-9>

la población de la demarcación de Girona, desagregando por ejes de desigualdad.

Uno de los factores del entorno que se caracterizarán a través de Girostudi son las exposiciones a tóxicos químicos.

La población se encuentra continuamente expuesta a estas sustancias dada su extensa producción y uso cotidiano de productos de limpieza, de cosmética, de cocina... Hay evidencia de que muchas de estas sustancias mimetizan las hormonas y se comportan como disruptores del sistema endocrino, aumentando el riesgo como el hipotiroidismo¹⁰.

Varios estudios de biomonitorización han detectado algunos de estos compuestos en más del 95 % de las muestras biológicas de los participantes^{11, 12}.

Otro de los factores que se caracterizará será la diversidad microbiana de la muestra y su posible correlación con la salud y el bienestar.

Girostudi también recopilará otros datos sobre *factores del entorno general*, como son variables relacionadas con el cambio climático, la contaminación, las relaciones sociales satisfactorias o las circunstancias en las que se desarrollan las condiciones de vida de la población, y sobre *factores del entorno personal más asociados al estilo de vida, uso cotidiano de productos de cosmética, limpieza...*

Por lo tanto, uno de los retos futuros del Observatorio será aproximarse y conocer posibles correlaciones entre dichos factores y sus efectos en la salud, el bienestar y las desigualdades en salud.

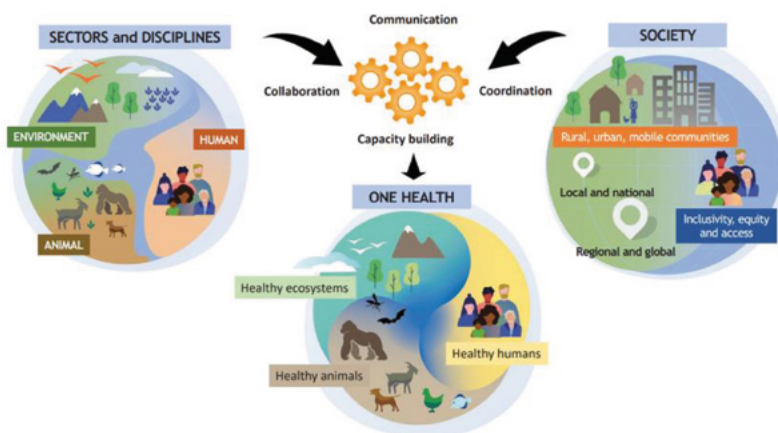
Incorporación del concepto One Health

Los factores del entorno general derivados de la degradación ambiental y que el Observatorio monitorizará, no solo afectan la salud de las poblaciones humanas, sino también los ecosistemas están expuestos a ellos, con consecuencias en la salud global.

10 <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E39/P1-E39-S3467-A731.pdf>

11 <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/ehp.0901716>

12 <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.11.067>



Ejemplo de ello serían la feminización e infertilidad química en ranas generada por la exposición a un herbicida de uso común¹³ o la extinción de especies que comporta, paradójicamente, un incremento de zoonosis que representa el 70 % de las enfermedades emergentes.

El concepto **One Health**¹⁴ entiende la salud como un todo e involucra también el concepto de salud al bienestar de personas, animales y plantas.

Este enfoque de salud más amplio incorpora una mirada multisectorial y colaborativa con la intención de reconocer que la salud de los humanos y los ecosistemas está interrelacionada y es interdependiente.

El Observatorio adopta esta perspectiva integrando en el diseño del Giroestudi a profesionales de distintos ámbitos (médicos, psicólogos,

13 Hayes TB, Khoury V, Narayan A, Nazir M, Park A, Brown T, Adame L, Chan E, Buchholz D, Stueve T, Gallipeau S. Atrazine induces complete feminization and chemical castration in male African clawed frogs (*Xenopus laevis*). *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010 Mar 9;107(10):4612-7. DOI: 10.1073/pnas.0909519107. Epub 2010 Mar 1. PMID: 20194757; PMCID: PMC2842049.

14 Mettenleiter TC, Markotter W, Charron DF, Adisasmito WB, Almuhairi S, Behravesh CB, Bilivogui P, Bukachi SA, Casas N, Becerra NC, Chaudhary A, Zanella JRC, Cunningham AA, Dar O, Debnath N, Dungu B, Farag E, Gao GF, Hayman DTS, Khaita M, Koopmans MPG, Machalaba C, Mackenzie JS, Morand S, Smolenskiy V, Zhou L. The One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). *One Health Outlook*. 2023 Dec 7;5(1):18. DOI: 10.1186/s42522-023-00085-2. PMID: 38062534; PMCID: PMC10704771.

pedagogos, ingenieros químicos, estadísticos, ambientólogos, etc.), e incorporando la ciencia ciudadana a través de una muestra abierta para la población que quiera ser parte activa del proyecto.

Contribución del Observatorio en las bases para los retos de futuro

Conocimiento

Contribuir a ampliar el conocimiento de las múltiples interrelaciones que se establecen entre el entorno, la salud y el bienestar, haciendo hincapié en la identificación y caracterización de los factores de exposición que son más relevantes para la salud y las desigualdades en salud de la demarcación de Girona.

Gobernanza para la salud mediante la evidencia para la acción y la colaboración y transformación

Proporcionar **base** para la toma de **decisiones** a través de la recopilación de datos para avanzar hacia una salud pública de precisión a través del diseño de intervenciones más efectivas y equitativas a escala local, incorporando los principios de justicia social y sostenibilidad local.

Ser un agente activo de transformación, enfatizando la cooperación, la participación comunitaria para construir un entorno más saludable, sostenible y con igualdad de oportunidades.



Brecha digital en el barrio de San Pablo

¿Qué tenemos y hacia dónde queremos caminar?

Rosa Macipe Costa

Centro de Salud San Pablo. Zaragoza

El Consejo de Salud San Pablo, en Zaragoza, lleva mucho tiempo preocupado por el problema de la brecha digital y sus consecuencias sobre la población del barrio, especialmente la más vulnerable. Durante la pandemia este problema emergió con fuerza y fuimos testigos de las dificultades que generó la brecha digital en muchas de las personas que viven en el barrio.

Se sabe que muchos hogares carecen de dispositivos, conectividad, conocimientos y capacidades para manejarse adecuadamente en estas nuevas tecnologías. Asimismo, vimos cómo durante la pandemia muchos servicios públicos y administraciones limitaron la posibilidad de acceso presencial, siendo imprescindible para acceder a una cita previa obtenida solamente vía telefónica o telemática, o eliminando simplemente la opción presencial para realizar muchos trámites administrativos. Trámites en ocasiones tan complicados que son irrealizables sin ayuda por gran parte de la población, especialmente la más vulnerable.

Tras la pandemia, muchos de los circuitos presenciales no se han recuperado y sentimos que las administraciones se han alejado de la población, existiendo barreras que dificultan el acceso a derechos y servicios a una parte amplia de la ciudadanía. Frente a esta situación, creemos que las administraciones deben poner los medios necesarios para disminuir la brecha digital.

Por otro lado, en el proceso de reflexión sobre cómo abordar el problema de la brecha digital en el barrio, surgió con fuerza la idea de que no hay que resignarse a la posibilidad de no recuperar circuitos presenciales porque sabemos que hay un grupo de población que por mucho que nos esforcemos, no va a subirse al tren de lo digital o hay personas que simplemente desean resolver los trámites de una manera presencial por muchos motivos. Por lo tanto, reivindicamos que la Administración debe garantizar siempre circuitos presenciales para las personas que no tienen posibilidad, conocimientos o apoyos suficientes para realizar los trámites de manera telemática. Creemos que la presencialidad aporta cualidades y ventajas al conjunto de la población que la opción telemática raramente va a garantizar.

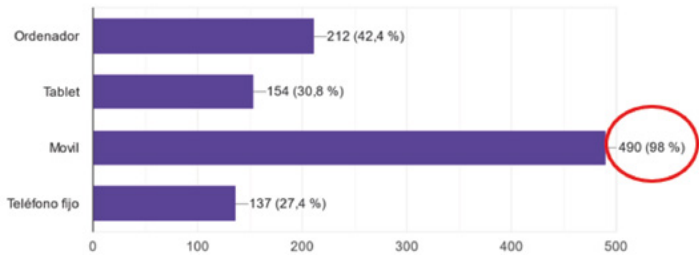
Desde la inquietud de conocer en mayor profundidad la situación de la brecha digital en el barrio y la opinión de sus habitantes respecto a este nuevo escenario en el que la no presencialidad va ganando terreno a los circuitos presenciales tradicionales, se decidió realizar un cuestionario en el que se preguntaba sobre distintos aspectos relacionados con la brecha digital y la presencialidad versus la digitalización progresiva de muchos circuitos y trámites.

Los objetivos de dicha encuesta fueron:

- Conocer mejor la situación de la brecha digital en el barrio.
- Identificar dificultades de acceso de la población a diferentes servicios de la Administración.
- Identificar trámites digitales especialmente dificultosos para la población.
- Explorar la preferencia de la población entre la presencialidad y la vía digital en relación con diferentes variables.
- Identificar los aspectos que valoran más las personas en la atención presencial.

Dicho cuestionario se distribuyó a través de las distintas entidades y colectivos que participan en el Consejo de Salud, para así intentar llegar a población de distintos perfiles y características. El cuestionario fue respondido por más de 500 personas y obtuvimos mucha información, de la cual resaltamos la siguiente.

Señala los dispositivos de que dispones (puedes marcar varios):
500 respuestas

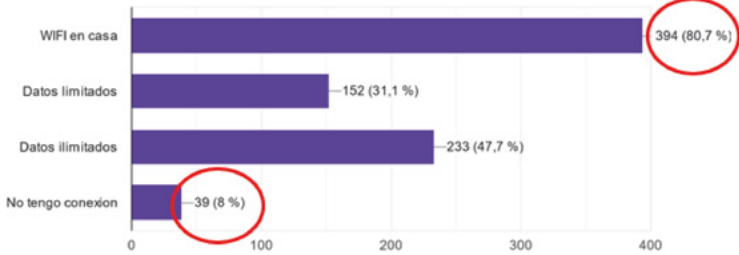


El 98 % de las personas encuestadas tenían móvil; en cambio, teléfono fijo solo lo tenía el 27,4 % de las personas. En el grupo de mayores de 65 años tienen móvil el 90 % de las personas. En el resto de grupos etarios, prácticamente todas las personas lo tienen. Por lo tanto, creemos que la Administración tiene que tender a generar aplicaciones que sean fáciles de utilizar en el móvil.

Solo tenían ordenador el 42 % de los encuestados, y tener ordenador se relaciona claramente con el nivel de estudios. A mayor nivel de estudios, mayor porcentaje de personas tienen ordenador.

El 80,7 % de las personas que respondieron al ítem sobre tipo de conexión que tienen, tenían wifi en casa. Solo un 8 % reconoció no tener ningún tipo de conexión. A mayor edad y a menor nivel de estudios, menos personas tienen wifi.

¿Que tipo de conexión a internet tienes? Marca todos los que tengas.
488 respuestas

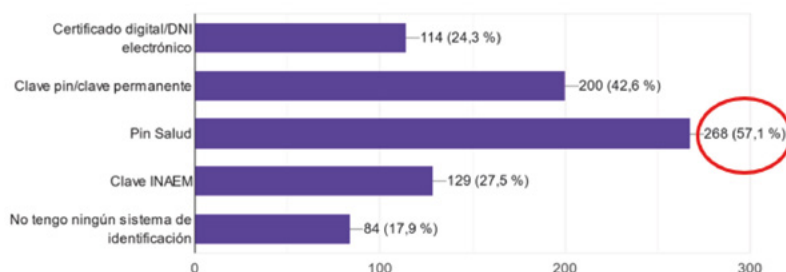


En cuanto a los sistemas de identificación digital (DNI electrónico, Clave permanente, Pin Salud, clave INAEM) necesarios para realizar

muchos trámites en línea, encontramos que solamente el 24,3 % de las personas tenían DNI electrónico, el 42,6 % tenían clave pin y el 57,1 % PIN de la Salud. Por lo tanto, vemos que mucha población no tiene los sistemas de identificación que exigen las aplicaciones informáticas para realizar trámites.

Señala los sistemas de identificación digital de qué dispones:

469 respuestas



Cuando se preguntó sobre cómo prefieren las personas realizar los trámites administrativos, encontramos que solo un 18,4 % prefieren realizarlos a través de internet. El resto, el 41,2 %, prefieren hacerlos únicamente de manera presencial y el 42,4 % depende del trámite. De esto deducimos que la mayor parte de la población no renuncia a la vía presencial y una gran parte ni siquiera contempla la vía digital para ningún tipo de trámite. Esto refuerza nuestra reivindicación de que la Administración debe garantizar siempre un circuito presencial para la población que necesite o prefiera esa vía.

¿Cómo prefieres hacer los trámites administrativos?

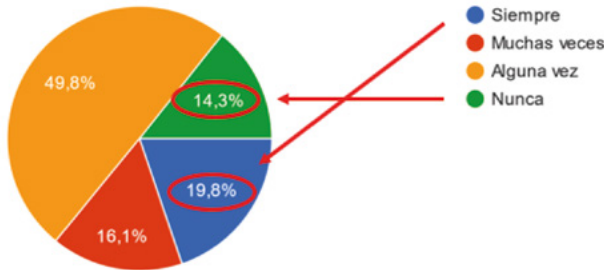
505 respuestas



Respecto a la necesidad de ayuda para realizar trámites digitales, únicamente el 14,3 % de las personas encuestadas no necesitaban raras veces ayuda para realizar trámites. El 19,8 % necesita en muchas ocasiones ayuda y el 16,1 % necesita ayuda muchas veces. Por lo tanto, hay un gran porcentaje de la población que necesita ayuda para realizar trámites. Como es de esperar, las personas de más de 65 años y las personas sin estudios prácticamente necesitan siempre ayuda para realizarlos. En el caso de las personas mayores de 65 años esa ayuda la prestan amigos o familiares, pero en el caso de personas inmigrantes o con bajo nivel de estudios suelen tener que recurrir a servicios sociales, entidades sociales o pagar por realizarlos, seguramente porque en sus entornos no hay personas con capacidad de ayudarlos. De aquí vemos que hay toda una red de familiares, entidades y espacios resolviendo trámites a personas que deberían ser resueltos por la Administración responsable del trámite.

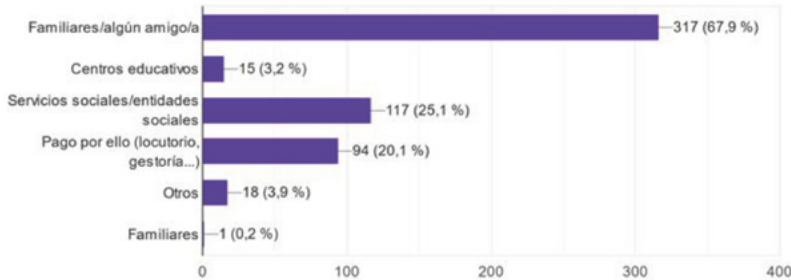
En el caso de tener que hacer trámites por internet, ¿necesitas ayuda?

490 respuestas

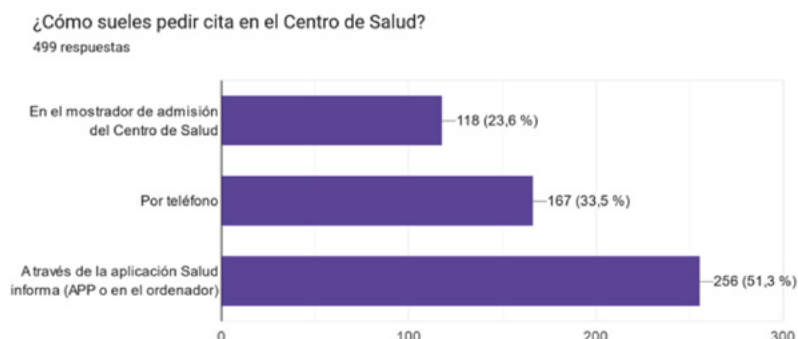


En el caso de necesitar ayuda para los trámites on line, ¿a quien sueles recurrir?

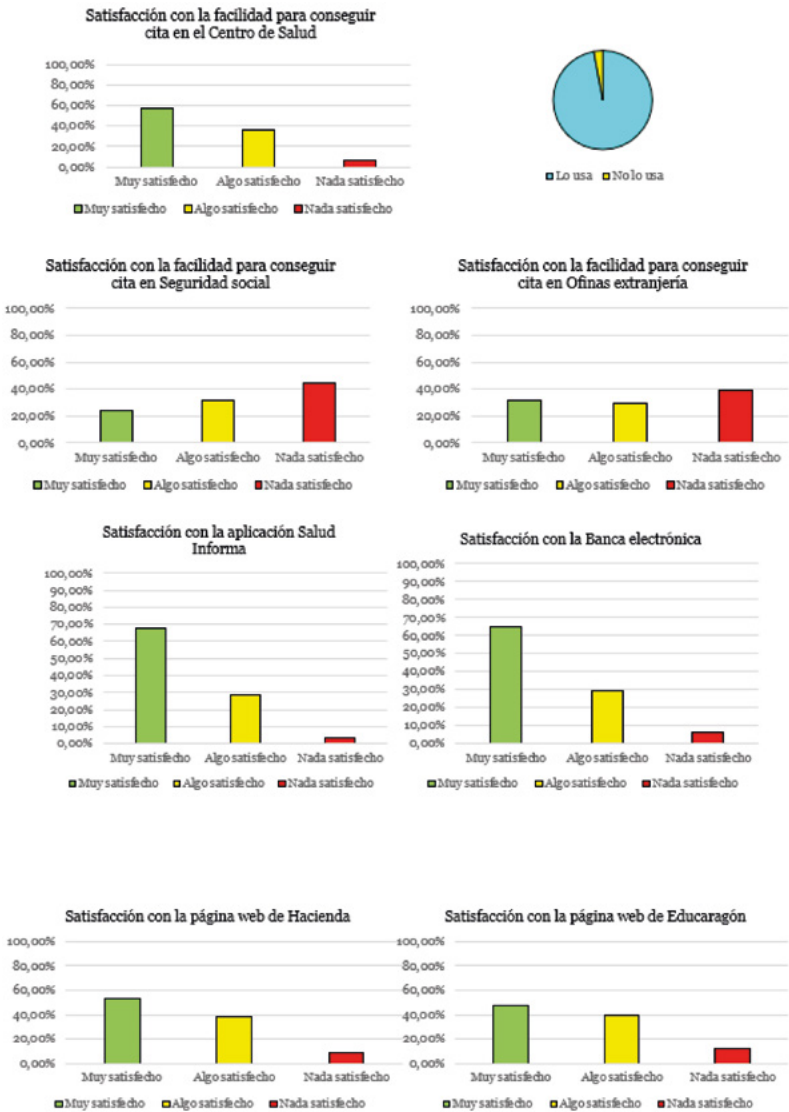
467 respuestas



Respecto a la manera de pedir cita en el centro de salud, en este caso sí que la mitad de la población lo hacía a través de la aplicación Salud informa, pero el resto seguían utilizando el teléfono o acudían al mostrador de admisión. La población mayor de 65 años y las personas sin estudios suele acudir al mostrador de admisión, mientras que la gente joven y con estudios superiores suele hacerlo a través de la aplicación. De esto señalamos que las personas que atienden en el espacio de admisión deben estar capacitadas para atender personas especialmente vulnerables. Y, por otro lado, señalamos que la posibilidad de pedir cita en el mostrador se reduce al tiempo de apertura del centro, mientras que las personas que piden cita a través de la aplicación pueden hacerlo las 24 horas del día. Por lo tanto, en este caso, la coexistencia de las dos vías de acceso genera una inequidad clara de acceso, puesto que acceden más fácilmente a la cita las personas menos vulnerables y que, por lo tanto, necesitan menos la atención al presuponerseles mejor salud.



En la valoración de la satisfacción de los usuarios con la accesibilidad de los servicios, los mejor valorados fueron el centro de salud, el INEM, las oficinas del DNI y los servicios municipales tipo empadronamiento. Los peor valorados fueron la Seguridad Social y la Oficina de Extranjería. Y en cuanto a las aplicaciones informáticas de las distintas administraciones, las mejor valoradas fueron las de la SALUD, la banca electrónica, Educaraagón, Hacienda y el INAEM. Y la peor valorada, la Seguridad Social.

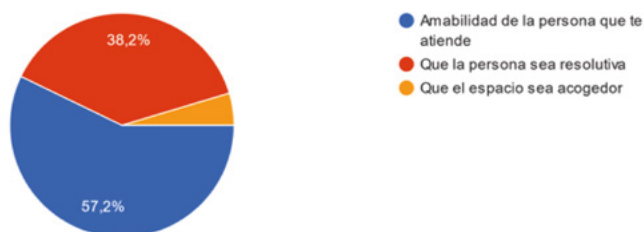


En el cuestionario nos centramos también en la atención presencial, pues nos interesaba también saber qué es lo que más valoran los ciudadanos en ese tipo de atención. Preguntamos qué valoraban más en la atención presencial, si la amabilidad, la resolubilidad o la calidez del espacio. Encontramos que el 57,2 % de las personas valoraba sobre todo la amabilidad de la persona que te atiende, frente al 38,2 % que valoraba

la resolubilidad. Vimos que valoraban más la amabilidad las personas más vulnerables, los mayores de 65 años, las personas con menor nivel de estudios y las personas inmigrantes. Posteriormente, desglosamos cada uno de los ítems en características que definen las 3 posibilidades. Dentro de la amabilidad, las personas valoran especialmente la paciencia; dentro de la resolubilidad, que la gente explique bien, y dentro del espacio, que tenga un ambiente tranquilo y silencioso. Es importante conocer esto para saber dar una mejor atención a las personas.

Marca lo que más valoras cuando te atienden presencialmente

474 respuestas



Todo lo encontrado en esta encuesta nos reafirma en que hay una gran parte de la población que necesita circuitos presenciales dentro de las Administraciones para resolver los trámites y que renunciar a este modo de atención genera barreras importantes de acceso a las personas más vulnerables.

Otra reflexión que nos ha surgido este tiempo es que en un corto periodo de tiempo la preocupación por resolver el problema de la brecha digital se está trasladando al excesivo abuso de pantallas tanto en niños como jóvenes y adultos. Sintiendo además que el mal uso se generaliza, pero se da más en población vulnerable. Esto es muy preocupante, puesto que las medidas propuestas para mejorar el uso que hacemos de las pantallas (parentalidad positiva, recursos individuales para gestionar límites, disponibilidad de tiempo para estar con los hijos, posibilidad de ofertar alternativas, etc.) son mucho más difíciles para la población más vulnerable. Por lo tanto, creemos que la brecha digital va a ir caminando a una brecha de desconexión que puede llegar a ser más peligrosa que la previa.

En resumen, creemos que lo digital ha venido para quedarse, pero hay que ver la manera en la que lo digital coexista correctamente con lo presencial sin que se generen barreras ni inequidades. Lo digital nos tiene que ayudar a ganar tiempo para dedicarnos a ser más humanos.

Benestar i comunitat

Una propuesta para incentivar la gobernanza participativa y la intervención comunitaria desde la administración pública

Caroline Mowatt

Área de Promoción de la Salud, Bienestar y Atención a las personas. Dipsalut

En el 2013 nació el programa de subvenciones «Salut i Crisi» dirigido a ayuntamientos, entes locales supramunicipales (*Consells Comarcals* y *Consortis*) y entidades sin ánimo de lucro supramunicipales, con el objetivo de dar respuesta al impacto de la crisis económica que assolaba el país. Se priorizaron las acciones que se basaran en cubrir las cuatro **necesidades básicas** detectadas: alimentación e higiene, vivienda, ocupabilidad y bienestar emocional y se proponía un **marco de trabajo intersectorial**, donde hubiera representación de diferentes sectores como salud, bienestar social, vivienda u ocupación y participaran diferentes agentes de la administración pública y entidades sociales.

Ese marco de trabajo se materializaba en unas **mesas de coordinación** que, a partir de los principios de la gobernanza democrática, tenían los objetivos de no solapar acciones, aprovechar el capital social de los integrantes de la mesa, vincular las diferentes intervenciones o sugerir estrategias comunes dentro del mismo territorio. Si el territorio ya disponía de mesas de coordinación, se aprovechaban las estructuras ya creadas. Dipsalut ponía a disposición una empresa especializada para dinamizar estas mesas de coordinación.

El programa, desde el inicio, partió de una lógica comarcal, por un lado, porque la ley autonómica otorga las competencias en materia de servicios sociales a los *Consells Comarcals* y *Consortis*, para los municipios de menos de 20.000 habitantes y la provincia de Girona tiene 221 municipios, de los cuales solamente 9 tienen más de 20.000

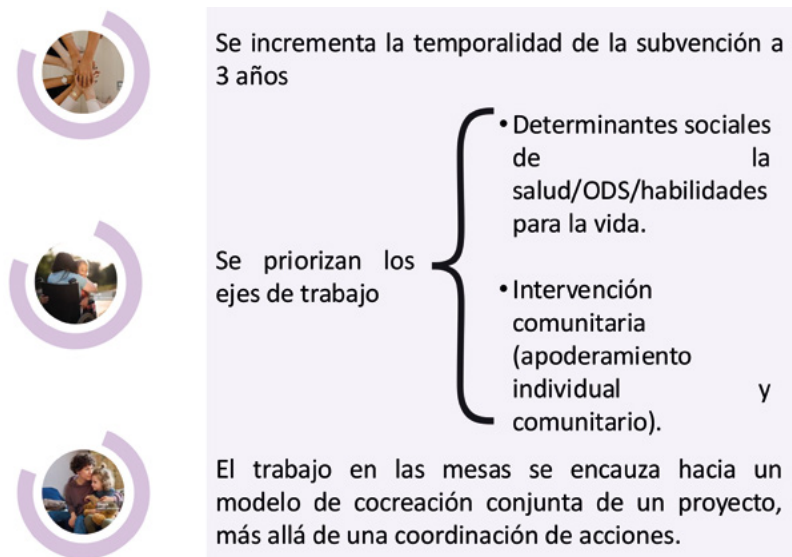
habitantes. Por otro lado, porque la estrategia comarcal nos ayudaba a crear una hoja de ruta conjunta, donde las acciones tuvieran coherencia dentro del mismo ámbito territorial.

«Salut i crisi», 2023



En el 2017 el enfoque sobre el programa cambió y se convirtió en «Benestar i Comunitat». Se incrementó la temporalidad de la subvención a 3 años, se priorizaron las acciones que incidieran en los determinantes sociales de la salud, que integraran los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que incorporasen la visión salutogénica de la salud, que trabajaran para incrementar los recursos generales de resistencia, que fortalecieran el sentido de coherencia, que incrementaran las habilidades para la vida y propusieran metodologías de intervención comunitaria. Asimismo, el trabajo en las mesas empezó a encauzarse hacia modelos de **cocreación** conjunta de proyectos, es decir, se partía de una diagnosis de necesidades consensuada, a partir de la cual se sugería una serie de acciones que tenían como objetivo dar respuesta a las necesidades detectadas. Esas acciones las realizaba la o las entidades/entes que estuvieran en mejor disposición para llevarlas a cabo, es decir, se empezó a huir de la cartera de servicios que tenía cada entidad o ente. Este proceso hacia un modelo de cocreación fue distinto en cada mesa y territorio.

«Benestar i comunitat», 2017



Teniendo en cuenta lo expuesto, «Benestar i Comunitat» comprende dos bloques. Por un lado, las mesas territoriales que dinamizamos nosotros y, por otro lado, las acciones que se financian. Ahora mismo tenemos **11 mesas territoriales** donde participan tanto los entes y entidades que pueden ser beneficiarias de la subvención: entes locales supramunicipales, ayuntamientos de municipios de más de 20.000 habitantes y entidades locales supramunicipales, como también representación de entidades locales, ayuntamientos de la comarca, técnicas comunitarias de la Generalitat, referentes de bienestar emocional del departamento de salud, diferentes sectores como vivienda, ocupación o promoción económica, es decir, entes y entidades que no pueden ser peticionarias directas, pero, o bien participan de la estrategia comarcal de la mesa de coordinación o son receptoras indirectas.

El proyecto en algunas mesas trasciende el programa de subvenciones. Se ha convertido en un espacio donde se propone la estrategia comarcal en materia de intervención social y comunitaria de la comarca o municipio. Cada mesa intersectorial funciona de distinta manera, es decir, que el camino hacia el modelo de gobernanza democrática de los espacios de trabajo ha sido trazado de manera distinta en cada una de ellas.

Más allá de estas mesas y, a veces, a raíz del trabajo recomendado en ellas, se han creado comisiones de trabajo específicas para trabajar temáticas

concretas. Comisiones de vivienda, de ocupación, de formación de adultos... o bien, mesas de coordinación municipal, a las que participan entes locales, diferentes sectores de los ayuntamientos, miembros de la comunidad, entre otros.

Del trabajo generado en estas mesas nacen unas **acciones** que responden a las necesidades detectadas. En un periodo de 3 años llegamos a unas **40.000 personas**, sin contar a la red de **profesionales y técnicas** a las que hemos llegado a través de las mesas territoriales y con la dificultad de contabilizar el alcance con acciones de intervención comunitaria.

Quien lleva a cabo estas acciones es el ente o entidad que esté en mejor disposición para llevarla a término. La tipología es muy amplia. Algunos ejemplos son el acompañamiento de huertos sociales y comunitarios, un grupo terapéutico con jóvenes migradas que, a petición de ellas, realizan una guía para jóvenes que han migrado solas, tarjetas de alimentación, talleres para mujeres en un pueblo donde se vio que la participación de las mujeres en espacios públicos era baja, acciones de dinamización de mesas locales, ocio inclusivo y comunitario, actividades formativas, prelaborales, acciones para paliar la brecha digital, etc.

Es complicado evaluar el impacto de estas acciones en las condiciones de vida de las personas, puesto que, por un lado, la diversidad en la tipología de las acciones es demasiado amplia para encontrar indicadores comunes, y por otro, es difícil establecer una relación de causalidad al ser uno de tantos proyectos que trabaja en la provincia.

Lo que sí hemos podido evaluar de una forma más cualitativa es de qué manera el programa ha contribuido a mejorar el trabajo en red en la provincia de Girona. Se llevó a cabo una evaluación del programa (2015-2020). Se pasaron **tres** cuestionarios en **2015, 2018 y 2020**, donde participaron **80 profesionales** y se realizaron **33 grupos de consenso**. Entre las conclusiones de la evaluación se encuentran las siguientes:

- Se consideró que el programa «Benestar i Comunitat» había contribuido a reforzar las estructuras de coordinación de la intervención social y comunitaria de la provincia. En algunos territorios el programa fue **la excusa** para sentar en la misma mesa a diferentes agentes de la intervención social del territorio por primera vez. Cuando hablamos de reforzar las estructuras de coordinación, nos referimos a **evitar duplicidades, aprovechar el capital social** generado e incluso, en algunos territorios, **proponer estrategias compartidas**, mejorar el **flujo de información** o establecer **protocolos de derivación de casos**.

- En términos de gobernanza democrática, se consideraron diversos ítems, entre ellos el liderazgo y el clima de trabajo. Se consideró que los liderazgos habían sido suficientemente flexibles y se **legitimó el liderazgo** actual como el mejor preparado para ello. El grado de satisfacción en el clima de trabajo generado en las mesas de coordinación fue alto. (Se tuvieron en cuenta factores como el **respeto en los turnos de palabra**, la **confianza** a la hora de expresar la opinión o la **elección** de los espacios de reunión, entre otros)

Se llevó a cabo un proceso participativo, a finales del 2022, con el fin de responder a una serie de preguntas: ¿cómo podíamos **mejorar la coordinación?**, ¿cómo podíamos **promover la intervención comunitaria** y qué **necesidades formativas** había (en relación con el cumplimiento de los objetivos de «Benestar i Comunitat»)? Algunas de las respuestas fueron: la necesidad de la creación de espacios de intercambio de experiencias y saberes de las diferentes mesas; recibir formación en distintas temáticas como evaluación, intervención comunitaria, antirracismo o facilitación de grupos y la agilización de los procesos administrativos a la hora de pedir la subvención.

Tomando en cuenta la evaluación hecha en las mesas, el proceso participativo y la literatura des de la intervención social y la salud comunitaria, se propusieron una serie de cambios en las bases reguladoras de la subvención.

Algunos de estos cambios son:

- La creación de una mesa técnica, abierta a todos los integrantes de las diferentes mesas de coordinación. Un espacio de **debate, reflexión y de intercambio de experiencias**.
- Valorar la calidad técnica del proyecto en el puntaje de la subvención y no sólo las acciones finalistas. En este cambio sugerido se puntúa no solo la calidad técnica del proyecto, sino que también la manera como nos hemos relacionado, es decir, como hemos conseguido que los **liderazgos sean flexibles**, qué metodología de trabajo hemos utilizado para **consensuar el diagnóstico**, las **líneas estratégicas** del proyecto, como nos hemos **coordinado o incluido** a las diferentes **estrategias/planes** de intervención social y comunitaria del territorio, etc.
- Hemos simplificado el procedimiento a la hora de solicitar la subvención.

- Continuamos acompañando a las mesas y ofrecemos una sesión de objetivos de mesa, con el objetivo de reflexionar qué es la mesa, qué objetivos tenemos como grupo de trabajo, como nos vemos en un futuro, hacia donde nos encaminamos, etc.
- Y este año empezaremos a ofrecer **formación**, empezando por sistemas de evaluación.

A modo de conclusión, sobre cómo puede la administración pública incentivar la gobernanza democrática y la intervención comunitaria, rescatamos los ejes estratégicos que se derivaron del proceso de reflexión estratégica de Dipsalut. Como administración pública, debemos poner a disposición del territorio el **conocimiento** académico, tanto ofreciendo formación, como aterrizando las conceptualizaciones en los diferentes programas. Tenemos el deber de establecer **conexiones** entre programas, personas y planes. Tenemos el objetivo de seguir **acompañando** desde la cercanía y la escucha, basándonos en el modelo de 3's, de salud en todas las políticas, de justicia social y desde la sostenibilidad de todo aquello que apoyamos y creamos.

Bibliografía

- Diputació de Barcelona. Àrea d'Atenció a les Persones. (2012). *Plans locals d'inclusió i cohesió social: Guia metodològica revisada*. Diputació de Barcelona.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide Health promotion. *Health Promotion International*, 11,11-18.
- Hernán, M; Morgan, A; Mena, AL. (2013). *Formación en salutogenesis y activos para la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- Programme on Mental Health. World Health Organization. (1993). *Life skills education for children and adolescents in schools*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Acción comunitària para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf

- Cassetti, V; López-Ruiz, V; Paredes-Carbonell, JJ; por el Grupo de Trabajo del Proyecto Adapta GPS. (2018). *Participación comunitària: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social-Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-Comunitaria.pdf
- Rebollo, O; Morales, E; González, S; Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP)-Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). (2016). *Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria*. Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP)-Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf



Conclusiones



Reflexions sobre la salut planetària

Desafiaments i oportunitats

Pau Batlle i Amat

Coordinador de l'Observatori Social, Ambiental i de Salut. Dipsalut

La Salut Planetària emergeix com un concepte crucial que defineix els efectes de l'activitat humana en el funcionament dels sistemes naturals i els seus impactes a la vida del planeta, posant en relleu que la salut humana depèn de la salut dels sistemes naturals de la Terra.

La revisió històrica del concepte revela un creixement paral·lel amb els desafiaments globals, subratllant la necessitat d'un canvi profund en el model de progrés social. L'explotació excessiva dels recursos naturals i la destrucció d'espècies o el canvi climàtic són només la punta de l'iceberg d'un problema molt més profund: **la relació depredadora de la humanitat amb l'entorn que li permet la vida.**

Així doncs, el concepte de Salut Planetària ha guanyat terreny com a marc essencial per entendre i abordar els desafiaments socials i de salut que afronta la humanitat en el segle XXI. Aquesta noció, ja advertida per geògrafs i ambientalistes fa dècades, ha cobrat urgència davant l'evidència científica devastadora sobre l'estat actual i els escenaris imprevisibles que s'obren davant nostre.

Des de fa dècades, coneixem els límits de càrrega del nostre planeta i els seus impactes negatius per a la vida. Els riscos i problemes estan clarament identificats, juntament amb les possibles respostes. Tot i que s'estan realitzant progressos en aquest sentit, encara calen canvis. L'escalfament global que avança més ràpidament del previst, superant els límits establerts pels acords de París, posa en relleu la necessitat d'acció.

És urgent realitzar canvis profunds en les nostres societats i la manera com interactuem amb la Terra. És evident que cal posar fi al model econòmic i social actual que ignora els límits planetaris. Això implica un canvi radical en la forma de pensar, generar coneixement i governar les nostres societats.

En aquest context és crucial comprendre la relació entre la salut planetària i els determinants socials de la salut. S'ha proposat una sistemàtica d'anàlisi en ciutats mediterrànies destacant els efectes en l'equitat en salut. El canvi climàtic interacciona amb aquests determinants i accentua les desigualtats, com s'ha demostrat en diversos estudis sobre mortalitat per onades de calor, distribució de malalties transmissibles i altres factors.

La vulnerabilitat, com a aspecte clau a tenir en compte, inclou l'exposició, l'adaptació i la sensibilitat davant dels impactes del canvi climàtic. S'han explorat diverses estratègies d'adaptació i mitigació, com la creació de refugis climàtics i l'increment d'espais verds. Aquestes experiències són passos en la direcció correcta, però insuficients si no s'aborden les causes estructurals i es promou un canvi significatiu en la percepció del risc i la responsabilitat col·lectiva, especialment per part dels governs i de les grans corporacions.

La participació ciutadana en la presa de decisions polítiques torna a ser fonamental. Cal reconèixer la influència persistent de les estructures de poder i privilegi en l'abordatge del canvi climàtic, que sovint contradiuen els principis de justícia social i climàtica.

Els impactes del canvi climàtic en la salut humana són cada vegada més evidents, amb un augment alarmant d'onades de calor, períodes de sequera i malalties infeccioses. Els sistemes de salut i socials s'enfronten a reptes enormes i necessiten adaptar-se amb urgència.

Per tant, és urgent la necessitat d'incloure la salut planetària a l'agenda política.

La inclusió de la Salut Planetària a l'agenda política i la implementació de plans d'acció, com l'estratègia d'adaptació al canvi climàtic de Catalunya, són passos necessaris però no suficients. Els plans han de transcendir l'àmbit local i abordar les qüestions estructurals globals, promoure una major consciència i acció ciutadana, i redefinir els conceptes de justícia social i climàtica.

Continuem basats en un model econòmic caducat que ignora els límits planetaris i la justícia social, que juntament amb la falta d'adaptació

dels pressupostos públics a l'emergència climàtica, perpetuen un cicle insostenible de consum-explotació que oblida el bé i incrementa la injustícia social i planetària.

La felicitat, mal entesa com l'acumulació de béns i activitats (el TENIR i el FER per sobre del SER), ha de ser replantejada cap a valors de sobrietat i austeritat, i cap a una nova relació amb el nostre entorn.

Afrontem un moment crític on la inacció o les mesures parcials no són una opció viable. La Salut Planetària exigeix un compromís col·lectiu per transformar profundament la nostra manera de viure, pensar i interactuar amb el món que ens envolta.

En última instància, és essencial reconèixer que el canvi climàtic és una qüestió que ens afecta a tots i totes, independentment dels nostres àmbits d'acció. Tot i les incerteses i els desafiaments, tenim l'oportunitat de liderar una transició cap a un futur més sostenible i equitatiu. Això requereix una acció decidida i coordinada arreu del món, amb un compromís ferm per part de tots els actors implicats, començant per un mateix.

L'única responsabilitat que no pots eludir és el compromís amb tu mateix.



Retos de la promoción de la salud en el entorno digital

Conclusiones de la mesa *Transformación digital y desigualdades*

Javier Gállego Diéguez

Salubrista especializado en promoción de la salud

La carta de Ginebra para el Bienestar (1) promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que uno de los cinco ámbitos que necesitan de una acción coordinada para la creación de sociedades del bienestar es el abordaje de los efectos de la transformación digital. Afirmar que *la transformación digital y el cambio tecnológico pueden crear nuevas oportunidades para la conexión, la alfabetización sobre la salud y el intercambio de conocimientos al respecto, así como una prestación de servicios más eficaz y eficiente. Sin embargo, algunas características de los sistemas digitales y la exclusión digital pueden llevar al aislamiento y exacerbar la inequidad.*

La OMS ha creado la *Estrategia Mundial de Salud Digital 2020-2025* (2) con objeto de fortalecer los sistemas de salud utilizando las tecnologías dirigidas a los proveedores de servicios y a los profesionales sanitarios, con el fin de empoderar a los pacientes y personas usuarias del sistema de salud. Define la salud digital como el campo del conocimiento y la práctica relacionado con el desarrollo y la utilización de las tecnologías digitales para mejorar la salud. La Estrategia de OMS propone mejorar la gobernanza de la salud digital facilitando la participación de todos los grupos interesados y propugna sistemas sanitarios centrados en las personas por medio de la salud digital que promuevan la alfabetización en salud digital, la implicación de los pacientes, familias y comunidades, la educación para la salud de pacientes y el empleo de herramientas de autocuidado.

La transformación digital entraña riesgos relacionados con la accesibilidad. La brecha digital que se genera aumenta las desigualdades sociales de la salud. Se identifican los determinantes digitales de la salud que se incluyen en los determinantes sociales de la salud e implican un riesgo para la equidad en salud (3). El estudio sobre la salud digital en España conducido por Ángela Fernández Da Silva, Bran Barral Buceta y Xosé María Mahou-Lago (4) analiza que la población en riesgo de exclusión carece de habilidades y recursos para utilizar los servicios de salud digital. Los colectivos identificados con problemas de accesibilidad son: personas mayores; personas con discapacidad física, psíquica o sensorial; personas inmigrantes; personas con enfermedades mentales; personas con recursos limitados (bajos ingresos); personas con drogodependencias; personas privadas de libertad o en régimen semiabierto; personas en situación de explotación sexual; personas de etnia gitana; y personas sin hogar.

En la mesa de Transformación digital y desigualdades que tuve el placer de moderar en el IV Simposio de promoción de la Salud se habló sobre los retos de la promoción de la salud en el entorno digital, llegando a una serie de conclusiones.

Implantación de la salud digital

La transformación digital en el ámbito sanitario implica el desarrollo de servicios con la mediación de las tecnologías de la información y comunicación. No es meramente la inclusión de una determinada tecnología. Supone un cambio en los servicios sanitarios relacionados con la accesibilidad y la prestación de nuevos servicios digitales. La salud digital implica un nuevo modo de relación entre los profesionales del sistema sanitario, las personas que reciben la atención sanitaria y la ciudadanía. En este nuevo marco de relaciones es importante generar confianza y desarrollar estrategias diversificadas para promover el empoderamiento de los diferentes grupos de personas usuarias y la toma de decisiones compartidas en la atención sanitaria.

Brecha digital

La brecha digital está relacionada con la accesibilidad a una buena conexión a internet, la disponibilidad de dispositivos (móvil, ordenador,

tableta, etc.) y la capacidad para hacer uso de los servicios digitales de acuerdo con la competencia digital y la alfabetización en salud de las personas. Actualmente, la brecha digital no está en relación con el uso de la tecnología, sino con un nuevo concepto de competencia digital a lo largo de la vida. Como afirmaba Ricard Faura, las etapas vitales condicionan diferentes necesidades y capacidades de competencia digital para la autonomía personal. Es necesario generar diferentes estrategias y actuaciones para reducir el efecto de la brecha digital en las inequidades en salud. En primer lugar, es importante garantizar los derechos digitales que incluyen el acceso universal a internet, la utilización de un diseño inclusivo y el acceso a las competencias digitales. En segundo lugar, la salud digital no es una alternativa que vaya a sustituir la atención presencial de los servicios sanitarios, más bien es una estrategia complementaria que amplía y enriquece las opciones de atención sanitaria. La diversificación de los modos de atención puede permitir mejorar la calidad de la atención presencial y la vinculación de las personas usuarias con los profesionales sanitarios. El tercer aspecto es desarrollar estrategias diferenciadas con diferentes grupos, especialmente aquellos más vulnerables. Los servicios sanitarios pueden mejorar el enfoque de equidad colaborando con los recursos sociales y comunitarios que puedan ejercer un rol de intermediarios digitales para mejorar los resultados en salud con determinados colectivos.

Creación de un entorno digital saludable

Internet es un entorno de socialización que crea oportunidades y amenazas, para promover la sociedad del bienestar. El reto que se plantea es si es posible generar un entorno saludable en el mundo digital que promueva la promoción de la salud, del mismo modo que se han propuesto las iniciativas en otros espacios de convivencia como Ciudades Saludables o las Escuelas Promotoras de Salud. El reconocimiento de los derechos digitales es un paso importante para considerar internet un espacio ciudadano, no solamente un espacio de mercado. Buenos ejemplos son el desarrollo de la Carta Catalana por los Derechos y las Responsabilidades Digitales, la Carta de Derechos Digitales de España de 2021 y los Derechos y Principios Digitales de Europa de 2023. También el Parlamento Europeo acaba de aprobar el Reglamento Europeo de la inteligencia artificial, que es la primera ley en el mundo que regula estas cuestiones. La competencia digital no consiste meramente en las habilidades para manejar los dispositivos, implica comprender el

sentido de la navegación, la calidad de las fuentes de información y la interpretación de la información para generar conocimiento. En un mundo cambiante y con sobreabundancia de información es importante desarrollar las capacidades de aprendizaje, que sirven tanto para el mundo analógico como en el digital. Desde una parentalidad positiva es fundamental no utilizar los dispositivos móviles como juguetes para la infancia y adolescencia. Eso implica realizar un acompañamiento y aprendizaje compartido en el entorno familiar y también educar en la desconexión. En el entorno educativo hay que avanzar en el aprendizaje profundo que proporciona motivación, habilidades de comunicación y colaboración, pensamiento crítico para analizar el contexto y creatividad para hacer frente a los retos de las transiciones vitales. Cómo explicaba Mercè Gisbert para superar la brecha cognitiva en la sociedad digital es clave la capacidad para seguir aprendiendo, porque la misión de la educación no consiste en reproducir el mundo.

Ética y gobernanza de los datos

La transformación digital incluye aspectos de carácter ético relacionados con el procesamiento masivo de datos personales de salud mediante Big Data y Lago de Datos. La calidad de los datos primarios influye en los resultados que se puedan obtener de su procesamiento (en informática existe la expresión *Garbage in, Garbage out* GIGO —basura entra, basura sale—). La confidencialidad, los derechos de los pacientes y las modalidades de cesión de datos tienen que estar controladas en la gobernanza de los datos sanitarios. El desarrollo y uso de la medicina predictiva aplicada en diferentes situaciones de la atención sanitaria va a plantear nuevos dilemas éticos. También hay que vigilar y valorar los posibles sesgos de los algoritmos utilizables en salud digital que puedan generar discriminación que atente contra los derechos humanos. La irrupción de la inteligencia artificial en la atención sanitaria supone un cambio para los gestores, los profesionales sanitarios y las personas usuarias. El Observatorio de Ética en Inteligencia Artificial de Cataluña ha elaborado el modelo PIO (Principios, Indicadores y Observables) para el uso ético de datos y sistemas de inteligencia artificial que se puede utilizar como herramienta de autoevaluación. Es necesario revisar las cuestiones relacionadas con la atribución de responsabilidades y generar un marco de transparencia y entendimiento que promueva la confianza. Como remarcaba Albert Sabater, en estos momentos de eclosión de la inteligencia artificial, la inteligencia humana es más necesaria que nunca.

Por consiguiente, la transformación digital es un aspecto clave de la promoción de la salud que necesita de la atención de todos los grupos interesados del ámbito sanitario y del resto de la sociedad.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2024). Carta de Ginebra para el Bienestar. Recuperado de [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/aaff_health_is_everywhere_geneva_charter_well-being_es.pdf?sfvrsn=f55dec7_21&download=true\[1\]](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/aaff_health_is_everywhere_geneva_charter_well-being_es.pdf?sfvrsn=f55dec7_21&download=true[1])
2. Organización Mundial de la Salud. (2021). Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025. (2021). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924>
3. Vidal-Alaball, J., Alarcon Belmonte, I., Panadés Zafra, R., Escalé-Besa, A., Acezat Oliva, J., & Saperas Pérez, C. (2023). Abordaje de la transformación digital en salud para reducir la brecha digital. *Atención Primaria*, 55(9). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102626>
4. Fernández Da Silva, Á., Buceta, B. B., & Mahou-Lago, X. M. (2022). eHealth policy in Spain: A comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain. *Digital health*, 8, <https://doi.org/10.1177/20552076221120724>



Construyendo los retos de la promoción de la salud hoy

Conclusiones de un diálogo

Mariano Hernán García

Profesor honorario de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Director de la Revista Comunidad de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

Durante el IV Simposio Mediterráneo de Promoción de la Salud tuve el honor de moderar un diálogo entre personas referentes en promoción de la salud. Reportaré en las páginas siguientes algunos detalles sobre el desarrollo y las conclusiones del fructífero encuentro.

El método

El diálogo se fue desarrollando bajo la propuesta de contenido orientada por un mensaje: «Construyendo los retos de la promoción de la salud hoy» que se enmarcó en el programa del IV Simposio Mediterráneo de Promoción de la Salud, cuyo lema «Retos para una sociedad sostenible, equitativa y del bienestar» orientó también el debate.

La actividad tuvo lugar en Girona el miércoles 28 de febrero de 2024, casi finalizando el Simposio y, por tanto, se contaba ya con mucha información acumulada a partir de las ponencias y mesas previas que fueron generadoras de sugerentes contenidos, gracias a la propuesta de trabajo elaborada por la Cátedra de Promoción de la Salud de la Universidad de Girona en colaboración con Diposalut.

Las personas protagonistas fueron:

- Carmen Cabezas, secretaria de Salud Pública del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

- Ana Ayuso Álvarez, profesora de la Universidad Autónoma de Madrid y colaboradora de la Red Salud Planetaria.
- Paolo Contu, vicepresidente Regional de la Unión Internacional de Promoción de la Salud (IUHPE/EURO).
- Javier Segura del Pozo, médico de familia y presidente de la Asociación Madrileña de Salud Pública.
- Y el público asistente que expuso, en el transcurso del diálogo, puntos clave para las disertaciones. En la sala se encontraban 110 personas.

Para comprender el desarrollo de la actividad es clave saber que se había concebido como un diálogo, mediado por cuestiones previamente elaboradas que invitasen a reflexionar entorno al lema del simposio; para eso fue imprescindible orientar la mirada hacia la promoción de la salud de las personas y las comunidades y su relación con la salud planetaria, la transformación digital y las desigualdades sociales, en el marco de una política pública saludable.

Sobre el contexto y la metodología, cabe decir que la puesta en escena consistió en un escenario frente al público y cinco butacones dispuestos en semicírculo para facilitar la conversación entre los protagonistas. Se pactó previamente el orden de intervención y el tiempo de respuesta (máximo de 3 minutos por aportación de cada persona invitada a la tertulia). Se fueron planteando asuntos o preguntas y conexiones entre las respuestas, de eso debió ocuparse el moderador, interviniendo lo justo. Se pretendía y se logró el máximo de participación del público. La moderación tenía como retos: a) incentivar el debate y b) captar conclusiones que fueron aportadas posteriormente al resumen del Simposio.

Sobre la acción y la concreción de la tarea contamos con las cuatro perspectivas y argumentos para la promoción de la salud desde la procedencia y la experiencia de la Dra. Cabezas y el Dr. Segura, la Profesora Ayuso y el profesor Contu. El propósito era exponer los temas desde el marco mundial, las miradas regionales, la acción desde el ámbito municipal y las perspectivas urbana o rural. También se entró de lleno en las aportaciones y observaciones del público, desde el sector profesional y académico, la experiencia y dinámica de acción en los centros de salud y otros espacios propios de la acción comunitaria, las metodologías que manejamos en promoción de la salud comunitaria, las estrategias de gestión del conocimiento y los caminos de la investigación.

El contenido

Para el debate se propusieron dos cuestiones en forma de preguntas:

a) ¿Cuáles son los asuntos clave a abordar desde la salud pública, ante el cambio en el clima, las tensiones territoriales, la inequidad y la injusticia social?

b) Ante los asuntos abordados: ¿Qué papel juega la promoción de la salud de las personas y las comunidades para mantener y/o mejorar el bienestar y la salud poblacional?

Estas dos preguntas debatidas entre todas las personas participantes, incentivadas por las aportaciones clarificadoras de nuestros y nuestras cuatro personas invitadas, nos permitieron abordar en *tiempo récord* los asuntos a tratar, generándose las aportaciones y conclusiones que exponemos a continuación.

Según las personas participantes en este diálogo, la mirada que hoy podemos hacer desde la salud pública, al mundo que nos rodea y en el que vivimos, necesita poner énfasis en algunas ideas:

- El cambio de las condiciones climáticas y sus efectos psico-bio-sociales es hoy clave para tomar decisiones en salud pública.
- Para una cohesión comunitaria que tenga un efecto real en la salud poblacional necesitamos poner énfasis en la equidad.
- Es, por tanto, imprescindible conectar el discurso de la salud planetaria con la posibilidad de «poder llegar a fin de mes», conjugando intereses, escuchando a la población, ajustando la comunicación a los contextos comunitarios concretos y no olvidando las condiciones de vida de la gente.
- Sabemos que «las guerras lo que necesitan es paz», por eso hoy es necesario trabajar con la conciencia clara de que nuestra sociedad es diversa, vive tensiones y tenemos que hacer el esfuerzo por entendernos, buscando el bienestar en nuestros ecosistemas.
- Estamos abocados cada día más a trabajar con otros sectores entrecruzándonos e intercambiando nuestras miradas y riquezas (activos).
- La interacción social es por eso clave para la acción de la salud pública, que no acertará sin un buen diagnóstico de los determinantes sociales y las opciones para la acción sobre las condiciones y los estilos de vida que conllevan.

- Necesitamos reelaborar o reforzar teorías que nos permita comprender la multicausalidad de los asuntos de la salud pública desde una mirada salutogénica.

Las conclusiones

Por todo ello concluimos que tenemos diez retos para la promoción de la salud:

1. Empujar procesos de cambio que permitan a las personas mejorar su bienestar.
2. Trabajar en los barrios o pueblos haciendo uso de nuestra capacidad para hacer abogacía, concienciándonos de lo que ocurre y de lo que podemos hacer juntos y juntas. Hacer lo que se debería hacer.
3. Cuidar los procesos de la intervención en promoción de la salud y aprender a cómo hacerlo la próxima vez (esto puede ser muy útil después de un fracaso).
4. Promocionar equipos locales de trabajo cohesionados que intervengan en coalición y creando alianzas.
5. Compartir buenas prácticas para la promoción de la salud y la salud comunitaria; promocionando la acción a tres niveles: 1) individual en la consulta, 2) grupal en contextos educativos, 3) en la comunidad activa, cooperando con y entre los recursos locales, sociosanitarios, culturales y educativos. Sin dejar a nadie atrás.
6. Formar y formarnos, en las teorías, las metodologías y las prácticas propias de la promoción de la salud y la acción comunitaria; profundizando en nuestras capacidades y aprovechando los talentos, desde el grado a los postgrados, la educación permanente y el aprendizaje a lo largo de la vida.
7. Recordar sistemáticamente la importancia de la mirada y la acción local para enriquecer lo global.
8. Aprender a trabajar a partir de los intereses reales de la población, tomando como una fuente relevante el conocimiento lego o experiencial y el valor de lo intersectorial e interpersonal desde los diferentes puntos de vista y posiciones sociales y liderazgos,

favoreciendo la conexión entre conocimientos: profesional, académico y lego.

9. Consolidar la importancia de las metodologías y técnicas propias de la promoción de la salud comunitaria, para mapear e identificar las riquezas (activos) para la salud de nuestros contextos, comprender nuestra realidad y utilizar los datos y las narrativas para afinar la acción transformadora en salud de manera consecuente.
10. Avanzar desde la melancolía a la acción, del no es posible al hay que hacerlo, basándonos en las pruebas, la evidencia y el rigor. Navegando desde los determinantes macro, meso y micro hacia acciones coherentes en promoción de la salud.



PARTE 2

Comunicaciones



«Qué Hacer y No Hacer en Salud Planetaria»

Guía práctica para Médicos de Familia y Comunidades

Miriam Navarro Beltrá, Cristina Almécija Pérez, Alejandra Pérez Pérez, Paula Bellido Izquierdo, María del Campo Giménez, Montserrat Royo Vidal, Julián García Sáez

Programa Salud Planetaria semFYC

Programa Salud Planetaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Correspondencia: Miriam Navarro (saludplanetaria@semfyc.es)

Tema: Salud Planetaria

Palabras clave: cambio climático, salud, atención primaria, formación, medicina de familia y comunitaria.

Introducción

Las guías «Hacer y No Hacer» de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) son guías prácticas sobre temas concretos dirigidas a residentes y médicos de familia y comunidad (MFyC).

En el año 2019 se crea en semFYC un grupo de trabajo sobre Salud Planetaria (SP). La sociedad, siendo consciente del impacto del cambio global en nuestra salud y la de nuestros pacientes, decide en 2022 convertir el grupo de trabajo en programa, para que sus actividades se reflejen de manera transversal en todas las de semFYC.

Objetivo

Ofrecer una herramienta práctica para pasar la consulta de atención primaria con mirada de SP.

Metodología

La guía se confeccionó de la forma más práctica posible para que las y los MFyC pudieran aplicarla en su día a día: en la rutina del centro de salud o consultorio, al valorar a los pacientes, a la hora de recomendar actividades de prevención y promoción de la salud, en el momento de prescribir, en las actividades con la comunidad. De todos los abordables por la SP, se escogieron los temas que consideramos cruciales para que MFyC pudieran incluir en su día a día la perspectiva de SP.

Resultados

Guía editada en julio-2022. En julio-2023 se tradujo al inglés. Ambas versiones están disponibles en la web de semFYC (283 descargas hasta la fecha) y se han difundido en congresos y jornadas científicas a nivel nacional y europeo (1800 unidades). Temas:

- Anamnesis sobre salud medioambiental
- Contaminación atmosférica
- Dieta planetaria
- Ejercicio físico en la naturaleza
- Tipos de inhaladores y su impacto en el medioambiente
- Antimicrobianos
- Prescripción farmacológica y huella de carbono
- Eliminación sostenible de medicamentos
- Reducir la huella de carbono de los centros sanitarios
- Activismo

Conclusión

A través de esta guía, las y los MFyC tienen a su alcance las claves básicas para cuidar al planeta mientras cuidan la salud de sus pacientes, y para reducir la huella de carbono del sector salud, al mismo tiempo que se sensibilizan sobre la importancia de aplicar estos gestos en su vida profesional y personal.



És important donar resposta a la necessitat de formació de postgrau en salut planetària

Màster Universitari en Salut Planetària

Cristina O'Callaghan-Gordo

Estudis de Ciències de la Salut (UOC), ISGlobal, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Carme Carrión

Departament de Ciències Mèdiques, Universitat de Girona (UdG), ehealth Lab Research Group, Estudis de Ciències de la Salut, Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

Ariadna Moreno

ISGlobal, Centre for Studies on Planetary Wellbeing - Universitat Pompeu Fabra (UPF)

Josep M. Antó

Universitat Pompeu Fabra (UPF), ISGlobal, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Correspondencia: Carme Carrion (mcarrionr@uoc.edu)

Tema: Salut Planetària

Paraules clau: salut planetària, crisi climàtica, antropocè, màster universitari, governança global

La salut planetària (SP) és un nou paradigma que vol donar resposta als riscos que la crisi climàtica i ambiental global suposen per a la salut de les persones adreçant la urgència, la complexitat i la interdisciplinarietat.

La Universitat Oberta de Catalunya (UOC), la Universitat Pompeu Fabra (UPF) i l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal) han desenvolupat el primer Màster Universitari en línia i asíncron en Salut Planetària. L'objectiu del programa és formar una nova generació d'acadèmics i professionals que, en el context de l'Agenda 2023, entenguin els reptes de la salut planetària i disposin d'eines adequades per donar-hi resposta. El programa és fruit d'un procés col·laboratiu que partint de la salut humana a escala individual i poblacional adopta un enfocament multi, inter i transdisciplinari, per fer front als reptes de salut de l'Antropocè.

El Màster inclou dotze mòduls de 5 ECTS (125 hores) cadascun i s'estructura en tres blocs: i) Context general i metodologies per entendre i respondre als reptes de la salut planetària amb una governança global multinivell eficaç ii) Identificació de reptes clau: sistemes alimentaris, canvi d'ús del sòl i pèrdua de biodiversitat, recursos hídrics, contaminació global, urbanització, ciutats saludables i sostenibles i canvi climàtic i, iii) Integració i aplicació de continguts de blocs anteriors per promoure estratègies i canvis transformadors, incloent-hi un projecte de recerca (treball final de màster).

El màster es va iniciar l'octubre 2021. Actualment, hi ha més de 100 estudiants inscrits al programa procedents d'un ampli ventall de disciplines. El 47% provenen de l'àmbit de ciències de la salut, un 37% de ciències de la vida, un 10% de ciències socials i un 6% d'enginyeries i arquitectura. La primera cohort va acabar la formació el juliol de 2023 (n=12) i els seus treballs finals de màster van girar entorn dels temes següents: efectes de la contaminació i l'escalfament global sobre la salut de les persones, anàlisi de diferents patrons alimentaris per aconseguir dietes saludables i sostenibles, visió de les comunitats indígenes per avançar en la salut planetària o bé l'anàlisi dels conceptes de salut planetària en les formacions de salut pública.

Formación de los riesgos para la salud relacionados con el cambio climático en los Grados de Enfermería de las universidades españolas

Mateos, J. T.

Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

Grup de Recerca en Cures de la Salut (GRECS), Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida), Lleida, España

Manex Noble Irurueta

Correspondencia: José Tomás Mateos García (josetomas.mateos@udl.cat)

Tema: Salud Planetaria

Palabras clave: cambio climático, enfermería, educación en enfermería

Introducción

Las enfermeras desempeñan un papel crucial como educadoras en salud, fomentando la conciencia sobre los riesgos para la salud en la población. Entre estos riesgos, uno de los más acuciantes es la crisis climática. Por ello, es esencial que las enfermeras adquieran conocimientos sobre el cambio climático, lo cual requiere el desarrollo de una formación estructurada dentro de los Grados.

Objetivo

El objetivo de este estudio transversal es describir la formación proporcionada sobre cambio climático en los programas de Grado de Enfermería de las universidades españolas durante el curso escolar 2020/21.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal cuantitativo que incluyó la identificación de las universidades españolas que ofrecen el Grado en Enfermería, la identificación de las asignaturas pertinentes y el profesorado correspondiente. Se solicitó la participación de los docentes a través de un cuestionario.

Resultados

Se recopilaron 43 respuestas de docentes de 33 universidades diferentes. El 79,1 % considera necesario incluir formación sobre cambio climático, mientras que el 46,5 % opina que los docentes carecen de conocimientos suficientes para impartir sobre este tema. El 44,2 % aboga por la creación de una asignatura centrada sobre el cambio climático, utilizando métodos como clases teóricas, seminarios y trabajos en grupo. El 30,2 % se muestra neutral ante la posibilidad de una asignatura sobre cambio climático en un futuro cercano. Las áreas más descuidadas por las universidades respecto al impacto del cambio climático en la salud son la elevación del nivel del mar, el aumento de las temperaturas y los métodos de producción de electricidad.

Conclusiones

A pesar de la documentada repercusión del cambio climático en la salud, la formación en este ámbito en el Grado en Enfermería es incipiente, aunque existe una disposición de los docentes para incluir más contenido. Es imperativo desarrollar planes de estudio que se ajusten a las necesidades de la profesión, y se requieren más investigaciones para determinar qué y cómo incorporar el cambio climático en la formación de los Grados en Enfermería.

La salud planetaria como eje transversal en las asignaturas del Máster en Salud Pública UPF-UAB

M Llimós¹, FB Benavides^{1,4}, A Moreno¹, JM Antó^{1,3},
C O'Callaghan-Gordo^{2,3}

¹ Universidad Pompeu Fabra

² Universidad Oberta de Catalunya

³ ISGlobal

⁴ CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Correspondencia: Mireia Llimós (mireia.llimos@upf.edu)

Tema: Salud Planetaria

Palabras clave: crisis climática, salud pública, salud planetaria, formación de posgrado

Introducción

La crisis climática y ambiental global implica retos existenciales sin precedentes para la humanidad. Diferentes instituciones internacionales han realizado una llamada para pasar a la acción e incorporar conceptos de salud planetaria (SP) en todos los currículums académicos urgentemente. En este contexto, la Universidad Pompeu Fabra pone en marcha en 2018 una iniciativa sobre Bienestar Planetario para abordar los retos urgentes a escala planetaria. Como parte de esta iniciativa, el Máster en Salud Pública inicia un proyecto para incrementar la presencia de contenidos relacionados con SP en las asignaturas del programa. El curso 2021-2022 revisamos las guías docentes incluidas en el plan de estudios a partir de la identificación de una serie de palabras clave

relacionadas con SP y detectamos que el 56% no incluye ninguna, y que ninguna asignatura obligatoria recoge de manera amplia y estructurada la crisis ambiental del Antropoceno.

Objetivo

Diseñar e implementar una intervención para incrementar la presencia de contenidos relacionados con SP en todas las asignaturas del máster.

Metodología

Ofrecemos formación (dos seminarios y un taller práctico) sobre SP para definir un marco conceptual compartido entre el profesorado y elaboramos una guía con recursos específicos que sean de utilidad en las diferentes asignaturas. Posteriormente, evaluamos el impacto que ha tenido la implementación de la intervención en 5 asignaturas, revisando las nuevas guías docentes a partir de las palabras clave identificadas previamente, y comparándolas con las guías docentes del curso anterior.

Resultados

Una vez implementada la intervención identificamos que el 80% de las asignaturas han aumentado la presencia de palabras clave relacionadas con SP, a través de la utilización de diferentes recursos formativos (debates, ejercicios prácticos o trabajos grupales). Ninguna asignatura incorpora un artículo científico relacionado con SP como lectura obligatoria, únicamente una lo incorpora como lectura recomendada.

Conclusiones

Esta es una de las pocas experiencias en el ámbito de la formación de posgrado que recoge una intervención diseñada para incorporar la SP como eje transversal en un máster en salud pública. Con su implementación esperamos mejorar los contenidos docentes del programa y ofrecer una mejor capacitación a los futuros profesionales de la salud pública.

«Mi regla, mis reglas»

Plan de equidad menstrual en la Región Sanitaria de Girona

Neus Ferrer Morell¹, Joana Terrades Cama¹, Belén Pérez Jiménez², Carles Mundet Sucarrats¹, y otras profesionales del programa de Salud y Escuela y comadronas de los ASSIR de la Región Sanitaria de Girona, y del Departamento de Igualdad y Feminismos y el Departamento de Educación. Generalidad de Cataluña

¹ Servicio de Promoción de la Salud en Girona. Agencia de Salud Pública de Cataluña

² Instituto Catalán de la Salud en Girona

Correspondencia: Neus Ferrer (neus.ferrer@gencat.cat)

Tema: Salud Planetaria

Palabras claves: equidad menstrual, educación sanitaria, sostenibilidad, menstruación, regla

Introducción

En el marco de la Estrategia Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos en Cataluña, se implanta la intervención de «Mi regla, mis reglas» para garantizar la equidad menstrual. La educación y el asesoramiento en este ámbito es clave para promover un abordaje positivo de la menstruación, erradicar el tabú, el estigma y las discriminaciones asociadas.

Es una iniciativa conjunta del Departamento de Igualdad y Feminismos, Salud, Acción Climática y Educación. Se describe la intervención en la Región de Girona, coordinada desde el Servicio de Promoción de la Salud de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Objetivos

- Educación y asesoramiento sobre la equidad menstrual
- Contribuir a la erradicación de la pobreza menstrual
- Crear compromiso y consciencia sobre el impacto medioambiental de los productos menstruales de un solo uso
- Promover espacios de trabajo conjunto

Metodología

Previa preparación y posterior seguimiento, a través de enfermeras y comadronas se hace una intervención consistente en un taller de educación menstrual dirigida a todo el alumnado de 3.º de ESO de la Región de Girona y la distribución gratuita, entre las personas menstruantes, de tres productos menstruales reutilizables (PMR).

Resultados

Intervención hecha (352 talleres) en 121 de 134 centros educativos. 13 centros la han rehusado por diferentes causas. Han participado 8.986 alumnos de un total de 10.315. A través de las consultas abiertas se asesora particularmente.

Se lleva a cabo un análisis DAFO. La coordinación previa existente entre las enfermeras y las comadronas ha sido una fortaleza. La poca implicación de algunos equipos directivos es una debilidad. El rechazo a los PMR de algunas comunidades fue una amenaza. El auge de las políticas ambientales es una oportunidad.

Conclusiones

A partir del curso 2023-2024 se implementan mejoras: los PMR se podrán ir a recoger en las oficinas de farmacia comunitaria (e implantación para todas las personas menstruantes de 10 a 60 años para erradicar la pobreza menstrual), etc. Haría falta incorporar una visión intercultural. Falta aumentar la consciencia sobre el impacto medioambiental de los productos menstruales de un solo uso.

***Escape room* de Salud Planetaria para profesionales sanitarios**

Miriam Navarro Beltrá, Cristina Almécija Pérez, Marta Gómez Morillo, Isabel Barrio Díez, Hadasa Gallor Bohórquez, Anna Fernández Ortiz

Programa Salud Planetaria semFYC

Programa Salud Planetaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Correspondencia: Miriam Navarro (saludplanetaria@semfyc.es)

Tema: Salud Planetaria

Palabras clave: cambio climático, medicina de familia y comunitaria, juego serio, huella de carbono, sensibilización.

Introducción y objetivos

El cambio global es el mayor reto en salud al que nos enfrentamos en este siglo. Si el sector sanitario mundial fuera un país, sería el quinto más contaminante. La Atención Primaria representa la puerta de entrada al sistema sanitario y donde se desarrollan las actividades de salud comunitaria y educación para la salud. Con estas premisas, el Programa de Salud Planetaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha diseñado un escape room para formar y concienciar a residentes y médicos/as de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) y otros profesionales sanitarios sobre el cambio global y la salud humana.

Metodología

Diseñado como un juego serio, nuestro *escape room* sobre SP proporciona conocimientos y herramientas a diversas generaciones de profesionales de atención primaria, principalmente sobre:

- impacto del cambio global en la salud humana y del planeta, incluyendo inequidades,
- prescripción planetaria en la consulta para cuidar del planeta a la vez que cuidamos la salud de nuestros pacientes,
- reducción de la huella de carbono de nuestros centros sanitarios y nuestro día a día,
- el activismo como profesionales y ciudadanos.

Está estructurado en 6 actividades (4 puzzles tipo *escape room*, 2 *roleplay*) y algunas interacciones sorpresa.

Resultados

El *escape room* se diseñó en enero de 2022. Desde entonces se ha puesto en marcha en cuatro congresos nacionales semFYC de residentes y MFyC. Para responder a la demanda de participantes, fue necesario duplicar algunas pruebas. Alrededor de 230 MFyC, residentes, y estudiantes y profesores de medicina han experimentado el juego desde 2022. Actualmente, la iniciativa está también siendo solicitada desde otros foros y por residentes de MFyC y de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Conclusión

Los profesionales sanitarios son cada vez más conscientes de la importancia de reducir nuestro impacto ambiental y de atender a los pacientes con perspectiva de SP, por lo que la iniciativa ha sido muy bien acogida. Sin embargo, hemos detectado la necesidad de más formación. Nuestro *escape room* puede ser una herramienta útil para formar y concienciar al personal sanitario sobre Salud Planetaria.

Evolución de la eSalud en el abordaje de la depresión mayor en la Atención Primaria de Catalunya

Aïna Fuster-Casanovas^{1,2}, Carme Carrión^{1,3,4}, Queralt Miró Catalina^{2,5}, Josep Vidal-Alaball^{2,5,6}

¹ eHealth Lab Research Group, School of Health Sciences and eHealth Centre, Universitat Oberta de Catalunya (UOC), Barcelona, Spain.

² Unitat de Suport a la Recerca de la Catalunya Central, Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina, Sant Fruitós de Bages, Spain.

³ Network for Research on Chronicity, Primary Care, and Health Promotion (RICAPPS), Barcelona, Spain.

⁴ School of Medicine, Universitat de Girona (UdG).

⁵ Health Promotion in Rural Areas Research Group, Gerència Territorial de la Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Sant Fruitós de Bages, Spain.

⁶ Faculty of Medicine, University of Vic-Central University of Catalonia, Vic, Spain.

Correspondencia: Aïna Fuster Casanovas (afuster.cc.ics@gencat.cat)

Tema: Transformación digital y desigualdades

Palabras clave: eSalud, depresión mayor, episodio depresivo, atención primaria

Introducción

Los motivos de consulta de salud mental cada vez son más relevantes en la Atención Primaria (AP). El sistema sanitario catalán se encuentra en un proceso de transformación digital, donde la eSalud cada vez es más relevante en la práctica clínica habitual.

Objetivo

Analizar la prevalencia de depresión mayor y el impacto de la eSalud en las consultas de la AP del ICS del 2017 al 2022.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo entre 2017 y 2022 sobre los códigos diagnósticos relacionados con la depresión mayor de AP del ICS. Se analizó la evolución sociodemográfica y la prevalencia, evaluando el uso de la eSalud respecto a las consultas presenciales. Se ajustó un modelo de regresión logística para determinar los factores influyentes en las consultas de eSalud (eConsulta, telefónica o vídeo-consulta).

Resultados

Del 2017 al 2022, la prevalencia de depresión aumentó un 86,6 %, afectando más a las mujeres (67,2 % en 2017 y un 66,6 % en 2022). En 2022, se observó un aumento significativo en los diagnósticos en las áreas rurales (Diferencia: 0,71; IC 95 %: 0,04; 1,43), a diferencia de una disminución en los entornos urbanos (Diferencia: -0,7; IC 95 %: -1,35; -0,05). El uso de antidepresivos aumentó significativamente (Diferencia: 2,4; IC 95 %: 1,87; 3,06) y las consultas de eSalud pasaron del 4,34 % en 2017 al 26,3 % en 2022. El modelo de regresión logística indicó que los hombres (OR: 1,06; IC 95 %: 1,04; 1,09) y los jóvenes tenían una mayor probabilidad de utilizar eSalud en 2022, asociadas con una mayor probabilidad de tomar antidepresivos (OR: 1,54; IC 95 %: 1,50; 1,57) y ansiolíticos (OR: 1,06; IC 95 %: 1,03; 1,09).

Conclusiones

La prevalencia de la depresión en Cataluña ha experimentado un aumento significativo en los últimos años, probablemente influenciada por la pandemia. A pesar de la transformación digital del sistema sanitario catalán desde 2011, el uso de la eSalud fue más limitado en 2017. Aunque durante el confinamiento la eSalud representó casi la mitad de las consultas, actualmente aún representan una buena parte. Aunque la evidencia sugiere un papel relevante de la eSalud en las consultas, se ha

detectado que este tipo de visitas se asocian a una posibilidad más alta de tomar medicación. Por lo tanto, se necesitan más estudios a largo plazo para entender el impacto de la eSalud en la prevalencia y el uso de medicamentos relacionados con la depresión.



WebAPP para la formación en habilidades para la vida a estudiantes de Enfermería

Gelabert-Vilella S, Bonmatí-Tomás A, Bosch-Farré C, Reig-Garcia G, Mantas-Jiménez S, Malagon-Aguilera MC

Departament d'Infèrmeria. Universitat de Girona

Grup de recerca Salut i Atenció Sanitària

Correspondencia: Maria de Carme Malagón Aguilera (carme.malagon@udg.edu)

Tema: Transformación digital y desigualdades

Palabras clave: habilidades para la vida (HpV), WebApp, transformación digital, enfermería, autogestión del aprendizaje, salud mental

Introducción

La formación en habilidades para la vida (OMS, 1993) es esencial para estudiantes universitarios. Este enfoque educativo promueve su salud, potenciando su desarrollo integral, la adaptabilidad y la resiliencia. La digitalización ha transformado la enseñanza, innovaciones como plataformas de aprendizaje en línea optimizan la formación.

Objetivo

Crear una herramienta digital para la formación y evaluación de las habilidades para la vida (HpV) de las estudiantes del Grado de Enfermería de la Universitat de Girona.

Metodología

Se llevaron a cabo 3 fases: 1. Aproximación y decisión del modelo teórico 2. Guion y realización del material audiovisual y docente 3. Creación de la herramienta. Las fases 1 y 2 se basaron en la revisión de la evidencia. Las fases 2 y 3 fueron realizadas por equipos especializados en construcción de material audiovisual y tecnología digital. Y todas las fases fueron validadas por un consenso de expertos.

Resultados

La WebApp permite la autogestión del aprendizaje del estudiantado mediante el contenido audiovisual (11 videos originales) y material docente (10 documentos con ejercicios prácticos). Este se realizó según el modelo de Habilidades para la Vida de la OMS (1993) y el instrumento de evaluación de las HpV de Díaz et al. (2013). Además, la WebApp consta de un espacio para compartir ideas y otro donde se refleja la progresión del aprendizaje del estudiantado. La herramienta se ha desarrollado en catalán y en castellano y será utilizada por 545 estudiantes cada curso académico.

Conclusiones

Existe evidencia que demuestra el valor de los programas de formación de HpV en el desarrollo integral y la prevención de problemas relacionados con la salud mental (Tuttle, Campbell-Heider y David, 2006) en las personas jóvenes (Mantilla, 1999). En este sentido, la herramienta digital para la formación y evaluación de las Habilidades para la Vida tiene un impacto en la calidad de la docencia, en la formación competencial de los estudiantes y también en el ámbito laboral, donde se espera que los nuevos graduados tengan competencias cognitivas, emocionales y sociales para dar respuesta a los retos del actual sistema sanitario y a la vez cuidar y mantener su propia salud.

Estudio descriptivo transversal sobre potenciar la autogestión de pacientes pluripatológicos de tres Centros de Atención Primaria de la provincia de Lleida

Laia Llubes Arrià^{1,2,3}, Cecilia Bañeres Argilés^{1,2},
M. Assumpció Florensa Flix¹, José Tomas Mateos Garcia^{2,3}

¹ Centro de Salud Eixample Lleida. Institut Català de la Salut.

² Facultad Enfermería y Fisioterapia. Universitat de Lleida.

³ Grupo de investigación de cuidados de salud (GRECS). Institut de Recerca Biomèdica de Lleida.

Correspondencia: Laia Llubes (laiallubes@gmail.com)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: Chronic Disease, Self-Management, Patient Empowerment, Self Care, Patient Participation

Financiación externa: Beca de Recerca del COILL 2022.

Introducción

La transición epidemiológica ha conllevado un aumento de las enfermedades crónicas. La evidencia científica disponible sugiere que el empoderamiento del paciente será una parte fundamental de una reforma efectiva de la gestión de las enfermedades crónicas.

Objetivo

Recoger la percepción de los pacientes sobre diferentes estrategias comunitarias dirigidas por enfermería para mejorar la autogestión a pacientes con pluripatología crónica, determinando su nivel de activación.

Metodología

Estudio descriptivo transversal en adultos ≥ 18 años diagnosticados con pluripatologías crónicas pertenecientes a tres CAP de la provincia de Lleida. Se estudiaron variables sociodemográficas, variables sobre el estado de salud y mediante un enfoque fenomenológico se exploraron experiencias de 43 pacientes a través de entrevistas semiestructuradas (muestreo por conveniencia). Las entrevistas se grabaron en formato digital, transcritas literalmente y analizadas (codificación) por dos investigadores de forma independiente. Se tuvieron en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki para la investigación sobre sujetos humanos. Aprobación del CEIm del IDIAPJGol con el código 22/141-P. La participación fue voluntaria y requirió el consentimiento informado de los/las participantes.

Resultados

De un total de 43 pacientes evaluados, entre 45 y 88 años, con una media de 69,12 años, 23 (53,49 %) mujeres y 20 (46,51 %) varones. La puntuación media de la PAM-13 fue de 64,75. Las categorías de análisis fueron aquellos factores que se identificaban como determinantes de la autogestión de la salud, como son: recursos comunitarios, información y educación, coordinación de servicios y su influencia en la calidad de vida. Además, se recogieron propuestas expuestas por los pacientes. Los participantes resaltaron la importancia de una información clara y de los recursos comunitarios para mejorar su calidad de vida. La adquisición de habilidades de autocuidado y el acceso a programas de educación y grupos de apoyo los identifican como fundamentales. Sin embargo, se identificó una falta de coordinación entre los servicios de salud y las organizaciones comunitarias.

Conclusiones

El acceso a los recursos comunitarios y la información son fundamentales para mejorar la autogestión de pacientes pluripatológicos y promover una atención de calidad en el ámbito de Atención Primaria.



Instrucción 02/2023

Criterios sobre disponibilidad de alimentos y bebidas envasadas en las máquinas expendedores, en las cafeterías y los comedores y sobre el acceso al agua potable, en los centros y servicios sanitarios del sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT)

Manera M¹, Salvador G¹, Arisa JR², Castell C¹, Bocio A¹, Cabezas C¹, Capella J¹

¹ Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

² Servei Català de la Salut (Catsalut). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Correspondencia: Maria Manera (maria.manera_ext@gencat.cat)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: distribuidores automáticos de alimentos, centros de salud, bebidas azucaradas, productos ultraprocesados, adhesión a directrices

Introducción

El consumo de bebidas y alimentos malsanos se relaciona con una peor calidad de la alimentación y con mayor riesgo de enfermedades y mortalidad. La producción y distribución masiva y los precios asequibles facilitan su consumo. Las máquinas expendedoras y las

cafeterías son dispensadores habituales de estos productos, por lo que se considera necesaria una regulación, sobre todo en centros y servicios sanitarios, para dar cumplimiento a la Ley 17/2011 de seguridad alimentaria y nutrición, y por coherencia con el Plan interdepartamental e intersectorial de salud pública y el Plan integral para la promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable, de la ASPCAT.

Objetivo

Elaborar e implantar una instrucción de obligado cumplimiento con los criterios nutricionales que tienen que cumplir los alimentos y las bebidas envasados que se ofrecen en máquinas expendedoras, cafeterías y comedores laborales o abiertos a acompañantes de personas ingresadas, y sobre el acceso al agua potable en los centros y servicios sanitarios del SISCAT para garantizar una oferta saludable.

Metodología

1. Recogida de la evidencia e información relevante: documentos de recomendaciones de la ASPCAT, posicionamientos de entidades de referencia, estudios científicos, quejas de profesionales, mensajes en redes sociales y medios de comunicación, normativa y experiencias en otras comunidades autónomas.
2. Redacción de un informe justificativo y de los criterios nutricionales.
3. Consenso con entidades científicas y profesionales.
4. Redacción de la instrucción conjuntamente con la Gerencia de Asesoramiento Jurídico del CatSalut.
5. Publicación de la Instrucción 02/2023 y difusión en la web del CatSalut y la ASPCAT, boletines y *webinars*.
6. Estudio de verificación del cumplimiento (en proceso).

Resultados

En junio de 2022 se publicó el informe justificativo con criterios nutricionales, con el apoyo de 9 sociedades profesionales y científicas, y en febrero de 2023 se publicó la instrucción y se empezó la difusión (170 asistentes en 3 *webinars*). La instrucción recoge una reducción muy relevante de bebidas y alimentos malsanos y el acceso gratuito a agua potable. El estudio del cumplimiento de su aplicación está actualmente en proceso.

Conclusiones

Las políticas públicas tienen que ser coherentes y contribuir a facilitar el seguimiento de una alimentación saludable, sobre todo en entornos clave, como el sanitario. La implementación de la instrucción es importante para garantizar una oferta alimentaria saludable en este contexto y contribuye a crear cultura de salud.



La salud en todas las políticas

El Plan de salud de Palafrugell

Ignacio Pascual Cereceda,¹ M Angels Larrabeiti Castillo,²
Anna Garcia Morera,² Imma Martí Fontane,³ Sonia Martinoy
i Camos,⁴ Marta Vilanova Vilà⁵

¹ Médico de Familia, ABS Palafrugell.

² Enfermera ABS Palafrugell.

³ RBEC ABS Palafrugell.

⁴ Técnica de trabajo comunitario del Ayuntamiento de Palafrugell.

⁵ Directora científica de Amb Salut.

Correspondencia: Ignacio Pascual Cereceda (ipascual@ssibe.cat)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: políticas saludables, bienestar comunitario, proceso participativo

Introducción

Los Planes de Salud enfatizan la importancia de las políticas públicas municipales para garantizar la salud, el bienestar de las personas y la comunidad, reduciendo desigualdades sociales. Es el resultado de un proceso interdisciplinario y participativo para diseñar el instrumento que analiza, ordena, prioriza y propone acciones para mejorar la salud, siguiendo el Modelo de Determinantes de la Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Objetivo

Elaborar el Plan de Salud 2023-2028 del municipio para marcar un plan de trabajo conjunto con la comunidad.

Metodología

El grupo de salud comunitaria del ABS de Palafrugell impulsa la creación del grupo motor interdisciplinar compuesto por personas con responsabilidades técnicas y políticas del Ayuntamiento de Palafrugell, profesionales del ABS de Palafrugell, representantes de la Agencia de Salud Pública de Cataluña y de Dipsalut.

Para elaborar el perfil de salud

Metodología cuantitativa:

- Análisis documental de información municipal e instituciones supramunicipales
- Datos de morbilidad, mortalidad, estilos de vida, prácticas preventivas y uso de servicios extraídos del Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, SSIBE, ABS y del Observatori de Salut de Dipsalut.

Metodología cualitativa:

- Grupos focales y el World Café con participación de personal técnico y ciudadanía.

El plan de acción:

- Participación ciudadana mediante un cuestionario online/papel, difundido en la página web del Ayuntamiento y redes sociales y dos sesiones participativas (World Café)
- Aportaciones de técnicos del Ayuntamiento y profesionales del ABS
- Revisión de los representantes políticos del municipio.

Resultados

Con el Plan Local de Salud de Palafrugell, se establecen las líneas estratégicas: buen gobierno, entorno urbano, medioambiente, redes comunitarias y sociales, estilos de vida saludables, salud mental y bienestar emocional y protección de la salud. Queda pendiente aprobación política, presentación y participación ciudadana en una jornada de trabajo, aquí se constituirá la Mesa de Salud Comunitaria.

Conclusiones

- Elaborar un Plan local de Salud marca el plan de ruta del trabajo de los diferentes agentes comunitarios.
- Todo proceso participativo da solidez a la consecución de resultados óptimos.
- Elaborar el Plan ha mejorado la comunicación y trabajo en equipo de los diferentes agentes comunitarios.



Promoción de la salud en contextos de despoblación

María-del-Rosario López-Fernández

Escuela de Doctorado en programa de Diseño, gestión y evaluación de políticas públicas de bienestar social. Universitat Jaume I de Castellón. Valencia, España

María Raquel Agost Felip

Institut Interuniversitari de Desenvolupament Local. Universitat Jaume I de Castellón. Valencia, España

Miguel Ángel Gimeno Navarro

Institut Interuniversitari de Desenvolupament Local. Universitat Jaume I de Castellón. Valencia, España

Correspondencia: María del Rosario López Fernández
(al430932@uji.es)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: desigualdades en salud, áreas rurales, determinantes sociales, promoción de la salud.

Introducción

El creciente enfoque en la equidad en salud y su impacto en las políticas públicas ha llevado a un reexamen de las desigualdades territoriales. A pesar de décadas de esfuerzos en promoción de la salud, persisten lagunas significativas en las políticas públicas relacionadas con entornos saludables, especialmente en zonas rurales.

Objetivo

Este estudio tiene como objetivo analizar como las políticas públicas de salud influyen en la reducción de los desequilibrios territoriales y las desigualdades en salud en las áreas rurales.

Metodología

Se llevó a cabo un análisis crítico de las políticas de salud en España y su impacto en áreas rurales, utilizando datos de estudios previos y políticas implementadas a nivel nacional y autonómico.

Resultados

Los resultados indican que las políticas efectivas en áreas urbanas no siempre se traducen adecuadamente a contextos rurales. Se identificaron áreas clave como el acceso a servicios de salud, la infraestructura sanitaria y la participación comunitaria. Se destaca la necesidad de un enfoque intersectorial que integre la salud, la educación, el empleo y el medioambiente.

Conclusiones

La evaluación de los Planes de Salud en las Comunidades Autónomas subraya la necesidad de un enfoque más dirigido y adaptado para combatir las desigualdades en salud en áreas rurales, especialmente aquellas afectadas por la despoblación o el flujo migratorio. La situación demanda políticas multisectoriales que trasciendan la mera asistencia sanitaria, abarcando los determinantes sociales y ambientales, y que sean contextuales y participativas, en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los desafíos demográficos actuales.

Promoviendo entornos saludables desde las políticas públicas, locales y la comunidad

El Bosque Urbano de Sant Joan de Vilatorrada

Olmedo Martínez, A.¹; Salgado Rojo, M.¹; Moncunill Cenar, L.¹; Dorado-Castaño, A.D.²; Cots Vilaseca, A.¹; Planell Picas, J.¹; Dorado Castaño, E.¹; Vilanova-Vilà, M.¹

¹ Voluntàries mediambientals. Sant Joan de Vilatorrada

² Regidor de Medi ambient i Acció climàtica. Ajuntament de Sant Joan de Vilatorrada

Correspondencia: Marta Vilanova Vilà (marta@ambsalut.cat)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: entorno, ciudadanía, colaboración, comunidad

Introducción

El binomio salud y entorno es inseparable en promoción de la salud. El entorno va más allá de una localización y es una entidad social o sistema promotor de la salud. Una intervención en un entorno favorece la salud de las personas, las estructuras y los patrones sociales. La modificación de entornos permite incorporar la salud en la agenda política mediante la participación con la ciudadanía, trabajar con el empoderamiento y desarrollar redes de colaboración entre recursos y activos. El proyecto del Bosque urbano de Sant Joan de Vilatorrada parte de la acción entre la comunidad, vinculada al colectivo ecologista «Voluntàries Mediambientals» y la responsabilidad política de la administración local.

Objetivos

- Mejorar la salud y el bienestar emocional de las personas de Sant Joan de Vilatorrada
- Establecerse como punto de biodiversidad y recuperar especies
- Mejorar la calidad del aire y disminuir el impacto acústico
- Construir un refugio climático

Metodología

Partiendo de la colaboración política, técnica y ciudadana se define un espacio en el municipio apto para la creación del Bosque. Los servicios públicos de educación y salud potenciales beneficiarios son los diez centros educativos públicos del municipio, el centro de atención primaria Sant Joan de Vilatorrada, con proyectos de salud comunitaria y personas con discapacidad, conjuntamente con la ciudadanía.

Los puntos para la acción son:

- Participación ciudadana para recogida de semillas en la zona
- Plantación de plántones: 107 árboles como refugio climático
- Creación de una zona de disfrute y descanso: instalación de tres bancos, una papelería y un seto para favorecer la intimidad en la zona.
- Proyecto de salida al campo y seguimiento del proyecto con la comunidad educativa.

Resultados esperados

- Favorecimiento de la interacción social
- Favorecimiento de estilos de vida saludables
- Mejora del bienestar emocional
- Favorecimiento de la colaboración de entidades e instituciones.

- Punto de biodiversidad, fuente de semillas y mejora del entorno ornamental
- Mejora en calidad del aire
- Disminución del impacto acústico
- Recuperación de especies

Conclusiones

Las políticas públicas orientadas a la salud, la reorientación de entornos y el trabajo con la comunidad son elementos estratégicos de promoción de la salud.



Somos personas y nos cuidamos para cuidar personas

Fernanda María Caballero Gómez¹, Anahí Castilla Catalán¹, Olga Gómez Ayala¹, Pilar Peña García², Rosa Serrano Fuentes², Gemma Navarro Rubio³

¹ Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Parc Taulí Hospital Universitari

² Servicio de Prevención. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA)

³ Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA)

Correspondencia: Gemma Navarro Rubio (gnavarro@tauli.cat)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: equidad en salud, determinantes sociales de la salud (DDSS), gamificación, escape room, formación sanitaria, desigualdades en salud

Introducción

El RD589/2022 recoge la obligatoriedad de incluir en el Programa de la Especialidad en Ciencias de la Salud la equidad y los determinantes sociales de la salud (DDSS). Esto puede aumentar su sensibilidad hacia la detección y manejo de los DDSS y la equidad, de forma que se atenúen o no aumenten las desigualdades sociales en salud, a través de la prestación de servicios. Principales ventajas de la gamificación: llega a la audiencia, capta su atención y motiva; aumenta conocimientos, habilidades, aptitudes y facilita la integración del conocimiento teórico; iniciativas habitualmente reutilizables y de bajo coste.

Objetivo

Formar y sensibilizar sobre equidad en salud a residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y otros profesionales sanitarios en formación.

Metodología

Diversos grupos de trabajo (GdT) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) han creado, desde 2019, juegos serios para ciencias de la salud con el eje formativo de equidad en salud. El escape room de Salud Planetaria incluye también la relación entre cambio global y desigualdades en salud. Destacamos:

- 112: emergencias desiguales. Versiones: escape room; Equilandia (interactivo grupos); Genially (interactivo individual); tablero de mesa.
- #EscapaDeLaInequidad. Versiones: factores de riesgo cardiovascular (presencial, en línea); diabetes; migraciones.

Resultados

Estas iniciativas han sido muy bien acogidas por profesionales y docentes. Comenzando a difundirse en congresos semFYC, la demanda sigue en aumento y se ha diversificado a otras instituciones (unidades docentes, escuelas y direcciones generales de salud pública); jornadas científicas de diversa índole (migraciones, pueblo gitano, salud pública, innovación, comunicación); sesiones formativas de residentes, entre otras. Se ha formado y sensibilizado a más de 3000 profesionales y estudiantes de ciencias de la salud y otras afines, incluyendo a 5 promociones de residentes de MFyC de Madrid.

Conclusión

Estas iniciativas cubren, de una forma original y efectiva, la normativa incluida en el RD589/2022 y están en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 1, 3, 5, 10 y 11.

Visibilización de las políticas públicas saludables en las universidades de la Xarxa Vives d'Universitats

Comellas-Sáenz P¹, Esqué-Boldú S¹, Juvinyà-Canal D

¹ Universitat d'Andorra

² Universitat de Girona

Correspondencia: Pol Comellas Sáenz (pcomellas@uda.ad)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: universidades promotoras de la salud, universidad saludable, activos en salud, entornos saludables

Introducción

Las universidades configuradas como centros neurálgicos de producción de conocimiento, además de cumplir con una labor pedagógica, representan espacios sociales concretos desde los cuales promover políticas y actividades saludables para toda la comunidad. La estrategia de Universidades Promotoras de la Salud como movimiento político dentro de las administraciones se construye desde la necesidad de involucrar a la comunidad en la creación y el manejo de su estado de salud y de bienestar, así como contribuir activamente a los procesos de cambio social.

Objetivo

Analizar la visibilización de las políticas saludables en las universidades de la Xarxa Vives de Universidades. Se ha constituido un estudio cualitativo exploratorio en el que se han analizado las informaciones disponibles en los sitios web de cada una de las 22 instituciones miembro de la red. En la primera revisión, se importaron todas las comunicaciones y documentos en una base de datos propia. Posteriormente, se clasificaron los diferentes ítems de trabajo en variables teóricas: (1) pertenencia a la red UPS; (2) áreas de actuación; (3) acciones específicas de promoción de la salud; (4) evaluación. Todos los datos se trataron mediante el análisis del contenido.

Resultados

Los resultados obtenidos despliegan un abordaje heterogéneo en la implementación de los principios saludables, existiendo una preeminencia por la promoción de actividades relacionadas con el ejercicio físico y el asesoramiento de servicio psicológico. Asimismo, en el análisis de datos se ha podido observar una preferencia por el uso del término «Universidad Saludable», así como una falta de visibilidad del proyecto UPS en los portales web de las mismas.

Los resultados del estudio preliminar discuten las formas en las que las iniciativas desarrolladas en las distintas universidades de las XVU son implementadas y compartidas públicamente mediante el canal electrónico. Los resultados identificados delinean un espacio de reflexión en torno a la digitalización en salud de las políticas saludables sobre el que indagar en futuras investigaciones.

Conclusiones

Con todo, los hallazgos avistados establecen las bases para fomentar el trabajo colaborativo en red dentro de las universidades que comparten visiones conjuntas en promoción de la salud.

Sensibilizando y formando en equidad en salud a través de la gamificación

Miriam Navarro Beltrá^{1,2}, Sandra Robles Pellitero³, Elena Díaz Crespo³, Grupo de Trabajo de Inequidades en Salud y Salud Internacional de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC)

¹ Grupo de trabajo Inequidades en Salud y Salud Internacional, SoMaMFyC

² Programa de Salud Planetaria, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

³ Grupo de trabajo Inequidades en Salud y Salud Internacional, semFYC

Correspondencia: Miriam Navarro Beltrá (saludplanetaria@semfyc.es)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: gamificación, inequidades en salud, sensibilización, ciencias de la salud.

Introducción

El RD589/2022 recoge la obligatoriedad de incluir en el Programa de la Especialidad en Ciencias de la Salud la equidad y los determinantes sociales de la salud (DDSS). Esto puede aumentar su sensibilidad hacia la detección y manejo de los DDSS y la equidad, de forma que se atenúen o no aumenten las desigualdades sociales en salud, a través de la prestación de servicios. Principales ventajas de la gamificación: llega a la audiencia, capta su atención y motiva; aumenta conocimientos, habilidades, aptitudes y facilita la integración del conocimiento teórico; iniciativas habitualmente reutilizables y de bajo coste.

Objetivo

Formar y sensibilizar sobre equidad en salud a residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y otros profesionales sanitarios en formación.

Metodología

Diversos grupos de trabajo (GdT) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) han creado, desde 2019, juegos serios para ciencias de la salud con el eje formativo de equidad en salud. El escape room de Salud Planetaria incluye también la relación entre cambio global y desigualdades en salud. Destacamos:

- 112: emergencias desiguales. Versiones: escape room; Equilandia (interactivo grupos); Genially (interactivo individual); tablero de mesa.
- #EscapaDeLaInequidad. Versiones: factores de riesgo cardiovascular (presencial, por internet); diabetes; migraciones.

Resultados

Estas iniciativas han sido muy bien acogidas por profesionales y docentes. Comenzando a difundirse en congresos semFYC, la demanda sigue en aumento y se ha diversificado a otras instituciones (unidades docentes, escuelas y direcciones generales de salud pública); jornadas científicas de diversa índole (migraciones, pueblo gitano, salud pública, innovación, comunicación); sesiones formativas de residentes, entre otras. Se ha formado y sensibilizado a más de 3000 profesionales y estudiantes de ciencias de la salud y otras afines, incluyendo a 5 promociones de residentes de MFyC de Madrid.

Conclusión

Estas iniciativas cubren, de una forma original y efectiva, la normativa incluida en el RD589/2022 y están en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 1, 3, 5, 10 y 11.

Implementación de un Programa de Formación en Desarrollo Integral de Adolescentes, en tres regiones del Perú

Maricela Guevara Cabello

Facultad de Salud Pública y Administración, FASPA – UPOCH y Unicef Perú

Correspondencia: Maricela Guevara (maricela.guevara@upch.pe)

Tema: Política Pública Saludable

Palabras clave: desarrollo integral de adolescentes, políticas públicas saludables, desigualdades, formación experiencial, diplomado, Perú

Introducción

La globalización ha traído avances significativos en todos los ámbitos, transformando nuestro entorno actual. Sin embargo, también se han incrementado las desigualdades generando que las políticas públicas no necesariamente respondan a nuestras necesidades.

Generar políticas públicas saludables será clave para construir sociedades del bienestar. En consecuencia, definir bien el problema y pensar en alternativas de solución pertinentes, serán la base para el éxito de la política.

En ese sentido, implementar Programas de Formación – dirigidos a los involucrados en la generación de políticas – que permitan reflexionar sobre sus propias vivencias y sus prácticas, contribuirán

a que ellos puedan identificar su rol, explicar crítica e integralmente la situación de salud de su entorno y se comprometan a generar políticas públicas saludables.

Objetivo

Presentar la experiencia de implementación de un Programa de Formación en Desarrollo Integral de Adolescentes, en tres regiones del Perú.

Metodología

La UPCH y Unicef Perú, desarrollaron el DIPLOMADO EN DESARROLLO INTEGRAL DE ADOLESCENTES en tres regiones del Perú. Diplomado de 12 créditos, 05 cursos y 07 meses de duración. Dirigido a: gestores y operadores sector salud, educación, protección y justicia, gobiernos, sociedad civil y academia.

Metodología naturaleza experiencial. Los participantes vivieron experiencias transformadoras desde su propia subjetividad y la búsqueda de apertura a nuevas maneras de pensar.

Resultados

Las experiencias individuales y grupales permitieron a los participantes evidenciar la situación que vivían a partir de su experiencia de vida, centrarse en la subjetividad adolescente, ser conscientes de las desigualdades de género, revisar las formas de atención a las y los adolescentes, diseñar estrategias y procedimientos articulados en la atención y elaborar planes de intervención teniendo como centro a los adolescentes. Así como, generar red entre funcionarios de diferentes sectores del Estado.

Conclusiones

Implementar Programas de Formación que permitan partir desde la propia experiencia personal e institucional, contribuirá a que los

diversos involucrados en la generación de políticas puedan tener la capacidad de definir bien el problema que aqueja a su población, habiendo comprendido los contextos de la vida de sus poblaciones, así como ser inclusivos y proponer alternativas de solución que respondan a las reales necesidades.



Promoció de la salut des del model educatiu de la Universitat d'Andorra

Sara Esqué-Boldú S, Montserrat Aldomà-Gómez,
Virginia Larraz-Rada, Gemma Ribera-Llonc

Universitat d'Andorra

Correspondencia: Sara Esqué Boldú (sesque@uda.ad)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: política pública saludable, promoción de la salud, resultados de aprendizaje, competencias

Introducción

La política pública saludable, conjunto de acciones que los gobiernos llevan a cabo para promover la salud poblacional, puede incluir medidas de promoción de la salud como la sensibilización sobre estilos de vida saludables, la mejora del entorno físico y social, o la provisión de servicios de salud.

La Universitat d'Andorra (UdA), pública, tiene un fuerte compromiso con la promoción de la salud y el bienestar reflejado en su modelo educativo, situando en el centro los ODS, el plurilingüismo y la cultura democrática. Este modelo educativo, basado en competencias, permite formar profesionales capaces de afrontar los retos sociales; basado en el trabajo y la evaluación de competencias específicas y transversales, desglosadas en resultados de aprendizaje e indicadores de evaluación, que anuncian lo esperado por parte del estudiante en finalizar el proceso de aprendizaje.

El bàtxelor en Infermeria de 180 crèdits se organiza en 14 mòduls como unidades de enseñaanza, 6 de los cuales corresponden a pràcticas. Cada mòdul contiene seminarios, trabajo guiado y un reto (situación interdisciplinaria real) que da sentido al mòdul. Por ejemplo, el mòdul 2 està enfocado a la promoció de la salud.

Objetivo

El objetivo de esta publicaci3n es explicar el diseño pedag3gico del mòdul 2, centrado en la promoci3n de la salud.

Metodologí

Para el diseño del mòdul: se agrupan RA; se define el reto como eje vertebrador o hilo conductor de los seminarios del mòdul; se concretan los contenidos a trabajar; de los RA se extraen los indicadores y se plantean evidencias de aprendizaje.

Resultados

Se agrupan un total de once RA que proviene de tres competencias transversales y cinco específicas. Esto permite trazar el hilo conductor del reto enfocado a identificar los elementos necesarios de un proyecto individualizado de educaci3n para la salud y concretar los contenidos del trabajo guiado.

Se definen un total de cuatro seminarios que se trabajan a lo largo del semestre.

Conclusiones

El diseño pedag3gico del mòdul 2 ayuda al estudiantado a trabajar de manera mäs aplicada la promoci3n de la salud, obteniendo un aprendizaje mäs significativo, formado por profesionales que desarrollen e implementen políticas públicas saludables.

«Autocura entre dones».

Promoción de salud mental comunitaria para mujeres migrantes en Ciutat Vella, Barcelona

Un estudio de evaluación de procesos participativos

Alba Cuxart-Graell^{1,2}, Liv Mathilde Pampiri¹, Helena Sainz-Elías³, Fajar Matloob Ahmed Butt³, Wafae Moussaoui Rahhab¹, Irene de Gracia Alcaide^{4,5}, Isabel Monter Alavedra^{4,5}, Carla Cisneros Pinet^{4,5}, Maria Marti-Castaner⁶, Laura Giménez¹, Yolanda Osorio Lopez⁷, Ana Requena-Méndez^{1,8,9}, Paula Cristóbal-Narváez^{3,10}, Stella Evangelidou¹

¹ Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal, Hospital Clínic-Universitat de Barcelona). Barcelona, España. ² Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, España. ³ Unitat de Recerca i Desenvolupament, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain. ⁴ Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona, España. ⁵ Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España.

⁶ Department of Public Health, Danish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health (MESU), University of Copenhagen, Copenhagen K, Dinamarca. ⁷ Servicio de Atención a la Migración en Salud Mental (SATMI), Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España. ⁸ Department of Medicine Solna, Karolinska Institutet, Suecia.

⁹ CIBERINFEC, ISCIII - CIBER de Enfermedades Infecciosas, Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas, Madrid, España. ¹⁰ Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España

Correspondencia: Alba Cuxart Graell (alba.cuxart@isglobal.org)

Tema: Política Pública Saludable

Palabras clave: mujeres migrantes, salud mental comunitaria, intervención psicológica, evaluación de procesos.

Introducción

Las poblaciones migrantes, especialmente las mujeres, son a menudo más susceptibles a problemas de salud mental y se enfrentan a barreras de acceso a servicios de salud. Después de un proceso de diagnóstico y cocreación de soluciones llevado a cabo en el marco del Barcelona CaixaResearch Living Lab (2018-2021), las recomendaciones se orientaron hacia la ampliación de las intervenciones comunitarias de apoyo a la salud mental dirigidas a mujeres migrantes, que a menudo se enfrentan a vulnerabilidades sociales y viven las situaciones vitales más adversas.

Objetivo

«Autocura entre dones» tiene como objetivo desarrollar y evaluar una intervención comunitaria en salud mental para mujeres migrantes a través de un proceso de investigación participativa, para prevenir y abordar problemas en salud mental/psicosociales a nivel comunitario.

Metodología

«Autocura entre dones» es un estudio piloto de metodología mixta, con una evaluación de procesos incorporada. Se llevarán a cabo 4 grupos de intervención en Barcelona ciudad, entre noviembre de 2023 y mayo de 2024, en los que participarán un total de 40 mujeres migrantes. La intervención consiste en 5 sesiones grupales, moderadas por una psicóloga comunitaria y una mediadora intercultural, y están basadas en los manuales de la Organización Mundial de la Salud «Enfrentar problemas plus, versión grupal (EP+ grupal)» y «Autoayuda plus (AAyuda+)», donde se trabajan estrategias de manejo del estrés, afrontamiento de problemas, activación conductual, refuerzo de la red social y prácticas de autocuidado. Se emplea un enfoque participativo para adaptar la agenda de contenidos de la intervención en un taller previo. Finalmente, se evalúa la implementación, viabilidad y aceptabilidad de la intervención, y su impacto en la salud mental de las participantes.

Conclusiones

Esta intervención comunitaria adopta el cambio de paradigma hacia la promoción y ampliación de los servicios de salud mental más allá del ámbito de la atención primaria. El enfoque de investigación participativa con evaluación de procesos mejora el ajuste al contexto y, por tanto, se espera que aumente la aceptabilidad entre las usuarias y profesionales. La sostenibilidad de la intervención dependerá de la integración de las moderadoras interculturales en el sistema público de salud.



Reptes de la incorporació del Dietista-Nutricionista en l'Atenció Primària a les Àrees Bàsiques de l'Institut d'Assistència Sanitària

Gómez-López G^{1,2}, Marginet-Costa A^{2,3}

¹ Professor Associat Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna-Universitat Ramon Llull

² Dietista-Nutricionista Departament de Salut. Generalitat de Catalunya Institut d'Assistència Sanitària

³ Professora titular Departament d'Educació. Generalitat de Catalunya

Correspondencia: Gloria Gomez Lopez (GloriaGL@blanquerna.url.edu)

Tema: Política pública saludable

Paraules clau: dietista-nutricionista, atenció primària, hàbits alimentaris, excés de pes, intervencions comunitàries, estils de vida saludables

Introducció

La recent incorporació del Dietista-Nutricionista (DN) en els Equips d'Atenció Primària (EAP) té la finalitat de millorar els hàbits alimentaris saludables i sostenibles de la població.

Per tal d'adaptar la tasca del DN a les diferents necessitats de la comunitat i dirigir-la a aquells col·lectius que més ho necessiten, cal conèixer la realitat del territori. L'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) compta amb 3 Àrees Bàsiques de Salut (ABS), Cassà de la Selva, Breda-Hostalric i

Anglès, amb característiques i necessitats que cal conèixer per dissenyar les intervencions adients.

Objectiu

Estudiar les característiques de morbiditat i estils de vida de la població de les ABS de l'IAS mitjançant l'anàlisi dels indicadors bàsics de salut comunitària.

Mètode

Anàlisi de les dades dels indicadors de salut comunitària de les ABS de l'IAS publicades a l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC, 2018) i de les dades obtingudes de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA, 2022).

Resultats

La població assegurada total, l'any 2018, a les ABS de Cassà de la Selva, Breda-Hostalric i Anglès era de 31.807, 12.656 i 12.071 persones i l'índex socioeconòmic territorial de 97,9, 98,9 i 95,5, respectivament (OSSC, 2018).

L'indicador de morbiditat en el que s'observa majors diferències amb relació a les dades de Catalunya és el de l'estat ponderal de la població entre 18 i 74 anys. La prevalença d'excés de pes en les 3 ABS és major a la registrada a Catalunya (31,6 %, 32,2 % i 30,2 % ABS de Cassà de la Selva, Breda-Hostalric i Anglès, respectivament i 27,3 % a Catalunya) (OSSC, 2018).

Els indicadors d'estils de vida de la regió Sanitària de Girona (ESCA, 2022) mostren que menys de la meitat de la població de més de quinze anys segueix el patró de Dieta Mediterrània (46,6 %) i el 74% practica activitat física de manera saludable.

Conclusions

L'evident relació entre els hàbits alimentaris i l'activitat física amb l'estat ponderal de la població posa en evidència la necessitat de dur a terme intervencions per millorar els estils de vida saludable de la població adulta de les ABS de l'IAS.



Mediación intercultural y salud pública

Construyendo puentes para promover la salud de comunidades

Miriam Navarro Beltrá¹, M^a del Carmen Santiago Portero¹, Martina Corral Aller², Aicha Iguaddou Adhdim^{1,2}, Latifa Zian L'Atik^{1,2}, Isabel Lluch Fuentes¹, Héctor Muelas González¹, M^a del Mar Díez Galán¹, Esther Anderica Alejo¹, Sara Montoya Jiménez¹

¹ Centro de Salud Pública de Elche – FISABIO

² Salud Entre Culturas

Correspondencia: Miriam Navarro Beltrá (navarro_mirbel@gva.es)

Tema: Política pública saludable

Palabras clave: mediación intercultural, migrantes, salud pública, promoción de la salud, epidemiología.

Introducción

El estatus migratorio constituye un eje de desigualdad en salud de gran relevancia. Las barreras a las que se enfrenta la población migrante para acceder al sistema sanitario y a una atención holística y de calidad son numerosas y de diversa índole, a destacar las administrativas, económicas, lingüísticas y culturales. Desde salud pública debemos garantizar el mayor nivel posible de salud y autonomía para nuestra población, asegurando simultáneamente la máxima equidad.

Objetivo

Integrar la figura del mediador intercultural en las competencias de salud pública (SP) para promover la salud de las personas migrantes.

Metodología

En 2022 (mayo-junio), el Centro de SP de Elche y Salud Entre Culturas formaron, durante 215 horas teórico-prácticas, a cuatro migrantes como mediadoras interculturales. Su participación en una exitosa actividad colaborativa entre promoción + epidemiología + atención primaria + ayuntamiento para prevenir casos de hepatitis A en migrantes viajeros fueron el germen de esta iniciativa. En 2023 (abril-junio) hubo una segunda edición del curso: ocho alumnos recibieron formación adicional en promoción de la salud, epidemiología, seguridad alimentaria. ODS: 1, 3, 5, 10.

Resultados

Diez mediadores formados en competencias de SP: 8 mujeres, 2 hombres; 2 de 2022, 8 de 2023. Idiomas: árabe, francés, rumano y chino.

Junio-noviembre 2023:

- Promoción+epidemiología: Mediación intercultural en manejo epidemiológico de meningitis bacteriana —estudio de contactos, administración de profilaxis, comunicación con los familiares, sesión informativa en centro educativo—; ídem con un brote de intoxicación alimentaria en restaurante con trabajadores migrantes.
- Epidemiología: >20 contactos vía telefónica para encuestas y otras gestiones sobre ITS, incluido VIH; enfermedades de transmisión aérea —tuberculosis, meningitis —; enfermedades transmitidas por alimentos.
- Seguridad alimentaria: traducción (árabe, chino) de documentos clave con instrucciones para propietarios de comercios y restaurantes; mediación intercultural durante inspecciones de 5 restaurantes/tiendas de alimentación.
- Asistencial: >200 mediaciones en consultas.

Conclusión

Colaborar con mediadores interculturales en tareas de SP ha contribuido a superar barreras y a promover la salud de comunidades migrantes. Profesionales sanitarios, pacientes y trabajadores se mostraron receptivos al programa. Esperamos que esta iniciativa anime a otros centros de salud pública a desarrollar programas similares.







Dipsalut
Organisme de Salut Pública
de la **Diputació de Girona**



**Documenta
Universitaria**

@DocUniv
documentauniversitaria.com