

4.

ACCIONES COMUNITARIAS EN SALUD DESDE LOS MUNICIPIOS VINCULADAS CON EL IV PLAN DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA



COORDINACIÓN

Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público. Servicio de Planificación y Evaluación de Políticas de Salud.

Rosa Mas Pons
M^a Ángeles Irlés Rocamora
Carmen Barona Vilar

COLABORACIÓN TÉCNICA

Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Violeta Argudo Fortal	José Tomás Mateos García
María Barberá Riera	Ana Molina Barceló
Cora Caveró Carbonell	Guillem Ninyoles Marco
Lucía Ciancotti Oliver	Ana Pagá Casanova
Esther Cobos Gambero	Rosanna Peiró Pérez
Carmen Cuenca del Olmo	Elena Pérez Sanz
María de la Guardia Castellote	Joan Quiles i Izquierdo
Aurora Hernández Jiménez	Rosa Ramón Bonache
Natalia Hernanz Beltrán	M ^a Jesús Redondo Gallego
Raquel Jiménez Talamantes	Encarna Santolaria Bartolomé
Eva Legaz Sánchez	Vicente Tomás Gradolí
Silvia Marín Villuendas	Lourdes Zubeldia Lauzurica

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

© de la presente edición: Generalitat, 2018

© de los textos: los autores

1^a edición. Edición online

Maquetación: Antonio Felis Clar (antonio.felisclar@gmail.com)

REVISIÓN EXTERNA

Área 1

Beatriz Jannone Colomina. Dirección General de Infancia y Adolescencia.
Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

Área 2

Josep Castellano Puchol. Unidad Territorial del Instituto Valenciano de la Juventud (IVAJ) - Castellón.
Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

Área 3

Elena Ronda Pérez. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante.

Área 4

Isabel González y Francisco Azorín. Fent Ciutat – Xarxa Ciutadana. Fent Estudi.

Área 5

Anna Pons Frígols. Centro de Educación Ambiental de la Comunitat Valenciana.
Conselleria de Agricultura, Medio Ambiente, Cambio Climático y Desarrollo Rural.

Área 6

Eduardo Zafra Galán. Consejo Valenciano de Personas Mayores.

Área 7

Rosa María Baños Rivera. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universitat de València.
José Miralles Crisóstomo. Facultad de Bellas Artes. Universitat Politècnica de València.

Área 8

Arantxa Grau i Muñoz. Departamento de Sociología y Antropología Social. Universitat de València.

Área 9

Viola Casseti. School of Health and Related Research. University of Sheffield – Reino Unido.
Grupo de trabajo PACAP Valencia.

Cita recomendada: Acciones comunitarias en salud desde los municipios vinculadas con el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018. Serie Guías XarxaSalut, nº 4.

ÍNDICE

Presentación:

9 áreas para la acción	5
<u>Área 1</u> Inicio y primeras etapas de la vida.....	9
<u>Área 2</u> Juventud, educación y ocio	20
<u>Área 3</u> Personas y lugares de trabajo saludables	33
<u>Área 4</u> Urbanismo, movilidad y espacios comunes saludables.....	45
<u>Área 5</u> Calidad y control ambiental y de alimentos.....	58
<u>Área 6</u> Ciudades inclusivas para las personas mayores	73
<u>Área 7</u> Bienestar emocional, arte y cultura.....	85
<u>Área 8</u> Protección y cohesión social: comunidades fuertes	97
<u>Área 9</u> Compartir experiencias: alianzas de municipios por la salud.....	111
<u>Bibliografía</u>	121

PRESENTACIÓN: 9 ÁREAS PARA LA ACCIÓN



La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

En septiembre de 2015, tras finalizar el periodo de vigencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Asamblea General de Naciones Unidas acordó la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**, estableciendo un conjunto de 17 objetivos y 169 metas de carácter global y aplicación universal. Aprobados por los 193 estados miembros, cada gobierno debe fijar sus propias metas, teniendo en cuenta el contexto del país, y planificar cómo incorporarlos en las políticas y estrategias nacionales. Los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (ODS) abarcan tanto aspectos económicos como sociales y ambientales del desarrollo sostenible, y prestan una atención especial a la equidad. La nueva Agenda destaca por su naturaleza integral y la existencia de importantes interrelaciones entre todos sus objetivos. El **Objetivo 3**, centrado en la dimensión de salud, establece 13 metas orientadas a *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”*, a través de acciones focalizadas en la salud maternoinfantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles, la cobertura sanitaria universal y la salud medioambiental. Por otra parte, en el **Objetivo 11**, *“Hacer que las ciudades y los asentamientos urbanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”*, se reconoce el papel fundamental que la urbanización tiene en el desarrollo y el poder de los gobiernos locales para impulsar acciones en la comunidad y contribuir al logro de la Agenda en su conjunto¹.

En noviembre de 2016 se celebró la **9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud** bajo el lema *“Promover la salud, promover el desarrollo sostenible: Salud para todos y todos para la salud”*. El tema central giró en torno a los vínculos existentes entre la promoción de la salud y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y en cómo la promoción de la salud puede contribuir a alcanzar las metas planteadas en los ODS. Entre los acuerdos adoptados, la **Declaración de Shanghai sobre Promoción de la Salud** contempla como prioridad la buena gobernanza que articula en diferentes medidas: el impulso de políticas de carácter intersectorial en pro de la salud y la justicia social, el reconocimiento de la relevancia de la acción local en el marco de las ciudades y comunidades como entornos esenciales para la salud, y la movilización social y el empoderamiento de las personas mediante la promoción de los conocimientos sanitarios, con el objetivo de favorecer el control sobre su propia salud y la posibilidad de optar por un modo de vida sano. A su vez, en el **Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables**, se suscribió el compromiso de promover la salud mediante la mejora de la gestión de los entornos urbanos².

IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana

El **IV Plan de Salud**, aprobado por Acuerdo del Consell de 29 de abril de 2016, constituye el marco estratégico de planificación y programación de las políticas de salud en la Comunitat Valenciana (CV), para el periodo 2016-2020.

Fundamentado en el marco de los determinantes sociales de la salud y la equidad reconoce que la mejora de la salud no es competencia exclusiva del sector sanitario. Por ello, aplicando el principio de **Salud en Todas las Políticas** y promoviendo la **Salud en Todas las Edades**, apela a un abordaje de la salud desde un enfoque de la promoción de entornos saludables, en el que el ámbito local cobra especial relevancia por ser aquel en el que viven, trabajan, estudian y disfrutan de su tiempo de ocio las personas.

En la Línea Estratégica 3, *“Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación”*, se establece como uno de sus objetivos el “proponer desde el sector salud

acciones sinérgicas con aquellos otros sectores en los que se pueden alinear los objetivos de cada política sectorial con los intereses comunes de la población, a fin de contribuir a un desarrollo sostenible y saludable de la sociedad". Entre las acciones planteadas para la consecución de este objetivo destacan la constitución de un marco de coordinación interdepartamental, la traslación de los objetivos del Plan de salud a los departamentos de salud, adaptados a su contexto, y la identificación y difusión de buenas prácticas de intersectorialidad en salud³.

La Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, incorpora como una de las competencias de las entidades locales, "La participación, en colaboración con los equipos de atención primaria y de salud pública, encaminada a potenciar ciudades saludables, mediante la creación de mesas intersectoriales". Además, en su artículo 12, que hace referencia al Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, indica que "En la Comunitat Valenciana, las políticas de salud municipales desarrolladas a través de planes, programas y proyectos de acción local en salud, se alinearán con las líneas estratégicas, objetivos y acciones del plan de salud vigente y se ejecutarán de manera coordinada con los servicios asistenciales y de salud pública".

XarxaSalut

La iniciativa XarxaSalut se configura como la red de municipios de la Comunitat Valenciana que se adhieren al IV Plan de Salud, adquiriendo con ello el compromiso de implementar acciones de promoción de la salud en el ámbito local* enmarcadas en las líneas estratégicas y objetivos del Plan de Salud. XarxaSalut es una iniciativa de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, a través de su Dirección General de Salud Pública y con la colaboración de la Federación Valenciana de Municipios y Provincias.

XarxaSalut se crea como un marco de actuación con el que reorientar las acciones de promoción de la salud en la comunidad que ya se estén realizando y las nuevas que se puedan llevar a cabo atendiendo al principio de salud en todas las políticas, es decir, asumiendo la premisa de que todas las políticas en el ámbito local pueden tener un impacto sobre la salud de las personas y que, por tanto, es necesario abordar la salud desde la intersectorialidad, creando espacios de cogobernanza a través de la participación ciudadana.

Por qué esta Guía

En esta Guía se han identificado las principales áreas de influencia donde los gobiernos locales pueden actuar para mejorar la salud y el bienestar de la población y reducir las desigualdades en salud. La iniciativa tiene la finalidad de garantizar la coherencia de las políticas y la armonización de los programas de acción emanados desde los distintos niveles (estatal o supraestatal, autonómico, municipal) y sectores (salud, educación, bienestar social, urbanismo, medio ambiente, etc.) sirviendo de apoyo al despliegue de acciones de promoción de la salud en el ámbito local.

* Las acciones de promoción de la salud en el ámbito local diseñadas, implementadas y evaluadas siguiendo los fundamentos contenidos en esta guía, es también lo que llamamos acción comunitaria en salud o acción local en salud.

Su elaboración se ha inspirado en la propuesta desarrollada en Inglaterra por The King's Fund y plasmada en su guía *Improving the public's health. A resource for local authorities*⁴.

A quién va dirigida esta Guía

Esta Guía pretende ser un documento de referencia y ayuda para quienes trabajan la promoción de la salud a nivel local, principalmente profesionales de ayuntamientos, centros de salud y centros de salud pública, pero también puede ser útil para colectivos, asociaciones locales y personas individuales interesadas o implicadas en la mejora de la salud de su comunidad a través de acciones interdisciplinarias, participativas, intersectoriales y con perspectiva de equidad.

Cómo usar esta Guía

Esta Guía es la cuarta de la serie de Guías XarxaSalut, y en ella se describen las áreas que pueden dinamizar los municipios para fomentar la acción comunitaria en salud. La serie Guías XarxaSalut se irá completando y actualizando con documentos complementarios de apoyo y ayuda para dicho trabajo.

En el desarrollo de cada una de las áreas de acción tratadas en esta Guía se ha seguido una estructura similar, proporcionando información sobre:

- Justificación de la acción.
- Consecuencias para la salud de la población, desde un enfoque de determinantes sociales y desigualdades en salud, con datos aportados en informes y revisiones sistemáticas de la literatura científica. Asimismo, se ofrece una visión general de la situación en la Comunitat Valenciana.
- Intervenciones basadas en la evidencia, con enlaces a otras fuentes de conocimiento, y algunos ejemplos ilustrativos de experiencias desarrolladas en municipios de la CV.
- Normativa, planes o estrategias relacionados, tanto de ámbito nacional como autonómico.
- Metas fijadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y acciones propuestas en el IV Plan de Salud de la CV relacionadas con el área de acción y que pueden tener un despliegue a nivel municipal.

Dado que muchos de los temas tratados en esta guía tienen un carácter transversal y son comunes a varias áreas, se ha optado por incluir un texto explicativo más extenso en una sola de ellas y establecer vínculos con las demás. De esta forma, se simplifica la redacción del documento y se facilita su consulta a través de elementos relacionados.

Por último, indicar que el objetivo de este trabajo no ha sido realizar una revisión exhaustiva de las acciones de promoción de la salud desarrolladas en el ámbito local. Únicamente se ha tratado de ofrecer algunos ejemplos de buenas prácticas que puedan servir de referencia a la hora de iniciar un proceso similar en otros municipios.

ÁREA 1. INICIO Y PRIMERAS ETAPAS DE LA VIDA



“Un buen comienzo en la vida significa apoyar a las madres y a los niños y niñas: el desarrollo temprano y la educación ejercen un impacto que dura toda la vida”

**Los determinantes sociales de la salud.
Los hechos probados. OMS, 2003**

¿Por qué es importante actuar en esta área?

En la etapa prenatal y en la primera infancia se establecen las bases de la salud adulta. Una buena salud de las mujeres, incluso desde antes del embarazo, es fundamental para alcanzar el desarrollo óptimo de su futuro hijo o hija. Las condiciones presentes en el ambiente intrauterino (carencias nutricionales, exposición a tóxicos, etc.) se han relacionado con la manifestación de enfermedades en la edad adulta (“programación fetal”). Además, los efectos acumulativos en la salud a lo largo del ciclo vital no se limitan a la vida de un individuo, sino que se transmiten a las generaciones sucesivas.

El desarrollo físico, social y cognitivo en los primeros años condiciona el rendimiento escolar futuro y el nivel de educación máximo que se alcance, modulando el acceso a un número mayor o menor de oportunidades y marcando la trayectoria de vida.

El nivel socioeconómico de la familia y las condiciones de vida determinan el nivel de salud de los niños y niñas. Las mujeres gestantes en situación de desventaja social tienen peor salud y un riesgo mayor de presentar problemas en el desarrollo fetal. La vulnerabilidad socioeconómica en la infancia es uno de los mayores factores de riesgo asociados a peores resultados en salud. Estos niños y niñas tienen menos probabilidad de lactancia materna, están más expuestos al humo del tabaco, a patrones de alimentación y actividad física no saludables, a lesiones por accidentes y a situaciones de violencia. Conforme se avanza en la escala social los resultados en salud son más favorables. Este gradiente social de la salud, presente ya en la etapa prenatal, se incrementa en los primeros años de la niñez y a lo largo de todo el ciclo vital.

¿Qué sabemos?

- En general, los países desarrollados muestran indicadores de salud materna y perinatal muy positivos, consecuencia del avance en los cuidados obstétricos y neonatales y la mejora de la calidad de vida de la población. A pesar de ello, persisten las desigualdades en salud, no sólo entre países, sino también dentro de un mismo país⁵. Las mujeres con menor nivel socioeconómico o con indicadores de privación social, como la falta de acceso a una atención sanitaria pública o la situación de migrante, tienen mayor riesgo de presentar complicaciones graves en el embarazo⁶⁻⁸. Una atención prenatal deficiente se ha asociado a un incremento de los nacimientos de bajo peso y de la mortalidad neonatal⁹.
- La **prematuridad y el bajo peso** al nacimiento se han relacionado con una mayor morbimortalidad infantil y con trastornos del desarrollo psicomotor, existiendo diferencias en su magnitud, atribuibles a desigualdades socioeconómicas y a un desarrollo desigual de las políticas sociales^{10,11}. Las mujeres con menor nivel de estudios presentan mayor riesgo de tener recién nacidos prematuros y pequeños para la edad gestacional¹². Se estima que una de cada cuatro muertes en menores de un año podría evitarse si todos los nacimientos tuvieran el mismo nivel de riesgo que el de las mujeres pertenecientes a la clase social más favorecida¹³. Además, los bebés prematuros y con bajo peso al nacimiento tienen mayor riesgo de presentar en la edad adulta hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y otras enfermedades cardiovasculares¹⁴.
- El **consumo de tabaco** durante el **embarazo** afecta al desarrollo pulmonar del feto y se ha relacionado con la aparición de malformaciones congénitas. La exposición pasiva al humo del tabaco de la gestante se ha asociado a un riesgo mayor de bajo peso al nacimiento y muerte fetal, mayor riesgo de muerte súbita del lactante y en la primera infancia, a una función pulmonar reducida, infecciones respiratorias, asma, problemas relacionados con la conducta y dificultades de aprendizaje¹⁵.
- En la Región Europea de la OMS aproximadamente el 13% de los niños y niñas menores de 5 años y 1 de cada 3 de 6 a 9 años tienen **sobrepeso u obesidad**, con mayor prevalencia en los grupos socioeconómicos más bajos^{16,17}. Estos niños y niñas presentan mayor riesgo de hipertensión arterial, hiperinsulinemia, asma y otros problemas respiratorios y estigma social¹⁸. También tienen más probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y sufrir diabetes y enfermedades cardiovasculares¹⁹. Los primeros 1000 días (desde la concepción hasta los dos años de vida) constituyen un periodo crítico para el desarrollo de la obesidad infantil y para su prevención. El exceso de peso de la madre previo al embarazo o la ganancia excesiva durante la gestación, la exposición prenatal al tabaco, el elevado peso al nacimiento o el aumento excesivo en el lactante son factores de riesgo que se asocian consistentemente con la obesidad en la infancia²⁰. La lactancia materna favorece el desarrollo óptimo del recién nacido y reduce el riesgo de obesidad y diabetes²¹.
- Las **habilidades sociales y emocionales** desarrolladas durante la infancia tienen efectos a largo plazo. Así, el autocontrol y la autorregulación se han relacionado con una buena salud mental, mayor bienestar y satisfacción con la vida, un nivel de ingresos y desarrollo profesional elevado y menor obesidad, tabaquismo, criminalidad y mortalidad. La autoestima infantil también ha mostrado un efecto positivo en la salud, tanto mental como física, en la edad adulta. Los niños y niñas de ho-

gares más favorecidos desarrollan mejores habilidades sociales y emocionales que aquellos pertenecientes a hogares desfavorecidos, lo que puede contribuir a aumentar la brecha socioeconómica y las desigualdades en salud en la edad adulta²².

- A nivel mundial, se estima que el 26% de las muertes y el 25% de la carga de enfermedad en menores de 5 años se podría evitar si se redujesen **riesgos medioambientales** como la contaminación del aire, exposición a productos químicos, deficiencias en el acceso al agua potable y saneamiento e higiene inadecuados²³. La contaminación atmosférica se ha relacionado con la aparición de problemas en el desarrollo cognitivo de niños y niñas, disminución de la función pulmonar y asma¹⁵.
- El **maltrato infantil** constituye un grave problema de salud pública y de bienestar social, contribuye sustancialmente a la morbimortalidad en la infancia y tienen efectos duraderos en la salud mental y en la adopción de conductas de riesgo que persisten en la edad adulta. El nivel de ingresos y la educación parentales y los problemas con el alcohol y las drogas son factores de riesgo de maltrato infantil²⁴. Se estima que se notifican menos del 10% de estas situaciones. Las muertes por maltrato ocurren sobre todo en menores de 5 años, especialmente en el primer año, siendo los padres biológicos responsables del 80% de las mismas^{24, 25}.
- En Europa cada año fallecen aproximadamente 4.000 menores de 15 años por lesiones, el 27% de estas muertes afectan a niñas y niños de entre 1 y 4 años. En menores de 5 años, la mitad de los accidentes no fatales ocurren en el domicilio. La mortalidad por lesiones en la infancia también sigue un gradiente social, existiendo tasas mayores en países con menor nivel de ingresos y en niños y niñas de familias con peor nivel socioeconómico²⁶.



Algunos datos en la Comunitat

La proporción de nacimientos con el resultado de un recién nacido de **bajo peso** (<2.500 g) fue del 9,2% en el año 2016, con una distribución desigual por departamentos de salud, oscilando este valor entre un mínimo del 6,4% y un máximo del 13,6%²⁷. En ese mismo año el 8,3% de los nacimientos fueron prematuros (<37 semanas de gestación).

3.860
recién nacidos
con bajo peso.

En 2015, la tasa de mortalidad perinatal, es decir de muertes fetales y neonatales (desde las 22 semanas de gestación hasta los 27 días de vida), fue de 5,7 casos por 1.000 nacidos, observándose diferencias en la magnitud del indicador en función del país de origen de la gestante²⁸. La tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos) fue de 2,7 en el periodo 2012-2014.

**330.000 niñas
y niños en situación
de riesgo de pobreza
o exclusión social.**

En 2015, el **riesgo de pobreza o exclusión social infantil** (Estrategia Europa 2020), de 0 a 17 años, alcanzó la cifra del 37,7%, tres puntos

superior a la media estatal y 11,5 puntos superior a la media de la Unión Europea (UE-15). Es decir, que más de 330.000 niñas y niños se encontraban en una situación de riesgo de pobreza o exclusión social²⁹. Además, existen diferencias en la distribución territorial de este indicador.

El porcentaje de **escolarización** en el primer ciclo de Educación Infantil (0, 1 y 2 años) en el curso 2015-2016 fue del 30%, 4 puntos inferior a la media nacional. La proporción de niños y niñas escolarizados a los 3 años alcanzó el 92,6%, valor que se sitúa entre los más bajos en el conjunto de CCAA³⁰.

**1 de cada 4
escolares que inician
la educación primaria
tiene exceso de peso.**

En 2014, el 27,8% de los niños y niñas que iniciaban la Educación Primaria presentaba un **exceso de peso** (sobrepeso 16,1%, obesidad 11,7%), con mayor prevalencia de sobrepeso en las niñas y de obesidad en los niños³¹.

Entre semana, un 15,4% de menores de 5 años dedica dos horas o más al día a **actividades sedentarias** delante de una pantalla (TV, móvil, tablet, etc.). Los fines de semana este porcentaje asciende al 34,7%³².

Entre 2010 y 2014 se produjeron 3.383 notificaciones de riesgo sociosanitario en menores de 18 años desde el ámbito sanitario, siendo los menores de 1 año el grupo de edad más afectado. El sexo femenino, la nacionalidad no española y el riesgo de exclusión social aparecen como ejes de desigualdad. Entre 2000 y 2013 fallecieron 37 menores de 15 años por violencia, el 32% de los fallecimientos ocurrieron en menores de 5 años, siendo la tasa más elevada en los menores de 1 año, fundamentalmente niños³³.

¿Qué podemos hacer?

1. Programas de parentalidad positiva

Desde la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se propone la puesta en marcha de programas dirigidos a la formación y capacitación de madres, padres y otros adultos con responsabilidades educativas, para promover las habilidades sociales, emocionales, intelectuales, del lenguaje y del comportamiento en los niños y niñas. Estos programas muestran mejoras en las relaciones interpersonales, en las prácticas de disciplina apropiadas, los logros académicos y las competencias sociales, reducen problemas conductuales en los y las menores, tasas de abuso en la infancia, delincuencia en la adolescencia, así como la violencia en el seno de la pareja y la violencia autoinfligida en la etapa adulta³⁴. Entre los programas que han demostrado mayor evidencia se encuentra el *Positive Parenting Program* (Triple P), que ha conseguido la reducción de comportamientos disruptivos (o antisociales), comportamientos parentales negativos, situaciones de maltrato o de abuso infantil, así como favorecer las actitudes parentales positivas y el buen funcionamiento psicosocial de los padres y madres. Además de la prevención de un amplio espectro de problemas clínicos, desórdenes conductuales, déficit de atención-hiperactividad, trastornos de la alimentación infantil, discapacidades etc...^{35, 36}. A nivel local, algunos municipios están trabajando en este tema desde hace tiempo con distintos enfoques de intervención^{37, 38}. Es el caso del ayuntamiento de Santander, Langreo, Lleida o Archidona.

2. Educación infantil

Los niñas y niños que acceden de forma temprana a la educación infantil desarrollan mayores habilidades cognitivas, mejor comportamiento y una preparación óptima para la escuela. Estos beneficios se manifiestan especialmente en menores que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad^{39,40}. Una recopilación de buenas prácticas desplegadas en el ámbito municipal en el Reino Unido, incorpora un amplio abanico de experiencias con intervenciones a distintos niveles, como nuevas formas de organización y trabajo intersectorial (salud, educación, servicios sociales), acciones específicas en población vulnerable, oferta formativa adaptada a las necesidades de padres y madres o programas para potenciar la participación del padre en la crianza. Además, se muestran algunos ejemplos de actuación sobre otros determinantes, como el desempleo en el entorno familiar o la violencia doméstica, desde los centros educativos y de forma coordinada con otros sectores⁴¹.

3. Visitas domiciliarias en población vulnerable

Los programas que contemplan la visita al domicilio familiar por parte de profesionales sanitarios han demostrado tener resultados positivos tanto para la madre como para el menor, fundamentalmente en los colectivos más desfavorecidos. Junto al acceso a la educación temprana y a unos cuidados de calidad, conforma el conjunto de intervenciones recomendadas en los niños y niñas menores de 5 años en situación de vulnerabilidad, con el objetivo de asegurar el bienestar emocional y social en los primeros años como base para su desarrollo futuro⁴². El *Early Start* es un programa intensivo de visitas a domicilio, que se realiza para familias en situaciones de estrés y dificultades⁴³. En un ensayo clínico de 2005, las tasas de abuso infantil y negligencia en el grupo de madres y padres adheridos al programa *Early Start* fueron significativamente más bajas que las del grupo control⁴⁴. Otro programa, *Nurse-Family Partnership*, realizado por personal de enfermería, recibió una alta calificación, y ha demostrado resultados clínicos significativos en la salud materna, efectos positivos de parentalidad y salud infantil, con una reducción de las tasas de abuso y negligencia infantil, problemas emocionales y sociales de las niñas y niños pequeños (0-5 años), problemas de delincuencia juvenil y tasas de abandono escolar, así como mejores perspectivas laborales y económicas para la familia^{45,46}.

4. Intervenciones para la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil

Las intervenciones que muestran mejores resultados tienen múltiples componentes, están adaptadas al contexto local, se sirven de las estructuras sociales ya existentes en la comunidad y permiten una participación de los agentes implicados⁴⁷. Las recomendaciones van dirigidas a impulsar programas comunitarios orientados a fomentar un estilo de vida saludable, alimentación sana y práctica habitual de actividad física.

El proyecto *Juntos: sano para ti, sano para los dos*, es una iniciativa de la Comisión Europea, centrada en las mujeres embarazadas y en período de lactancia, para promover las dietas y los estilos de vida saludables en esos momentos tan especiales, sobre todo en mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad social y/o económica. Involucra a diversos actores comunitarios, desde trabajadores/as sociales o sanitarios a mercados locales, parques y gimnasios municipales y muchos otros más, garantizando que las opciones saludables sean más accesibles, y creando un verdadero cambio sostenible. El eje del proyecto son las comunidades locales y los grupos de promoción local, que involucran a la ciudadanía en acciones reales para

favorecer estilos de vida más saludables y la capacita para asumir mayor responsabilidad en lo relativo a su propia salud y la de sus familias.

La Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) contempla intervenciones tanto de promoción de la alimentación saludable como de protección de la salud. Entre las primeras cabe citar el [Programa Educa NAOS](#), con materiales y actividades para profesorado, menores y familias, y los [Premios Estrategia NAOS](#) cuya finalidad es reconocer y dar mayor visibilidad a aquellos programas, intervenciones u otras iniciativas autonómicas y/o locales que contribuyan a la prevención de la obesidad, mediante la promoción de una alimentación saludable y/o de la práctica de actividad física regular. Respecto a la protección de la salud, las intervenciones se dirigen a facilitar la accesibilidad a una alimentación variada, equilibrada y más moderada tanto en consumo calórico, como en contenido de grasas, azúcares y sal, con acciones como la *reformulación de alimentos* (cambios en su composición) o el *Código PAOS*, de regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores.

La práctica de actividad física en los primeros años de la infancia tiene un efecto beneficioso sobre los factores de riesgo cardiovascular, la ganancia de peso, las habilidades motoras, el bienestar emocional, el desarrollo cognitivo y la preparación para el inicio de la etapa escolar. Se recomienda incorporar la actividad física durante todo el día y en todos los entornos en los que se desenvuelven los y las menores, aunque la mayoría de las intervenciones se han centrado en guarderías y centros de educación infantil. Pasar más tiempo al aire libre, proporcionar más espacio en el patio de recreo y ofrecer elementos para el juego de los niños y niñas son algunas de las acciones que se han relacionado con un incremento de la actividad física⁴⁸. En el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, se han elaborado distintos materiales de apoyo dirigidos tanto a [docentes](#) de Educación Infantil como a [madres, padres o personas cuidadoras](#).

(Ver también: [Alimentación saludable y actividad física en el entorno educativo – Área 2](#))



Algunas experiencias en la Comunitat

Escuela de madres/padres

La [Escuela de madres y padres](#) del Ayuntamiento de València es un programa puesto en marcha en el año 1994, dirigido a las madres y padres con hijas e hijos en edad escolar y a quienes contemplan la posibilidad de tenerlos, cuyo objetivo es facilitarles la información y el asesoramiento que les permita una mayor capacitación para ejercer su función. En este programa de formación sistemática participa un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la Psicología, Pedagogía, Medicina y Educación Infantil. Intervenciones similares se llevan a cabo en otros municipios de la Comunitat Valenciana como por ejemplo [Puçol](#) o [San Vicente del Raspeig](#).

La [Escuela de vida saludable](#) del Ayuntamiento de Alicante es un proyecto de movilización e implicación comunitaria dirigido a personas que viven o trabajan en la zona norte de Alicante, tanto hombres como mujeres, con descendencia o en proceso de tenerla, con dominio básico del español y conocimientos básicos en lectura y escritura. La finalidad es formar a vecinos y vecinas de distintos barrios como agentes sociales de salud en competencias parentales, de salud y de acceso a recursos, para que puedan transmitirlo al resto de la comunidad.

Alimentación saludable y actividad física

Existen distintas iniciativas de colaboración entre entidades locales y asociaciones *de Promoción y apoyo a la lactancia materna*, como por ejemplo la integrada por la Concejalía de Juventud del [Ayuntamiento de Torrevejea](#) y la Asociación Lactatorre, para informar y apoyar el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna de forma satisfactoria mediante reuniones que favorecen el intercambio de experiencias entre embarazadas y madres. El [Concurso Fotográfico de Lactancia Materna Marina Alta](#) es otra de las actividades impulsada por la asociación Nodrissa y apoyada desde el ámbito municipal.

La [Escuela municipal de familias. Pequeñ@s chefs en Salud](#) es un proyecto del Ayuntamiento de Altea que recoge una serie de actividades destinadas a la promoción de la alimentación saludable y la vida activa como pilar del mantenimiento de una salud adecuada, así como a la prevención de la obesidad y a los trastornos de la conducta alimentaria. Está dirigido a la población general, aunque cuenta con actividades específicas para la población infantil y también para las familias.

Desayuno saludable. Son varios los centros educativos de diferentes localidades de la Comunitat que ponen en marcha este tipo de proyecto, cuyo objetivo es inculcar la práctica diaria y saludable del desayuno. Citar algunos ejemplos de iniciativas conjuntas con la administración local como el caso de [Onda](#) o [Segorbe](#).

[Marchando con mi pediatra](#) es una iniciativa integrada en el proyecto PAIDO (Programa de Atención Integral de la Obesidad Infantil) que supone la colaboración entre pediatras de la Unidad contra la obesidad y el Riesgo Cardiovascular del Hospital General de València y el Ayuntamiento de València. Se trata de una intervención que favorece la práctica de ejercicio físico mediante la técnica de marcha rápida en el antiguo cauce del río Turia, junto a profesionales de pediatría de la unidad, personal técnico del ayuntamiento y familias.

Género y vulnerabilidad

La Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana (FAGA) cuya misión es contribuir a la promoción integral del pueblo gitano, desarrolla diferentes programas en colaboración con las distintas administraciones, tanto del ámbito local como del regional o estatal, entre los que se encuentra La Terapia Ocupacional como marco de trabajo con mujeres gitanas, prevención de discapacidades en menores y parentalidad positiva. Los objetivos de este programa son promover las competencias parentales y el desarrollo personal y social de las figuras parentales y contribuir a crear las condiciones psicosociales y los apoyos sociales apropiados para el ejercicio de la parentalidad positiva. Para ello, desarrolla distintos talleres orientados a la introducción a este modelo familiar de crianza ([Parentalidad positiva FAGA](#)).

(Ver también: [Vulnerabilidad y equidad en salud – Área 8](#))

Para saber más

Early Intervention Foundation: Organización sin ánimo de lucro que ofrece apoyo y asesoramiento en el campo de la intervención temprana. Elaboran informes de evaluación de la evidencia disponible, análisis económicos, guías prácticas y herramientas para implementar acciones de intervención temprana de manera efectiva. Más información en: <http://www.eif.org.uk>

Ciudades Amigas de la Infancia: Iniciativa internacional, liderada por UNICEF y con la colaboración del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Federación Española de Municipios y Provincias y el Instituto Universitario de Necesidades y Derechos de la Infancia, cuyo objetivo es impulsar políticas municipales que mejoren el bienestar de la infancia y garanticen el desarrollo integral de los niños y niñas desde un enfoque de derechos. Más información en: <http://ciudadesamigas.org/>

Portal web Infancia en datos: Proyecto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y UNICEF Comité Español que permite acceder a los principales datos sobre la situación de la infancia en España y las Comunidades Autónomas. Más información en: <http://www.infanciaendatos.es/>

Programa de parentalidad positiva: Línea de trabajo, ligada a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS, que ofrece materiales y formación específica en el tema dirigida tanto a profesionales como a familias y personas cuidadoras. Más información en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Parentalidad_Positiva.htm

Familias en Positivo: Es una plataforma on-line impulsada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Municipios y Provincias, con el objetivo de promover el ejercicio positivo de la parentalidad y reforzar el apoyo a la parentalidad positiva en las políticas y servicios públicos de los gobiernos locales y en el tejido asociativo. Más información en: <http://familiasenpositivo.org/>

Save the children: Organización independiente, con presencia en más de 100 países, que trabaja por los derechos de la niñez, velando por la supervivencia, protección, salud, educación, desarrollo y participación de todos los niños y niñas. Más información en: <https://www.savethechildren.es/>

Normativa, planes y estrategias relacionados

- Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social. Generalitat. Vicepresidència. Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives. Disponible en: <http://www.inclusio.gva.es/documents/610754/163655369/PVICS+Castella%CC%80%202017-05-04.pdf/7b481db2-ee97-4eb0-822a-b9016a7f3b71>
- Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana, 2017-2021. Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2017. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/conselleria-sanitat-universal-i-salut-publica/salut-i-gener>
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

- Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/section/estrategia_naos.htm
- Ley de Infancia y Adolescencia. Generalitat Valenciana (en fase de participación y consulta).



Objetivos de Desarrollo Sostenible



1.2. Para 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales; y fomentar la resiliencia de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.



2.2. Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de los adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes, y las personas de edad.



3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.
3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud sexual y reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.



4.2. Para 2030, velar por que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y a una enseñanza preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria.



5.4. Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.



6.2. Para 2030, lograr el acceso equitativo a servicios de saneamiento e higiene adecuados para todos, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y niñas en situación de vulnerabilidad.



8.5. Para 2030, lograr el empleo pleno y productivo y garantizar un trabajo decente para todos los hombres y mujeres, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, y la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.



11.1. Para 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.

11.7. Para 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, personas con discapacidad y personas de edad avanzada.



16.2. Poner fin al maltrato, explotación, tortura y todas las formas de violencia contra los niños.

IV Plan de Salud de la CV

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

3.2.2. Apoyar la promoción del buen trato a la infancia, detectar precozmente las situaciones de posible desprotección infantil (riesgo y desamparo) y garantizar la atención necesaria mediante actuaciones coordinadas con otros ámbitos de la atención a los menores, especialmente con el ámbito social y educativo.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5.1.1. Desarrollar programas para capacitar a padres y madres, desde el embarazo hasta los 14 años, en el fomento de modelos parentales positivos y promoción del buen trato que contribuyan a garantizar un buen comienzo en la vida y el desarrollo del máximo potencial de salud de todos los niños y niñas.

5.7.5. Reconocer y colaborar con el voluntariado y las iniciativas de grupos de apoyo informal en el ámbito de la promoción de la salud, como por ejemplo madres que apoyan a otras madres en la crianza y la lactancia, vecinas y vecinos que se apoyan unos a otros, pacientes activos apoyan a otros pacientes o asociaciones que ofrecen ayuda y apoyo.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

4.1.2. Reforzar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna desde los servicios sanitarios y apoyar iniciativas que faciliten su práctica en los lugares públicos y centros de trabajo.

4.1.4. Impulsar la visita domiciliaria para conocer el entorno familiar y favorecer una intervención adaptada a la situación y necesidades particulares de cada caso.

4.1.9. Vigilar los riesgos de malnutrición infantil y desarrollar mecanismos de prevención y abordaje de manera coordinada con los servicios sociales y educativos.

4.1.10. Promover actuaciones en el entorno comunitario dirigidas al fomento de una alimentación saludable, tales como talleres de cocina, diseño de menús equilibrados, comidas en familia, huertos urbanos o comercio de proximidad.

4.1.11. Impulsar programas y actuaciones que promuevan la actividad física en el entorno comunitario, tales como caminos escolares seguros, ocio activo en familia o recuperación de espacios públicos para el juego infantil.

4.3.6. Promover el desarrollo de los recursos y estrategias necesarias para proteger la salud y bienestar de las mujeres durante embarazo y lactancia en los diferentes entornos de la vida (familiar, comunitario, laboral, ambiental).

4.3.7. Fomentar la corresponsabilidad en el ámbito doméstico para el cuidado y la crianza de los hijos e hijas.

ÁREA 2. JUVENTUD, EDUCACIÓN Y OCIO



“Empoderar a los jóvenes mediante el desarrollo de aptitudes fortalece su capacidad para ayudar a hacer frente a los numerosos desafíos que afronta la sociedad, como la pobreza, la injusticia y los conflictos violentos. No hay mejor inversión que ayudar a los jóvenes a desarrollar sus capacidades”

Ban Ki-moon.
Secretario General Naciones Unidas, 2016

¿Por qué es importante actuar en esta área?

La adolescencia es una etapa de transición en el desarrollo humano que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, más allá de la maduración física y sexual, que afectan al desarrollo de la identidad, la adquisición de habilidades para el desempeño de funciones adultas y la capacitación hacia la independencia social y económica. El carácter evolutivo del proceso conlleva la manifestación de necesidades diferentes en cada edad, desde la niñez hasta la adolescencia y juventud, que requerirán de respuestas adaptadas en las distintas fases. Desde el enfoque de ciclo vital, la inversión en esta etapa repercute no sólo en la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes sino también en la salud en la edad adulta y ésta, a su vez, en la salud y progreso de la siguiente generación.

Es en estas edades cuando comienza la toma de decisiones autónoma sobre comportamientos básicos de la vida. Los hábitos no saludables, como el consumo de alcohol o tabaco, suelen iniciarse en la adolescencia y condicionan resultados adversos en la salud en la edad adulta. Se trata de un momento único para adquirir los conocimientos y habilidades básicos que les permitan disfrutar de una vida saludable y una participación activa en la toma de decisiones en el ámbito social, económico y político.

Asegurar el acceso a una educación inclusiva y de calidad para todos los niños y niñas, basada en los derechos fundamentales y en la igualdad entre los géneros, es un elemento clave para alcanzar el desarrollo pleno de su potencial. Mejorar la capacitación de adolescentes y jóvenes, con especial énfasis en los grupos más desfavorecidos, facilita mejores oportunidades laborales y ayuda a romper el círculo de la pobreza y la brecha social.

¿Qué sabemos?

- La población infantil, adolescente y juvenil goza, por lo general, de buena salud. La mortalidad en adolescentes y jóvenes está ocasionada principalmente por causas externas, destacando en primer lugar las lesiones por tráfico y en un segundo nivel el suicidio y lesiones autoinfligidas. Se trata de muertes prematuras y potencialmente evitables^{49, 50}.
- Existe una relación clara entre el nivel educativo alcanzado y la salud física y mental de las personas a lo largo de su vida⁵¹. En caso de **abandono escolar temprano**, las personas jóvenes que no trabajan ni continúan formándose tienen un riesgo mayor de depresión que las desempleadas de mayor edad o aquellas de su misma edad que sí trabajan. Se ha relacionado también con la adopción de comportamientos no saludables y conductas delictivas. A largo plazo, el desempleo precoz se asocia a menores oportunidades de trabajo, bajos salarios y peores condiciones laborales, factores que a su vez inciden en la salud⁵².
- El **exceso de peso** en menores y adolescentes, además de afectar a la calidad de vida y salud inmediata, incide en la salud en la edad adulta con una probabilidad mayor de presentar sobrepeso u obesidad, así como enfermedades cardiovasculares o diabetes, entre otros trastornos crónicos¹⁶.
- El entorno en el que vivimos favorece el aumento de peso y la obesidad desde los primeros años. Existe un acceso fácil y barato a alimentos muy procesados de alto contenido calórico y bajo valor nutricional. Además, se trata de un contexto que potencia el desarrollo de tareas sedentarias en detrimento de la práctica de actividad física. En los países de ingresos altos, el riesgo de obesidad infantil más elevado se encuentra en las familias de nivel socioeconómico más bajo¹⁶.
- El desarrollo de múltiples **conductas de riesgo**, como el tabaquismo, el comportamiento antisocial, el consumo de alcohol o las relaciones sexuales sin protección, se concentra en la adolescencia y se asocia a un rendimiento escolar deficitario y a la presencia de morbilidad y mortalidad prematura⁵³. Las intervenciones de prevención que abordan de forma simultánea factores de riesgo y protección, resiliencia, ambientes escolares positivos e interacción con las familias son las que han mostrado una efectividad mayor⁵⁴. Además, se ha observado una asociación entre comportamientos de riesgo múltiples y nivel socioeconómico bajo⁵⁵.
- Muchos de los trastornos de **salud mental** en la edad adulta empiezan a manifestarse en la adolescencia, pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados. Se estima que alrededor del 10% de adolescentes de la región europea presentan algún tipo de problema de salud mental. Los más frecuentes son los trastornos depresivos mayores, y a continuación los problemas de ansiedad, conductuales y por consumo de sustancias¹⁷.
- La práctica de un **deporte o actividad física** estructurada se ha relacionado con efectos beneficiosos en la salud mental de las personas jóvenes, contribuyendo a promover un desarrollo positivo de la juventud, prevenir la aparición de trastornos y tratar los ya existentes, en especial los síntomas clínicos de la depresión. Vivir en barrios deprimidos dificulta el acceso a un entorno favorecedor de la actividad física. Existe un gradiente social en la participación en actividades deportivas, siendo ésta menor en los colectivos más desfavorecidos. Otros ejes de desigualdad son el género y la diversidad funcional⁵⁶.



Algunos datos en la Comunitat

En 2016, 489.085 adolescentes (10-19 años) y 516.865 jóvenes de 20-29 años residían en la CV. En ambos grupos, la proporción de chicos fue ligeramente superior a la de chicas. En conjunto, adolescentes y jóvenes representan un 20,3% de la población valenciana⁵⁷.

Cada año, más de 6.500 niños y niñas no finalizan la Educación Secundaria Obligatoria.

En el curso 2015-16, el **fracaso escolar**, es decir, el porcentaje de alumnado que no se graduó en la ESO, fue del 27% (33,5% en chicos y 20,1% en chicas), algo más de 6 puntos por encima de la media nacional. Además, el **abandono temprano de la educación-formación** (porcentaje de jóvenes de 18-24 años que solo cuenta con la ESO y que no continúa formándose) alcanzó el 20,2% (24,4% en hombres y 15,5% en mujeres) en 2016, algo superior al valor en España (19,0%) y muy por encima del indicador en la UE-28 (10,7%)⁵⁸.

Un 28,4% de menores de 11 a 18 años declara haber sido víctima de **insultos o burlas** de compañeros/as, en el colegio o instituto, al menos una vez en los dos últimos meses, siendo esta proporción similar en chicos y chicas. En el caso del maltrato físico entre iguales en el ámbito escolar, este porcentaje alcanza el 10,5% y afecta sobre todo a los chicos (14,7% de los chicos y 6,2% de las chicas). Además, un 7,4% dice haber sufrido burlas o comentarios ofensivos a través de las nuevas tecnologías en los dos últimos meses⁵⁹.

1 de cada 3 jóvenes se encuentra en situación de riesgo de pobreza o exclusión social.

Las personas jóvenes de 16 a 29 años constituyen el grupo de población con la **tasa de riesgo de pobreza o exclusión social** más alta. Este indicador (Estrategia Europa 2020) alcanzó el valor de 37,8% (30,9% en chicos y 44,8% en chicas) en 2016, cifra similar a la media estatal para este grupo de edad⁶⁰.

Entre la población infantojuvenil (2-17 años) el 24,9% presenta un **exceso de peso**, siendo esta proporción superior en el sexo masculino que en el femenino. Un 16,3% de los chicos tiene sobrepeso y un 12,5% es obeso. En el caso de las chicas, estas cifras se sitúan en un 11,5% y 9,3%, respectivamente. Además, existen diferencias en función de la clase social con una proporción mayor de menores con exceso de peso en los hogares más desfavorecidos³².

Aproximadamente, 2 de cada 3 menores de 2 a 14 años toma fruta a diario (una o más piezas), mientras que solo 1 de cada 3 consume verduras y hortalizas todos los días (una o más raciones). En la población de 15 a 29 años, cerca del 60% incorpora frutas, verduras y hortalizas en su alimentación diaria. Se observa un consumo mayor

de estos alimentos en la población con un nivel educativo más alto y en las clases sociales más favorecidas³².

Cerca de una cuarta parte de adolescentes y jóvenes realiza solo actividades sedentarias en su tiempo libre.

Un 10,1% de menores (2-14 años) y un 14,7% de adolescentes y jóvenes (15-29 años) consumen bebidas azucaradas a diario³².

Un 63% de menores de 5 a 14 años se desplaza a pie al centro educativo y solo un 0,7% lo hace en bicicleta. Respecto al tiempo libre, un 16,2% lo ocupa con actividades sedentarias y no realiza ninguna actividad

física o deportiva, siendo este porcentaje mayor entre las niñas. En el grupo de 15 a 29 años, esta proporción se incrementa hasta el 23,4%, acentuándose las diferencias por sexo (13,8% en chicos y 33,3% en chicas)³².

En 2016, la **tasa de paro** en el grupo de jóvenes de 16 a 24 años fue del 45,5%, ligeramente superior en las chicas que en los chicos⁶¹.

En 2014, la tasa de **embarazos en adolescentes** fue de 17,1 por mil mujeres de 15-19 años³.

El 22,2% de jóvenes (15-29 años) **participa** de manera regular en actividades organizadas por **asociaciones** (juvenil, deportiva, medioambiental, de cooperación, etc.) y un 9,3% lo hace de forma ocasional³².

¿Qué podemos hacer?

1. Alimentación saludable y actividad física en el entorno educativo

El fomento de mejores hábitos de alimentación y la práctica de actividad física en menores y adolescentes son intervenciones beneficiosas para mantener un peso saludable. El centro educativo constituye un entorno adecuado para llevar a cabo estas acciones⁶².

Entre las recomendaciones para una alimentación saludable se incluye el incremento en el consumo de frutas, verduras y hortalizas en la población escolar. Las intervenciones que han mostrado ser efectivas en este campo engloban desde acciones educativas para realizar en las aulas (recursos didácticos, integración del tema a nivel curricular del profesorado...), lecciones experimentales (huerto escolar, salidas a los mercados, talleres con manipulación de frutas y verduras...), juegos y competiciones o el reparto gratuito de frutas y verduras, hasta actuaciones a nivel de los menús ofertados en el comedor escolar y sobre los alimentos y bebidas accesibles a los escolares (máquinas expendedoras), así como intervenciones que involucren a las familias de los escolares para que actúen como modelos de consumidores de alimentos de origen vegetal⁶³. A nivel europeo y nacional se desarrolla el [Plan de Consumo de Frutas, Hortalizas y Leche en la Escuela](#), que lleva a cabo la distribución de estos productos en centros escolares para promover el consumo y contribuir a la promoción de hábitos saludables, la disminución de la obesidad y enfermedades no transmisibles. Las medidas de acompañamiento asociadas a este Plan han sido desarrolladas por el Ministerio de Agricultura, Pesca, Alimentación y Medio Ambiente, siendo imprescindible su desarrollo en las aulas para que el objetivo de la intervención sea efectivo.

La práctica de actividad física se ha relacionado con una reducción del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad o diabetes, así como, con efectos positivos sobre el sistema musculoesquelético y el bienestar emocional⁶⁴. Además, puede tener un efecto beneficioso en el rendimiento académico durante la infancia y adolescencia⁶⁵. Uno de los objetivos de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud es promover la actividad física en el entorno educativo, tanto en el horario escolar como extraescolar. Para ello se han elaborado distintos [materiales](#) adaptados a las recomendaciones según el intervalo de edad. [Tres Cantos](#) o [Villarrobledo](#) son algunos ejemplos de municipios que han incorporado estas propuestas en sus centros educativos.

El programa [Patios abiertos al barrio](#), es una iniciativa del Ayuntamiento de Barcelona, que persigue dar un uso público a este espacio, para el disfrute de niños, niñas, adolescentes y sus familias, fuera del horario

escolar, en fin de semana y en vacaciones escolares. Se realizan actividades de dinamización educativa de tipo deportivo, artístico y en familia.

(Ver también: [Intervenciones para la prevención del sobrepeso y obesidad infantil – Área 1](#))

2. Huertos escolares

Los huertos escolares representan un espacio para la relación, la espontaneidad, el juego, la actividad física y el contacto con el aire libre y el entorno natural⁶⁶. Esta experiencia permite una interacción entre el huerto y el alumnado, quien desarrollando las habilidades necesarias para el cultivo de los huertos, tales como el riego o el control de enfermedades, aprende a tomar decisiones en grupo que, además de afectar el proceso de cultivo, favorecen la responsabilidad personal y el fortalecimiento de las relaciones sociales. El consumo de cultivos ecológicos, además, repercute positivamente en su salud⁶⁷.

Algunos ejemplos son el proyecto [RHS Campaign for School Gardening](#), que estimula y apoya a las escuelas británicas para ofrecer al alumnado oportunidades de progreso y mejora de sus habilidades a través de experiencias relacionadas con la agricultura, y el [School Garden Project](#) que orienta su actividad a ayudar a las escuelas del condado de Lane en Oregón a desarrollar huertos y enseñar al alumnado las destrezas necesarias para llevar a cabo el cultivo.

(Ver también: [Espacios verdes y de sociabilidad – Área 4](#))

(Ver también: [Ecología. Huertos urbanos y bienestar emocional – Área 7](#))

3. Caminos escolares

Desplazarse a pie o en bicicleta aporta beneficios tanto a nivel individual como colectivo. Realizar actividad física de forma regular disminuye el riesgo de desarrollar algunas de las enfermedades crónicas más prevalentes y ejerce un efecto positivo sobre la salud mental. Además, disminuir los desplazamientos motorizados reduce la contaminación ambiental y acústica y el riesgo de lesiones por tráfico. Por último, constituye una oportunidad para recuperar los espacios públicos para la ciudadanía, disfrutar del ambiente al aire libre y facilitar la interacción social⁶⁸. Los caminos escolares son algo más que un proyecto de movilidad sostenible, buscan que los niños y niñas puedan moverse con autonomía y de forma segura por las calles, asuman responsabilidades y recobren el uso y disfrute de la ciudad en la que viven⁶⁹.

(Ver también: [Movilidad saludable, segura y sostenible - Área 4](#))

4. Resiliencia y educación

La resiliencia, es decir, la capacidad de afrontar y superar las experiencias adversas de la vida, es un factor protector frente a la adopción de conductas de riesgo para la salud y se ha relacionado con mejores resultados académicos, acceso a mejores empleos, mayor bienestar emocional y una recuperación favorable y rápida tras la enfermedad. El ámbito educativo ofrece una oportunidad única para incrementar la resiliencia

de menores y jóvenes, de sus familias y de la comunidad, en general. Existen múltiples ejemplos de intervenciones en esta área, ya sea en la esfera individual (mejora de logros tanto académicos como deportivos, artísticos, etc., apoyo en la transición entre etapas, adopción de hábitos saludables), en las relaciones interpersonales (con madres y padres, familias, personal de educación, entre iguales) o desde un enfoque global a nivel de escuela y comunidad (escuelas promotoras de salud, la escuela como centro comunitario)⁷⁰.

(Ver también: [Resiliencia y Mindfulness – Área 7](#))

5. Ocio alternativo y educativo

La importancia del ocio para la juventud se relaciona con el desarrollo personal y de la propia comunidad, así como con un abanico de oportunidades para la participación que pueden provenir de múltiples instituciones, programas y sectores. Se trata de un ámbito de responsabilidad de los sistemas públicos encargados de proveer de servicios y oportunidades para la gente joven⁷¹. El tiempo de ocio tiene un gran potencial para la promoción de la salud y el conocimiento de las entidades locales acerca de su propia juventud, sus necesidades, intereses y motivaciones, las erige en un escenario privilegiado para el fomento de la participación en programas de ocio alternativo que fomentan un estilo de vida saludable, previenen conductas de riesgo e incrementan la participación juvenil en la comunidad⁷².

Sin duda el tiempo del ocio facilita el manejo del estrés y, particularmente, la socialización a través de espacios culturales y artísticos, aumenta la cohesión social y la creación de redes⁷³.

Algunos ejemplos de programas locales desarrollados sobre ocio alternativo para jóvenes son: [Imagina tu noche](#), del Ayuntamiento de Alcobendas, o el programa de ocio juvenil [La noche es tuya](#) del Ayuntamiento de Oviedo.

(Ver también: [Creatividad, Arte y Cultura – Área 7](#))

6. Emprendeduría y empleo

Las oportunidades de trabajo y empleo estable mejoran la salud de toda la población, independientemente del grupo social, el empleo contribuye a cubrir las necesidades psicosociales y es fundamental para la identidad individual⁷⁴. El desempleo afecta negativamente a la salud, incluyendo tanto el estado de salud percibido como una peor salud mental y mayor frecuentación de consultas médicas, consumo de medicamentos y hospitalizaciones⁷⁵. La juventud es especialmente sensible ante este aspecto vital, dado que constituye la etapa de la vida donde se inicia la incorporación del individuo al mundo laboral. Programas de fomento de empleo juvenil, de empoderamiento en la búsqueda y generación de autoempleo y proyectos de emprendeduría resultan fundamentales si se combinan con estrategias de uso de apoyo social. Los estudios indican que la gente joven que participa de forma activa en colectivos activistas, siente un mayor control, una alta autoestima, y es más optimista con respecto a su futuro que quien no se involucra en este tipo de iniciativas⁷⁶. La corporación local puede ser una lanzadera promotora de iniciativas de autoempleo, asociacionismo y emprendeduría económico y social de inestimable valor.

(Ver también: [Promover el empleo – Área 3](#))



Algunas experiencias en la Comunitat

Alimentación saludable

El programa [La Nevera, para refrescar las ideas](#) del Ayuntamiento de Alicante tiene por objetivo promover hábitos de vida saludables en la población juvenil, generando conciencia de los beneficios de cuidarse y así disfrutar de una vida lo más saludable posible. Promueve la participación de profesorado, familias y jóvenes. Contempla, entre otras áreas, la alimentación saludable y la práctica de actividad física.

Los talleres de alimentación saludable [Cocinando el futuro](#), enmarcados en el Plan de Acción «*Dénia&Marina Alta #tastinglife*», tienen como finalidad inculcar hábitos de alimentación saludable en la población escolar de 8 a 12 años así como, concienciar sobre el consumo de productos locales y de proximidad y la importancia de su utilización para la preservación del entorno natural.

El programa [Promoción de alimentos saludables](#) tiene como objetivo sensibilizar a los escolares sobre la relación existente entre la dieta y la salud; va destinada al alumnado de tercero de primaria de la localidad de Segorbe e incluye sesiones informativas y prácticas.

Huertos escolares

Diversos ayuntamientos están impulsando este tema y ofrecen cursos orientados a docentes y otras personas interesadas, para capacitar a las personas que participan en la gestión de los huertos escolares. Entre estas experiencias se puede citar el [Proyecto Huerto Escolar Ecológico](#) de València o el curso [Hort Escolar Ecològic](#) de Godella.

[L'Hort Escolar del Colegio Pare Català](#) del barrio de Benimaclet, en València, es un proyecto mediante el que el colegio muestra su vocación de participar en la vida socio-cultural del barrio implicándose en el proyecto de Huertos Urbanos de Benimaclet llevado a cabo por la asociación de vecinos y vecinas de este barrio.

La [Red Huertos de Alicante](#) recoge en su web varias experiencias de huertos urbanos puestas en marcha en distintos entornos, entre ellos el educativo.

(Ver también: [Ecología, Huertos Urbanos y Bienestar Emocional – Área 7](#))

Camino escolar seguro

El proyecto [Pas a pas](#) del Ayuntamiento de Jávea, promueve la movilidad sostenible, autónoma y segura al colegio entre la infancia del municipio. Se trata de una actividad impulsada desde el [Consell dels Xiquets](#) y ha supuesto una reconversión de la ciudad, habilitando rutas mediante un proceso participativo que involucra a niños y niñas. Además, estas rutas se dinamizan a partir de una serie de actividades desarrolladas desde los centros docentes.

Los municipios de Sueca, Almussafes, La Pobla LLarga y Cárcer, participan en el proyecto europeo [Lets move](#), cuyo objetivo es promover la movilidad segura, saludable y sostenible en la escuela. La Red de Caminos Escolares del municipio de Sueca ([Avancemos caminando!](#)) es una de las acciones galardonadas en la II edición de los Premios de la Semana Europea de la Movilidad Sostenible en la Comunitat Valenciana 2017, convocados por la Conselleria de Vivienda, Obras Públicas y Vertebración del Territorio.

[Fent camins cap a l'escola](#) es otra iniciativa de movilidad segura y sostenible en la población escolar, desarrollada en el municipio de Castellón de la Plana.

(Ver también: [Mejora de la caminabilidad – Área 4](#))

Consejo Participación Infantil

El [Consejo Municipal de Infancia](#) de Quart de Poblet, constituido en el año 2006 como un órgano de participación democrática de los niños y niñas del municipio, facilita un espacio donde expresarse, proponer ideas y tomar decisiones sobre todo aquello que les afecta.

Otros municipios como [Sagunto](#), [Torrent](#), [Alzira](#), [Mislata](#) o [Morella](#), adheridos a la red de Ciudades Amigas de la Infancia, han establecido también distintos cauces de participación infantil y juvenil.

Absentismo y acoso escolar

Un número importante de municipios realizan intervenciones para la prevención del abandono escolar y la prevención y atención al acoso escolar. Desde la [Federación Española de Municipios y Provincias](#) y con la colaboración del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, se reconocen como buenas prácticas algunos de estos proyectos. En 2016, fueron distinguidas dos experiencias de la Comunitat:

[La escuela de la reina](#). Programa impulsado por la concejalía de educación del Ayuntamiento de Alicante y dirigido a la prevención del absentismo escolar. Se han elaborado distintos materiales para trabajar los valores relacionados con la escuela y la formación.

[Aulas Colabora](#). Actividad incluida en el plan municipal para la ayuda a las familias.

[COLABORA contigo](#). Su objetivo principal es la prevención del abandono escolar de menores pertenecientes a familias en riesgo de exclusión social, así como favorecer el éxito escolar haciendo que el alumnado llegue a la etapa de educación secundaria con un buen nivel formativo, motivado y con interés de continuar sus estudios.

Emprendimiento y Empleo Joven

[Aprovecha tu ordenador](#). Desarrollado en la Escuela Taller de Mislata TICs y dirigido a jóvenes de 16 a 25 años, se trata de un proyecto de docencia sobre temas informáticos impartido por el propio alumnado de la escuela taller, promoviendo un proceso de empoderamiento de este alumnado que ha tenido que orga-

nizar su trabajo como docente de otras personas de su misma edad. Se puede consultar en Facebook de la Escuela Taller Mislata Tics.

[MOU-T](#). Programa de autoempleo juvenil que consiste en ofertar talleres propuestos e impartidos por personas jóvenes desempleadas en la población de Silla, mediante el apoyo, asistencia e infraestructura de la corporación local.

Ocio alternativo y educativo

[Un verano de cine](#). Proyecto de educación en valores, prevención de drogodependencias y ocio alternativo para menores de 12 a 17 años en época estival, promovido desde el Ayuntamiento de Altea.

[OTAKUART](#). Acontecimiento dedicado al cómic, el videojuego y el ocio alternativo que se celebra en Quart de Poblet. Integra elementos de ocio educativo y deportivo, donde el mundo del cómic se adhiere a otras formas de expresión artística y deportiva, desde la participación ciudadana en la organización y gestión del evento.

[MISLATA ON](#). Proyecto de Ocio Alternativo nocturno establecido en Mislata para población entre 13 y 30 años. El objetivo general es promocionar alternativas de ocio en fines de semana con actividades lúdicas, deportivas, culturales y sociales.

El programa [#rutacatorce35](#), organizado por el Ayuntamiento de Castellón, ofrece actividades lúdicas, culturales y deportivas gratuitas para jóvenes de 14 a 35 años, en forma de talleres, conferencias, exposiciones, senderismo, conversaciones en inglés, etc.

Educación no formal

[Vía urbana](#). Proyecto que engloba una serie de acciones que fomentan las relaciones sociales y el trabajo en equipo entre la juventud de diferentes poblaciones unidas por el trazado de las vías del ferrocarril (Almusafes, Silla, Sedaví, Catarroja, Massanassa y Algemesí). Una interacción territorial que se articula mediante una serie de Encuentros, Jornadas y Cursos de Formación alrededor de la cultura urbana: música, baile, pintura y el hip-hop, desde una perspectiva social.

[Taller de jazz a la Unió Musical de Paiporta](#). Experiencia de innovación educativa y diversificación cultural y musical que incentiva el aprendizaje y el conocimiento de las personas jóvenes.

[Nos movemos](#). Es un proyecto de la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Sant Joan d'Alacant, que se inicia en febrero de 2013. Sus protagonistas son jóvenes con diversas capacidades, y su objetivo crear un movimiento de cooperación, solidaridad, creatividad, aprendizaje mutuo e inclusión, fundamentalmente a través de las artes escénicas.

[M'Importa](#) es un programa de educación en valores, promovido por el Institut Valencià de la Joventut (IVAJ), de fomento de la solidaridad, la empatía, la tolerancia, la paz y los derechos sociales, entre otros valores, en la juventud valenciana. Dispone de diversos materiales educativos para llevar a cabo actividades en esta materia.

Para saber más

Ciudades Amigas de la Infancia: Iniciativa internacional, liderada por UNICEF y con la colaboración de la Federación Española de Municipios y Provincias y otras instituciones, cuyo objetivo es impulsar políticas municipales que mejoren el bienestar de la infancia y garanticen el desarrollo integral de los niños y niñas desde un enfoque de derechos. Dispone de diversos materiales como la [“Guía básica para la creación de Consejos de Infancia y Adolescencia en el ámbito local con perspectiva de género”](#) o [“Los municipios ante la violencia entre niños, niñas y adolescentes”](#). Más información en: <http://ciudadesamigas.org/>

Red de Escuelas para la Salud en Europa (Red SHE): Plataforma europea cuyo objetivo es apoyar a organizaciones y profesionales en la promoción de la salud en la escuela. Más información en: [Schools for Health in Europe network](#)

Camino escolar seguro: Proyecto de la Dirección General de Tráfico, cuyo objetivo es fomentar el desplazamiento activo al colegio, caminando o en bicicleta, de forma segura y sostenible, como una práctica saludable y que favorece la autoestima y la socialización del niño/a. En la página web se ofrecen distintos materiales dirigidos tanto a las familias como a colegios y ayuntamientos, así como información sobre iniciativas puestas en marcha en diversas localidades. Más información en: <http://caminoescolarseguro.com/index.html>

Xarxa Jove: Integrada por la Generalitat, ayuntamientos de la CV y administraciones locales que contemplan entre sus metas la intervención en la juventud. Sus objetivos son la coordinación, en el ámbito municipal, de todas las actuaciones descentralizadas de las diferentes administraciones y consellerías, la coordinación con todas las entidades que participan en las políticas municipales de intervención con jóvenes y el trabajo coordinado intermunicipal. Más información en: <http://www.ivaj.gva.es/xarxajove>

Red Española de Universidades Saludables: Iniciativa nacida en 2008, con la participación de distintas entidades (universidades, Conferencia de Rectores de Universidades Españolas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Educación, Cultura y Deportes y estructuras autonómicas de Salud Pública), cuya finalidad es fortalecer el papel de las universidades como entidades promotoras de la salud de la comunidad universitaria en particular y la sociedad en general. Desde 2014 todas las universidades públicas, así como la estructura de salud pública de la Comunitat Valenciana están adheridas a esta red estatal. Más información en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/REUS.htm>

Web de estilos de vida saludables: Página web, impulsada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como parte de las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. En ella se ofrece recomendaciones, herramientas interactivas, vídeos y otros materiales y recursos de utilidad para hacer más saludables nuestros estilos de vida. Muestra información específica dirigida a menores y jóvenes. Más información en: <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>

Normativa, planes y estrategias relacionados

- Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social. Generalitat. Vicepresidència. Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives Disponible en: <http://www.inclusio.gva.es/documents/610754/163655369/PVICS+Castella%CC%80%202017-05-04.pdf/7b481db2-ee97-4eb0-822a-b9016a7f3b71>
- Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana, 2017-2021. Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2017. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/conselleria-sanitat-universal-i-salut-publica/salut-i-genera>
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>
- Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/section/estrategia_naos.htm
- Estrategia de Educación Para el Desarrollo en el ámbito formal de la Comunitat Valenciana 2017-2021. Generalitat. Conselleria de Transparència, Responsabilitat Social, Participació i Cooperació, 2017. Disponible en: <http://www.transparencia.gva.es/documents/162284683/162791435/ESTRATEGIA+EPD+final.pdf/3e31ccf9-3923-478f-9f3b-4cbcef6efd89>
- Plan de Prevención de la violencia y promoción de la convivencia (Plan PREVI). Generalitat. Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte.
- Ley 15/2017, de 10 de noviembre, de la Generalitat, de políticas integrales de juventud (DOCV Num. 8168 de 13 de noviembre de 2017). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2017/11/13/pdf/2017_10179.pdf
- Ley de Infancia y Adolescencia (en fase de participación y consulta).
- Plan integral de formación y empleo para jóvenes 2016-2020 (Avaletm joves). Generalitat. SERVEF. Disponible en: <http://www.servef.gva.es/avaletm-joves>

Objetivos de Desarrollo Sostenible



4.1. Para 2030, velar por que todas las niñas y todos los niños terminen los ciclos de la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad y producir resultados escolares pertinentes y eficaces.

4.3. Asegurar el acceso en condiciones de igualdad para todos los hombres y las mujeres a una formación técnica, profesional y superior de calidad, incluida la enseñanza universitaria.



1.2. Para 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales; y fomentar la resiliencia de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.



2.1. Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.



3.6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

3.7. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud sexual y reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.



5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.



8.6. Para 2020, reducir sustancialmente la proporción de jóvenes que no están empleados y no cursan estudios ni reciben capacitación.



11.1. Para 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.

IV Plan de Salud de la CV

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

2.10.2. Intensificar las actividades dirigidas a aumentar la percepción del riesgo sobre VIH/SIDA y de las ITS, con especial énfasis en los colectivos de mayor vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres, personas prostitutas) así como en los jóvenes.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

4.2.4. Fomentar la participación de los jóvenes en actividades de ocio saludable de tipo cultural, educativo, deportivo y de voluntariado de manera conjunta con otros sectores.

4.2.6. Fomentar la formación de padres y madres en habilidades educativas que sirvan como factor de protección en la prevención del consumo de drogas.

4.2.7. Potenciar intervenciones que fomenten en los jóvenes el desarrollo de comportamientos seguros relacionados con la conducción de vehículos a motor y la prevención de accidentes de tráfico.

4.2.11. Impulsar programas y actuaciones que promuevan la actividad física en el entorno comunitario, tales como caminos escolares seguros, ocio activo en familia o recuperación de espacios públicos para el juego infantil.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5.1.1. Desarrollar programas para capacitar a padres y madres, desde el embarazo hasta los 14 años, en el fomento de modelos parentales positivos y promoción del buen trato que contribuyan a garantizar un buen comienzo en la vida y el desarrollo del máximo potencial de salud de todos los niños y niñas.

5.1.2. Promover intervenciones que fomenten la educación emocional y valores para la vida, así como la autoestima y la aceptación de la imagen corporal, especialmente en la población infantil y adolescente, con el fin de facilitar la transición a la vida adulta.

5.4.2. Fomentar el aprendizaje de uso de las nuevas tecnologías con criterios de promoción y protección de la salud (programa de pantallas saludables).

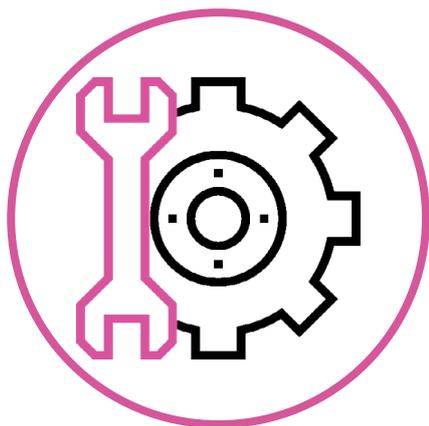
5.4.3. Promover actuaciones educativas que fomenten la igualdad de género y las relaciones no violentas como estrategia de prevención de comportamientos y conductas de riesgo.

5.4.4. Potenciar las actuaciones en el medio escolar dirigidas al fomento del consumo de frutas y hortalizas, desayunos saludables, y adecuación de los menús de los comedores escolares. Extender estas intervenciones a otros entornos educativos (como los centros de formación profesional, universidades o escuelas de adultos).

5.4.5. Impulsar programas y actuaciones de manera integrada y fuera del horario lectivo, que promuevan la actividad física en el ámbito educativo.

5.4.6. Impulsar la participación de los centros docentes en programas de prevención del consumo de drogas (tabaco, alcohol y otras) adaptados a las necesidades y riesgos presentes en la población adolescente y juvenil.

ÁREA 3. PERSONAS Y LUGARES DE TRABAJO SALUDABLES



"...la salud de los trabajadores está determinada no solo por los riesgos tradicionales y emergentes de la salud ocupacional, sino también por las desigualdades sociales como el nivel de empleo, ingresos, género y raza, así como las conductas relacionadas con la salud y el acceso a los servicios sanitarios."

Declaración sobre salud de los trabajadores. Stresa (Italia), 2006

¿Por qué es importante actuar en esta área?

El empleo y las condiciones de trabajo se reconocen como determinantes claves de la salud. Cada persona dedica a su trabajo cerca de una tercera parte del día, lo que supone ocupar en el trabajo la mayor parte del tiempo que estamos activos. No solo el tipo de trabajo que se realiza sino también las condiciones y el entorno en el que se hace, son factores que pueden afectar a la salud física y mental de las personas trabajadoras. De igual manera, la falta de empleo incide de manera directa en el bienestar emocional y la salud psíquica de las personas, pues el trabajo es, además de un medio de sustento que facilita el acceso a los recursos y bienes básicos, una fuente de identidad y bienestar emocional esencial.

Se trata además de un ámbito marcado por profundas desigualdades que impiden el acceso equitativo de todos los sectores de la población a trabajos de buena calidad. En este sentido, persiste la desigualdad entre mujeres y hombres, tanto en el acceso como en la participación y progreso a nivel profesional. En general, las mujeres tienen más dificultades para incorporarse y permanecer en el mercado laboral, y cuando lo hacen, es en empleos de peor calidad. El reparto desigual del trabajo doméstico y de cuidados de menores y personas dependientes es un elemento determinante de la brecha de género en el trabajo y tiene repercusiones en la salud de las mujeres.

También la juventud, las personas mayores de 55 años y la población inmigrante, colectivos en los que la incidencia del desempleo es mayor, con un acceso a trabajos de baja cualificación y en situaciones irregulares, ven limitadas sus oportunidades de desarrollo personal y profesional, acentuándose el círculo de la desigualdad.

¿Qué sabemos?

- La Organización Mundial del Trabajo (OIT) cifra en alrededor de 2,3 millones el número de trabajadores y trabajadoras fallecidos anualmente a causa de **enfermedades o accidentes laborales** a nivel mundial. Además, cada día se producen en el mundo 860.000 accidentes en el trabajo con consecuencias en términos de lesiones⁷⁷. En el año 2016, la cifra de accidentes laborales con baja en España se elevó a 566.235 (3.364 por cada cien mil personas trabajadoras). En 629 casos se produjo el fallecimiento del trabajador o trabajadora⁷⁸.
- El ruido, las sustancias químicas peligrosas, las posturas forzadas o el estrés, son algunos de los factores que pueden afectar de forma negativa la salud de las personas que trabajan. La **exposición** a estos **riesgos** se distribuye de forma desigual entre la población trabajadora, con una prevalencia mayor entre las y los trabajadores manuales y en aquellas personas que ocupan trabajos precarios (carencia de medidas de seguridad, tareas exigentes y con poco control sobre ellas, bajos salarios e inseguridad laboral)⁷⁹.
- Después de Polonia, España es el segundo país de Europa con mayor índice de **trabajos temporales, a tiempo parcial** u otras formas de empleo atípicas, que implican un nivel de inseguridad elevado y que no siempre garantizan los derechos laborales básicos⁸⁰. Existe evidencia de la relación entre el trabajo temporal y resultados adversos en salud mental. También se ha asociado a un incremento del riesgo de accidentes y trastornos musculoesqueléticos⁸¹.
- En Europa, cerca del 25% de las personas que trabajan declara sufrir **estrés** relacionado con el trabajo durante toda o casi toda la jornada laboral, producido a causa del tipo de actividad que realizan, la intensidad y la sobrecarga a la que están expuestas y al acoso laboral⁸². Existe evidencia de la relación entre la exposición a largo plazo a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y efectos negativos sobre la salud cardiovascular^{81, 83} y la salud mental⁸¹.
- El **desempleo** tiene un impacto negativo sobre la salud de las personas, ligado a la pérdida de ingresos regulares y a las consecuencias que ello supone tanto en la esfera material (privación de bienes básicos) como psicosocial (merma de autoestima, quebranto de identidad, carencia de rol en la vida, etc.). Las personas desempleadas presentan un riesgo mayor de morbilidad y mortalidad, con un incremento en la prevalencia de problemas incapacitantes, enfermedades cardiovasculares, mala salud mental, suicidio y comportamientos no saludables, como el hábito tabáquico o el consumo de alcohol⁸⁴.
- El desempleo en etapas tempranas de la vida laboral puede condicionar de forma negativa las oportunidades de empleo y los salarios futuros, e incidir a largo plazo en la salud de las personas⁸⁴. En 2017, la tasa de paro en España fue del 35,2% en jóvenes de 20 a 24 años y del 23% en el grupo de 25 a 29 años⁶¹. Estos bajos índices de **inclusión laboral juvenil** representa otro de los grandes retos del mercado laboral, que precisa de acciones concretas en todos los niveles de gobernanza orientados a facilitar el acceso al trabajo en buenas condiciones para este sector de población.

- A nivel mundial, se estima que la tasa de **empleo de las mujeres** es 25 puntos porcentuales más baja que la de los hombres. Respecto al trabajo a tiempo parcial, algo más de un tercio de las mujeres empleadas trabajan menos de 35 horas semanales mientras que en el caso de los hombres esta proporción no alcanza a la cuarta parte de los empleados. Persiste la desigualdad salarial por motivo de género, independientemente del nivel de desarrollo del país. En promedio las mujeres ganan un 23% menos que los hombres⁸⁵.
- Si se tienen en cuenta tanto el trabajo remunerado como el no remunerado, las mujeres continúan teniendo jornadas más largas que los hombres. En los países desarrollados, las mujeres empleadas dedican 3h y 30' al día al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, mientras que los hombres lo hacen durante 1h y 54' de media⁸⁵.
- Como consecuencia de la **brecha de género** en el empleo y en la calidad del trabajo, las mujeres tienen más dificultades para acceder a las medidas de protección social contempladas en los regímenes contributivos. A nivel mundial, se calcula que alrededor del 65% de las personas que alcanzan la edad de jubilación y no perciben ninguna pensión de forma regular son mujeres⁸⁵.
- La **población inmigrante** es otro de los colectivos más afectados por la desigualdad laboral, con una la tasa de paro del 23,6% en el último trimestre de 2017, 8 puntos por encima del valor para la población española⁸⁶. Además, las personas inmigrantes ocupan por lo general, puestos de trabajo más precarios, datos que revelan la necesidad de paliar unas desigualdades de carácter estructural⁸⁷.



Algunos datos en la Comunitat

Entre diciembre de 2016 y noviembre de 2017, se registraron 45.260 **accidentes** con baja en jornada de trabajo, 2.950 más que en el mismo periodo del año anterior (incremento del 7%), lo que representa una incidencia de 3.072,9 casos por cada cien mil personas trabajadoras expuestas. De ellos, 314 fueron accidentes graves y 50 mortales⁸⁸.

En el mismo periodo, se comunicaron 3.402 partes de **enfermedades profesionales**, 59,2% de ellos en mujeres, con una incidencia global de 231 casos por cada cien mil personas trabajadoras expuestas (un 6% más que en el mismo periodo del año anterior). Aproximadamente, 1 de cada 3 casos requirió una baja laboral. Respecto a la causa, algo más del 90% se originaron por exposición a agentes físicos, siendo las enfermedades más frecuentes las debidas a posturas forzadas y movimientos repetitivos⁸⁹.

En 2016, 22 muertes en accidentes laborales por tráfico.

Los indicadores de accidentes por tráfico, tanto para accidentes in itinere como en jornada, son aún significativos. En 2016, se registraron 5.984 accidentes laborales de tráfico con baja, 22 de ellos mortales y 78 graves. El 74,9% fueron accidentes in itinere (13 mortales y 52 graves). Desde 2012 se observa una tendencia ascendente en el índice de incidencia de los accidentes in itinere. Respecto al sexo, la mayoría afectan a los hombres, siendo más evidente esta diferencia conforme aumenta la gravedad del accidente⁹⁰.

En el 3^{er} trimestre de 2017, la **tasa de paro** en la CV fue del 17,5% (16,3% en hombres y 18,9% en mujeres). El desempleo afectó especialmente a las personas más jóvenes (16-24 años) y a la población extranjera, con unas cifras de paro del 38,9% y 24,7%, respectivamente. La Safor, La Ribera Alta, La Costera y L'Horta Oest fueron las comarcas valencianas con una proporción mayor de personas desempleadas⁹¹.

En el mismo periodo, el 31,7% de la población asalariada tenía un contrato temporal. Esta **tasa de temporalidad** fue especialmente elevada entre los segmentos más jóvenes de la población, alcanzando al 80% de las personas asalariadas de 16 a 24 años y al 45% de las de 25-34 años. Del mismo modo, el 47,8% de las personas asalariadas extranjeras tenía un contrato temporal⁹¹.

Un 34,8% de la población ocupada considera que su trabajo influye de forma negativa en su salud. Esta proporción es mayor en las mujeres, los grupos de mayor edad (45-64 años), las personas con menor nivel de estudios y aquellas que ocupan puestos de trabajo no cualificados³².

Casi la mitad de las mujeres con un trabajo remunerado asumen por completo el trabajo doméstico.

Por término medio, la población empleada dedica 38,3 horas al trabajo semanalmente, algo más los hombres (41,3 horas) que las mujeres (34,9 horas). Un 32,1% valora que su horario de trabajo se adapta regular, mal o muy mal a sus actividades familiares y sociales³².

Las mujeres con un trabajo remunerado soportan una carga de trabajo doméstico superior a la de los hombres, ya que el 43,6% lo asume en solitario y el 26% lo comparte con su pareja. En el caso de los hombres estos porcentajes se sitúan en un 11,2% y un 31,9%, respectivamente³².

¿Qué podemos hacer?

1. Empresas saludables

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el entorno de trabajo saludable como aquel en el que sus integrantes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de las personas trabajadoras y la sostenibilidad del ambiente de trabajo⁹². Integra actuaciones de prevención de riesgos laborales y de promoción de la salud. Un entorno saludable sería aquel en el que se han eliminado o controlado los riesgos, en el que existen unas condiciones de empleo y de trabajo que atienden al bienestar de los trabajadores y trabajadoras y donde se aplican políticas activas de promoción de la salud.

Incrementar el control sobre el trabajo, potenciar la participación en la toma de decisiones o flexibilizar el trabajo, son algunas de las intervenciones que han mostrado ser efectivas para reducir el riesgo psicosocial en el trabajo y el estrés laboral⁹³. La prevención de estos riesgos debe basarse en un proceso estructurado, no en acciones puntuales, y requiere de la participación activa de las personas trabajadoras y de las empresas⁸². Para las y los trabajadores supone un mayor bienestar y satisfacción laboral, y para la empresa, contar con personal saludable, motivado y productivo conduce a una mejora del rendimiento

y una reducción del absentismo y de los índices de accidentes y lesiones. Los Galardones a las Buenas Prácticas de la campaña «Trabajos saludables» 2014-2015, organizados por la [Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo](#), recoge en una publicación ejemplos de empresas y organizaciones, de diferentes sectores y tamaño, que han sabido gestionar de forma activa el estrés y los riesgos psicosociales, aportando información sobre la situación de partida, las medidas adoptadas y los resultados alcanzados⁹⁴.

La [Red Europea para la Promoción de la Salud en el Trabajo](#) ha lanzado distintas iniciativas con el objetivo común de lograr “Trabajadores sanos en organizaciones saludables”. La última de ellas se centra en las personas empleadas con enfermedades crónicas, situación cada vez más prevalente en los países desarrollados. Se ha elaborado una serie de recomendaciones⁹⁵, con acciones concretas a incluir tanto en la política global de la Unión Europea como a nivel nacional, así como una Guía de buena práctica⁹⁶ dirigida principalmente a las empresas y los directivos, con indicaciones sobre cómo apoyar al personal con enfermedades crónicas para que permanezcan en el trabajo o asistirles en el proceso de reincorporación al trabajo tras un periodo de ausencia. En resumen, se trata de pasar de un enfoque basado en las limitaciones a otro centrado en las capacidades.

2. Seguridad vial y trabajo. Movilidad al trabajo sostenible

Los accidentes de tráfico constituyen un importante problema en nuestra sociedad, con alta implicación en el ámbito laboral. Aproximadamente uno de cada cinco accidentes laborales graves y uno de cada tres de los mortales es de tráfico. La seguridad vial es una responsabilidad compartida entre los agentes públicos y privados y, por ello, es necesaria la estrecha colaboración de las Administraciones competentes y la participación de todos los colectivos afectados: organismos técnicos, asociaciones profesionales, empresas y trabajadores y trabajadoras.

El proyecto E-COSMOS (*European Commuters for Sustainable Mobility*) planteó como objetivo estudiar, cuantificar y definir procedimientos para promover la movilidad sostenible de las personas trabajadoras en la Unión Europea. Sus resultados quedan plasmados en 10 recomendaciones, dirigidas a las administraciones públicas y los sindicatos, que incluyen ejemplos de buenas prácticas identificadas en los países participantes en el proyecto⁹⁷.

El transporte intermodal, la prolongación de recorridos con servicios lanzadera o el impulso a los desplazamientos en bicicleta, son algunas de las propuestas que han resultado exitosas. Ejemplos de su aplicación en distintos ámbitos de trabajo pueden consultarse en la Guía de Movilidad Sostenible al Trabajo, publicación que recoge hasta 23 experiencias, tanto del ámbito nacional como internacional, que evidencian un cambio hacia modelos de movilidad al trabajo más sostenible, segura, económica y equitativa⁹⁸.

(Ver también: [Movilidad saludable, segura y sostenible - Área 4](#))

(Ver también: [Planes de mejora de la calidad del aire - Área 5](#))

3. Conciliación de la vida laboral, personal y familiar

La conciliación de la vida laboral, familiar y personal es una estrategia que facilita la consecución de la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Se dirige a conseguir una nueva organización del sistema social y económico donde mujeres y hombres puedan hacer compatibles las diferentes facetas de su vida: el empleo, la familia, el ocio y el tiempo personal. Se fundamenta en una corresponsabilidad social en la que intervienen los diferentes agentes sociales. Las administraciones públicas pueden impulsar y desarrollar acciones de sensibilización e información dirigidas a la ciudadanía y a las organizaciones laborales, promover servicios de atención y cuidado de menores y de otras personas dependientes, desarrollar medidas de flexibilización de los horarios de los servicios públicos y privados⁹⁹.

La Federación de Industrias Tecnológicas de Finlandia ha impulsado diversas medidas encaminadas a la mejora del bienestar en el trabajo, siendo uno de los proyectos distinguidos con una mención especial en la convocatoria de Buenas Prácticas, edición 2016-2017, organizada por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Tras detectar un problema en la organización de los horarios de trabajo de sus empleados y empleadas de 35 a 44 años, incorporó un sistema de trabajo flexible que les permite trabajar en casa en determinadas circunstancias¹⁰⁰.

Otra posible intervención en el ámbito municipal es la inclusión de cláusulas sociales en la contratación pública, con una valoración positiva de las empresas que reconozcan y apliquen medidas de conciliación de la vida laboral y familiar a sus trabajadores y trabajadoras⁹⁹.

4. Promover el empleo

Un trabajo de calidad es beneficioso para la salud y el bienestar de las personas y protege de la exclusión social a través de la provisión de ingresos, la interacción social y la adquisición de un rol, identidad y propósito en la vida. Existe un gradiente en el acceso y permanencia en el mercado laboral de forma que aquellas personas que ocupan posiciones menos favorables en la escala social tienen mayor probabilidad de encontrarse en situación de desempleo⁸⁴.

Se han elaborado distintos manuales sobre políticas activas de empleo dirigidas a personas en situación de riesgo de exclusión sociolaboral¹⁰¹ o a colectivos específicos como las mujeres¹⁰². En ellos se pueden consultar experiencias y buenas prácticas en materia de empleo desarrolladas en el ámbito municipal.

Del mismo modo, la incorporación de cláusulas sociales en la contratación pública se ha convertido en una herramienta poderosa para el fomento del empleo, la igualdad de oportunidades y la lucha contra la exclusión social desde la administración local¹⁰³.

(Ver también: [Emprendeduría y empleo en jóvenes – Área 2](#))

(Ver también: [Empleo y personas mayores – Área 6](#))



Algunas experiencias en la Comunitat

Empresas generadoras de salud

El programa de empresas generadoras de salud se inició en 2004, impulsado por la Conselleria de Sanitat y con el objetivo de desarrollar actividades de promoción de la salud en el entorno laboral, teniendo en cuenta que los centros de trabajo son espacios sociales adecuados para influir positivamente en la mejora de la salud de la población. En 2017, la red de empresas generadoras de salud contaba con 305 entidades adheridas, entre servicios de prevención de riesgos laborales y Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, siendo el subprograma de vacunaciones el que presentó un número mayor de adhesiones.

En la actualidad, el programa se encuentra en un proceso de revisión y transformación del papel de la administración sanitaria, para poner mayor énfasis en promover, asesorar, facilitar y colaborar en y para la elaboración e implantación de proyectos integrados de promoción y protección de la salud en el trabajo, con intervenciones específicamente dirigidas por y para las empresas, teniendo en cuenta sus particularidades y con mecanismos para facilitar la participación, enfoque de equidad, perspectiva de género y activos para la salud, con criterios de calidad y evaluación de las actuaciones.

Movilidad saludable, segura y sostenible

[Proyecto SUMPORT. Ayuntamiento de València y Autoridad Portuaria](#) Esta iniciativa se incluye dentro del programa europeo Interreg Med, y junto con València participan otras ciudades portuarias del arco mediterráneo de Italia, Grecia, Eslovenia, Montenegro, Chipre y Albania. El proyecto cuenta con un presupuesto global de 2,3 millones de euros y mejorará el Plan de Movilidad Urbana Sostenible del Puerto de València. Desarrollará dos iniciativas pilotos: una flota de bicicletas eléctricas compartidas para pasajeros, y una aplicación para los trabajadores y trabajadoras del Puerto para compartir sus vehículos.

La [Cátedra Municipios Sostenibles de la UPV](#) tiene como objetivo promocionar y desarrollar iniciativas de apoyo a la implantación de políticas sostenibles y a la difusión de la cultura de la sostenibilidad ambiental en nuestro entorno. En su web dedica un apartado a la movilidad sostenible y en él puede consultarse normativa relacionada, planes y estrategias, guías sobre movilidad, estudios y publicaciones, así como enlaces a otras webs de interés.

El [Pacto Valenciano por la Movilidad Segura y Sostenible](#) es un acuerdo entre diversos ayuntamientos, la Diputación de Valencia y la Federación Valenciana de Municipios y Provincias que considera la movilidad sostenible como un derecho de la ciudadanía. Entre sus objetivos incluye la creación de estrategias de movilidad segura y sostenible en los desplazamientos laborales tendentes a eliminar desplazamientos innecesarios (básicamente mediante políticas de organización del tiempo de trabajo), el acortamiento de los desplazamientos existentes (acordando políticas de movilidad geográfica) y el fomento de los modos de desplazamiento sostenibles (rutas de empresa y lanzaderas, políticas disuasorias de aparcamiento, promoción del coche compartido, fomento de las rutas peatonales y ciclistas, flexibilidad horaria, flexibilidad retributiva con las tarjetas de transporte público...).

Conciliación de la vida laboral, personal y familiar

[El Valle de la Igualdad. Aspe, Hondón de las Nieves, Monforte del Cid, Novelda y La Romana](#). Los cinco municipios trabajan en este proyecto mancomunado, iniciado en 2016, que tiene como objetivo crear una red de intercambio de iniciativas encaminadas a disminuir la brecha que separa al hombre y a la mujer. En este espacio las mujeres en los ámbitos laboral, familiar, social y cultural son las protagonistas para favorecer la igualdad de oportunidades y el desarrollo integral de las personas.

Escoles Matineres. Diversos municipios de la Comunitat subvencionan parte del coste de la ampliación de los horarios en los centros educativos para que los padres y madres puedan conciliar la vida familiar y laboral. La Diputación provincial de Castellón ofrece ayudas para financiar la instalación del servicio de Escoles Matineres en municipios menores de 10.000 habitantes, en el marco del [programa Repoblem](#).

Escoles d'Estiu. La Diputación Provincial de València organiza una Escola d'estiu, la [DipuOlimpiades](#), para los hijos e hijas de su personal con el fin de favorecer la conciliación laboral y familiar. Experiencias similares son ofertadas por la [Universitat Politècnica de València](#) o la [Universidad de Alicante](#), entre otros.

Promoción del empleo

Desde el Servicio de Empleo y Emprendimiento del Ayuntamiento de València se propone la puesta marcha de acciones formativas dentro del programa [VALÈNCIA ACTIVA](#) con el fin de completar la formación de las personas desempleadas inscritas en la Agencia de colocación Apunt. El objetivo es mejorar sus posibilidades de inserción en el mercado laboral. Se trata de cursos presenciales de formación en Prevención de Riesgos Laborales (PRL), con relación a cuatro oficios: construcción, electricidad, pintura o instalaciones metálicas. [Reactivem](#), es otra de las iniciativas enmarcada en este programa, que consiste en un servicio de transmisión empresarial que facilita la cesión de negocios. De esta manera se evita el cierre de la actividad de empresas viables y la pérdida de puestos de trabajo que comporta y se ofrece una oportunidad a personas emprendedoras que quieran darle continuidad.

El Ayuntamiento de Alcàsser ha organizado en 2018 el segundo Foro de Empleo [Emple@lcàsser](#) en el que, además de impartir diversas charlas y talleres, se ha puesto en contacto a empresas y entidades colaboradoras con las personas candidatas a ocupar alguno de los puestos de trabajo ofertados.

El proyecto [AVALEM TERRITORI](#), promovido desde el Servicio Valenciano de Empleo y Formación, parte del análisis del modelo laboral valenciano desde la perspectiva territorial con la finalidad de adecuar las políticas de empleo a las singularidades y necesidades de cada territorio, recuperando la escala supramunicipal de actuación, y garantizar la participación y el reconocimiento de los agentes locales a nivel sectorial y territorial. La primera fase del proyecto ha consistido en la elaboración de los [diagnósticos territoriales](#), donde se analizan las características económicas y laborales de los municipios valencianos.

El Fondo Social Europeo cofinancia, a través de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, la acción [Itinerarios integrados para la inserción sociolaboral de personas en situación o riesgo de exclusión social](#). El proyecto [|Taka Sira – Tu Camino](#): itinerarios integrados para la inserción sociolaboral de personas inmigrantes en situación o riesgo de exclusión social, llevado a cabo por la Fundación Cepaim en València, ha sido presentado recientemente en el Foro Europeo de la Migración como una buena práctica de intervención.

Para saber más

Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo: en el marco del Programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud, auspiciado por la Comisión Europea, nace la Red Europea de Promoción de la Salud en el trabajo (ENWHP), como instrumento idóneo para favorecer el intercambio de información y difusión de buenas prácticas, así como la cooperación tanto a nivel nacional como internacional. Se trata de una red informal en la que participan Institutos de Seguridad y Salud en el Trabajo, de Salud Pública, de Promoción de la Salud y entidades de seguro social obligatorio. Desde su puesta en marcha en 1996, la ENWHP ha desarrollado distintas iniciativas conjuntas, entre las que destaca la definición de [criterios de buenas prácticas en promoción de la salud en el trabajo \(PST\)](#) para diferentes tipos de organización, y ha promocionado el establecimiento de infraestructuras de apoyo para la PST entre sus miembros. Más información en: <http://www.enwhp.org/>

La Carta Europea de la Seguridad Vial (Carta ESV): dirigida por la Comisión Europea, es una plataforma de la sociedad civil sobre seguridad vial, basada en compromisos concretos asumidos por empresas, asociaciones, autoridades locales, institutos de investigación, universidades y escuelas. Hasta la fecha, más de 3400 entidades de todos los Estados miembros de la UE han dado su apoyo a la Carta ESV con compromisos que aspiran a mejorar las normas en materia de seguridad vial y a desarrollar una cultura de seguridad vial entre la ciudadanía europea. Más información en: <http://www.erscharter.eu/es>

Catálogo de buenas prácticas en la movilidad al trabajo: este catálogo consiste en la recopilación de actuaciones favorables a la movilidad sostenible en los desplazamientos al trabajo e incluyen planes de movilidad en polígonos industriales y empresariales o propuestas de racionalización del transporte frente al traslado de una empresa. También contiene actuaciones aisladas que consiguen la eficiencia energética en el desplazamiento de los trabajadores y trabajadoras, como la implantación de servicios lanzadera o propuestas de movilidad sostenible para centros de la Administración Pública. Más información en: <http://www.istas.coo.es/descargas/Cat%C3%A1logo%20de%20buenas%20pr%C3%A1cticas%20en%20la%20movilidad%20al%20trabajo.pdf>

Guía de buenas prácticas para promover la conciliación de la vida personal, familiar y profesional desde Entidades Locales de España y Noruega: el fin de la [guía](#) es promover la conciliación como parte de los objetivos estratégicos contemplados por las políticas locales. Es una herramienta dirigida a las entidades locales y ofrece procedimientos, protocolos o pautas para la planificación y ejecución de programas, proyectos y actuaciones que favorezcan el equilibrio, la armonización y la gestión de los tiempos de las personas. Recoge experiencias de buenas prácticas promovidas por los ayuntamientos. Se desarrolla en el marco del Proyecto: Equilibrio entre la vida personal, familiar y profesional en España y Noruega. Más información en: <http://www.inmujer.gob.es/actualidad/NovedadesNuevas/Equilibrio-Noruega.htm>

Normativa, planes y estrategias relacionados

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
- Marco Estratégico Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo 2014-2020. Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=89&newsId=2053&furtherNews=yes>
- Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo 2015-2020. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/ESTRATEGIA%20SST%2015_20.pdf
- Empresas Generadoras de Salud. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3295-2004.pdf>
- Estrategia española de movilidad sostenible. Disponible en: https://www.fomento.gob.es/MFOM/LANG_CASTELLANO/ESPECIALES/CALIDADAMBIENTAL/
- Estrategia Valenciana de Seguridad, Salud y Bienestar Laboral 2017-2020. Invertir en las personas Disponible en: http://www.invassat.gva.es/es/el-invassat-en-los-medios/-/asset_publisher/lozk0pROQPYv/content/estrategia-valenciana-de-seguridad-salud-y-bienestar-2217-2020



Objetivos de Desarrollo Sostenible



8.3. Promover políticas orientadas al desarrollo que apoyen las actividades productivas, la creación de puestos de empleo decente, el emprendimiento, la creatividad y la innovación, y alentar la oficialización y el crecimiento de las microempresas y las pequeñas y medianas empresas, entre otras cosas mediante el acceso a servicios financieros.



8.5. Lograr el empleo pleno y productivo y garantizar un trabajo decente para todos los hombres y mujeres, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, y la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.



8.8. Proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y protegido para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes, en particular las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios.
8.9. Para 2030, elaborar y poner en práctica políticas encaminadas a promover un turismo sostenible que cree puestos de trabajo y promueva la cultura y los productos locales.



3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar

3.6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.



4.4. Para 2030, aumentar sustancialmente el número de jóvenes y adultos que tienen las competencias necesarias, en particular técnicas y profesionales, para acceder al empleo, el trabajo decente y el emprendimiento.



5.5. Velar por la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública.

5.c. Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas a todos los niveles.

IV Plan de Salud de la CV

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

2.5.4. Apoyar la deshabituación tabáquica de los pacientes fumadores.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

3.2.5. Avanzar en la reducción de la brecha de género ligada a la calidad de vida y dependencia, promoviendo una mayor participación de las mujeres en programas que favorezcan su empoderamiento y la concienciación de los hombres sobre el reparto de cuidados familiares.

3.3.5. Promover medidas de información y sensibilización hacia la sociedad en general y ofrecer formación específica al personal sanitario sobre violencia de género.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

4.3.6. Promover el desarrollo de los recursos y estrategias necesarias para proteger la salud y el bienestar de las mujeres durante el embarazo y lactancia en los diferentes entornos de la vida (familiar, comunitario, laboral, ambiental).

4.3.7. Fomentar la corresponsabilidad en el ámbito doméstico para el cuidado y la crianza de los hijos e hijas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5.1.3. Impulsar acciones para la promoción de la salud y el bienestar en el trabajo, orientadas a la mejora de la organización y condiciones de trabajo, el fomento del desarrollo personal y la participación activa de los trabajadores..

5.1.5. Realizar intervenciones comunitarias en colectivos en situación de especial vulnerabilidad emocional, incluyendo el desempleo de larga duración y otras situaciones derivadas de relaciones de empleo injustas.

5.2.5. Fomentar el uso de las escaleras en los espacios públicos y de trabajo.

5.3.10. Fomentar la oferta de alimentación saludable y el comercio de proximidad en los comedores colectivos (escolares, hospitales, residencias, empresas y otros centros).

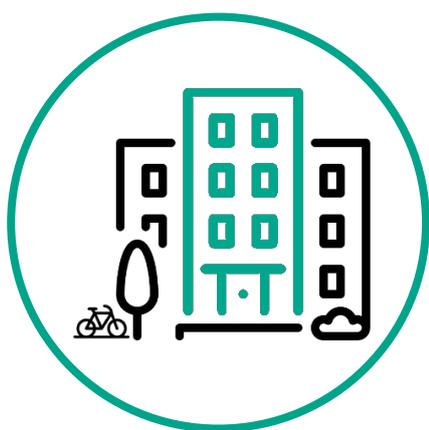
5.6.1. Promover los programas de bienestar en el trabajo y las buenas prácticas en materia de prevención y promoción de la salud de los trabajadores.

5.6.7. Potenciar los apoyos para personas cuidadoras con menores o personas dependientes a su cargo, en materia de permisos que permitan la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

5.6.8. Promover acciones dirigidas a la preparación para la jubilación y el envejecimiento activo de las personas trabajadoras.

5.7.6. Desarrollar un programa de espacios públicos amigos de la salud (PepaS) desde la administración, que sean generadores y modelo de actividades de promoción de la salud en su entorno.

ÁREA 4. URBANISMO, MOVILIDAD Y ESPACIOS COMUNES SALUDABLES



“Mejorar la salud de nuestra población depende en gran medida de modificar los ambientes donde las personas viven, juegan, estudian y trabajan, los cuales determinan una buena o mala salud”

Carissa F. Etienne

¿Por qué es importante actuar en esta área?

La planificación de los pueblos y ciudades afecta de forma directa a distintas dimensiones de la vida de las personas (salud, convivencia, medio ambiente, economía, etc.) y supone un reto para los gobiernos nacionales y locales. El transporte y la actividad física, la calidad del aire, la exposición al ruido o los accidentes de tránsito son algunos de los elementos del entorno urbano que se han relacionado con la salud de la población. Los entornos rurales, alejados de las grandes urbes, también se han visto afectados por los diseños urbanísticos de las ciudades mayores, donde los vehículos motorizados han ocupado gran parte del espacio común. Así, el uso del suelo urbano se conforma como un determinante de la salud y según esté planificado va a beneficiar más a unos grupos sociales u otros.

La OMS destacó, con motivo del Día Mundial de la Salud en 2010, el papel fundamental de la planificación de las ciudades y pueblos en la consecución de un siglo XXI saludable y realizó un llamamiento a las autoridades municipales, para que examinen atentamente las inequidades sanitarias y tomen las medidas oportunas. El gobierno municipal es la administración pública más cercana a la ciudadanía y tiene competencia en materias como urbanismo, transporte, medio ambiente, trabajo o servicios relacionados con educación, sectores todos ellos muy vinculados a los determinantes sociales de salud. Por ello, sus decisiones y actuaciones en estas materias tienen un claro impacto en la salud y en las desigualdades en salud y pueden liderar, explicar, compartir e implementar políticas y estrategias que permitan producir cambios para ganar salud en la población.

La planificación de pueblos y ciudades con perspectiva salutogénica debe favorecer comportamientos saludables y de seguridad, dando una mayor importancia a la movilidad activa, aumentando los espacios verdes y de sociabilidad seguros y teniendo en cuenta la perspectiva de género, generacional y de interculturalidad.

¿Qué sabemos?

- Durante las últimas décadas los vehículos motorizados han ganado presencia en los pueblos y ciudades, que han sido diseñados primando el **uso de automóviles**, donde las avenidas de varios carriles y lugares de aparcamiento prevalecen sobre las calles peatonales y espacios verdes o de sociabilidad. El incremento del tráfico en la ciudad tiene consecuencias que van más allá de la contaminación ambiental, se relaciona también con una mayor siniestralidad y con un aumento de la prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Además, este uso del suelo urbano ha provocado la desaparición de espacios verdes y de sociabilidad, lo que conlleva un impacto negativo en la salud¹⁰⁴⁻¹⁰⁶.
- Pasar más de 60 minutos al día en coche incrementa la probabilidad de tener obesidad en un 6% y el tiempo transcurrido en soledad mientras se conduce se relaciona con menor capital social. Un estudio americano halló que por cada unidad de incremento en la proporción de personas que iban en coche al trabajo, la probabilidad de tener un vínculo social en el barrio disminuía un 73%¹⁰⁷.
- La **vivienda** y su entorno inmediato, el **barrio o zona** en la que se vive, tienen un impacto en la salud y el bienestar de las personas. El flujo de tráfico, las características de las aceras, el grado de peatonalización, la existencia de zonas verdes, los espacios para la sociabilidad, la oferta de comercios, la accesibilidad a servicios básicos o la limpieza y seguridad del barrio, son algunos de los elementos que se han estudiado¹⁰⁸. En la ciudad de Barcelona se estima que podría evitarse alrededor del 20% de la mortalidad anual si se cumplieran las recomendaciones internacionales de actividad física, nivel de contaminación del aire, ruido y temperatura y acceso a espacios verdes¹⁰⁶.
- La **actividad física regular** reduce el riesgo de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, diabetes y cáncer de mama y de colon. La OMS recomienda practicar al menos 150 minutos de ejercicio físico moderado por semana, o su equivalente, y actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares dos veces o más por semana¹⁰⁹.
- Algunas características de la zona de residencia fomentan la práctica de actividad física, por ejemplo, la cantidad de personas activas físicamente que se perciben en el barrio, la existencia de instalaciones recreativas o la proximidad de tiendas y paradas de transporte público¹¹⁰. Las ciudades que tienen infraestructuras para bicicletas tienen tasas de **uso de bicicletas** mayores¹⁰⁷.
- La planificación urbana puede favorecer el desplazamiento activo en los barrios. Se **camina más** en los barrios que tienen fácil conectividad (aceras amplias, calles bien iluminadas, protección frente al tráfico para los peatones), además de densidad residencial y de comercios. Vivir en barrios de alta densidad poblacional y con parques, áreas de juego e instalaciones deportivas se asocia con mayor movilidad activa y actividad física **en la infancia**¹¹¹.
- Existe evidencia de que la **accesibilidad y cercanía a los espacios verdes urbanos** se relaciona con beneficios para la salud: mejora la salud mental y función cognitiva, reduce la morbilidad cardiovascular, reduce la prevalencia de diabetes tipo 2, efecto positivo con el peso al nacimiento y reduce la mortalidad¹¹².

- Diversos estudios sugieren que destinar espacios para la agricultura en las ciudades (**huertos urbanos**) podría contribuir a fomentar entornos y estilos de vida saludables y una mayor sostenibilidad urbana. Las personas mayores participantes en una red de huertos urbanos en Barcelona manifestaron un incremento en su actividad física, en la calidad de las verduras consumidas, en sus relaciones sociales y beneficios en su bienestar psicológico¹¹³.



Algunos datos en la Comunitat

En la actualidad, la Comunitat Valenciana se compone de **542 municipios**. Las tres capitales de provincia y Elche cuentan con más de 100.000 habitantes, mientras que con una población entre 20.001 y 100.000 habitantes se contabilizan un total de 60 localidades (11,1%). El resto, más de 400, tienen menos de 20.000 habitantes y suponen el 88,2% de los municipios de la Comunitat. Entre estos últimos, la población no alcanza los 1.000 habitantes en 222 pueblos, concentrándose estos pequeños municipios en las comarcas de Alto Mijares, Els Ports, El Comtat, Rincón de Ademuz, Alto Palancia y Los Serranos¹¹⁴.

1 de cada 2 personas adultas tienen exceso de peso.

Entre la población adulta (18 o más años) el 51% presenta **exceso de peso**, siendo esta proporción superior en el sexo masculino que en el femenino. Así, un 44,6% de los hombres tiene sobrepeso y un 16,7% es obeso, mientras que en las mujeres, estas cifras se sitúan en un 26,1% y 14,9%, respectivamente. Conforme avanza la edad se incrementa la proporción de personas con exceso de peso, alcanzando a más de dos tercios de las mayores de 64 años³².

1 de cada 10 personas adultas se desplaza en bicicleta al menos una vez a la semana.

Un 51% de la población valenciana **camina de forma regular** para desplazarse y realizar sus actividades de la vida diaria (acudir al trabajo, al lugar de estudio, hacer la compra, etc.). De ellos, aproximadamente la mitad emplea entre 10 y 30 minutos, y un 30,6% lo hace entre 31 y 60 minutos. Además, un 11,5% utiliza la bicicleta para desplazarse, durante 10 minutos o más, al menos una vez a la semana. El uso de la bicicleta es mayor en los hombres (17,8%) que en las mujeres (5,5%), en los grupos de población más joven y en las personas de mayor nivel educativo³².

Por otra parte, el 60,4% de los/as valencianos/as considera que su municipio es amable y/o seguro para el **uso de la bicicleta**. El motivo principal para una valoración negativa en esta cuestión es el déficit de vías ciclistas o su mal diseño, ocupando un segundo puesto, el exceso de tráfico motorizado¹¹⁵.

El 37% de las personas adultas realizan actividad física en su tiempo libre con regularidad.

Respecto al **transporte público**, 4 de cada 5 personas opina que la zona donde reside se encuentra bien comunicada mediante autobús, tren o metro³².

Un 30% de las personas adultas dicen no realizar ninguna **actividad física en su tiempo libre**. Este estilo de vida inactivo es mayor en las mujeres, con un 35% de sedentarias frente al 25,1% de los varones.

El sedentarismo sigue una tendencia creciente conforme se desciende en la escala social. En el extremo opuesto, un 37% de la población practica alguna actividad física de forma regular en su tiempo de ocio (44% hombres y 30,3% mujeres)³².

Casi 9 de cada 10 personas consideran que el **entorno** en el que viven favorece la práctica de actividad física (pasear, hacer ejercicio, correr...) y posee elementos que facilitan la convivencia ciudadana (parque, plaza, local para mayores, etc.). Un 82,5% manifiesta que dispone de instalaciones deportivas y de recreo, tales como piscina, polideportivo o gimnasio, y en una proporción ligeramente superior, valora de forma positiva la oferta de comercios de proximidad que existe en su barrio o municipio de residencia³².

La CV dispone de 22 **parques naturales**, que ocupan una superficie total de 169.520 hectáreas, 8 paisajes protegidos y más de 70 parajes naturales municipales¹¹⁶.

¿Qué podemos hacer?

1. Salud Local

La salud de las personas viene determinada en gran parte por factores relacionados con el contexto socioeconómico y físico. Los entornos urbanos se trazan en torno a ejes de desigualdad que generan inequidades de acceso y disfrute de recursos que mejoran la salud y previenen la enfermedad. Para reducir estas desigualdades es necesaria la intervención de las entidades locales, con una perspectiva de salud en todas sus políticas y un compromiso por la promoción de la salud de la población. De estas iniciativas han surgido varias redes de municipios y ciudades comprometidas con la mejora de la salud de sus habitantes¹¹⁷.

La red de ciudades saludables de la Organización Mundial de la Salud ([WHO Healthy Cities](#)) es una plataforma de gobiernos locales con el compromiso de desarrollar actividades para la mejora de la salud de la población. Su objetivo es abordar las desigualdades en salud en el ámbito urbano.

(Ver también: [Ciudades saludables – Área 9](#))

La [Nueva Agenda Urbana](#), aprobada en la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (Hábitat III) en 2016, constituye la hoja de ruta para lograr que las ciudades sean entornos amigables, seguros, sostenibles, resilientes, inclusivos, compactos y saludables para las personas. Pone el acento en la equidad y la preservación del medio ambiente y propone actuaciones enmarcadas en cinco pilares básicos: políticas urbanas nacionales, reglamentos y normativas urbanas, planificación y diseño urbanístico, economía local y finanzas municipales e implementación local.

[Urban Health Equity Assessment and Response Tool](#) es una herramienta que pretende facilitar la evaluación de desigualdades de salud. Supone un apoyo para la toma de decisiones basadas en la evidencia por parte de gobiernos municipales, personas gestoras y grupos comunitarios, desde una perspectiva de participación en acciones colaborativas intersectoriales para la defensa y planificación de intervenciones de equidad en salud.

La ley de Barrios es una intervención de la Generalitat de Catalunya, entre los años 2004 y 2011, con el objetivo de reducir las desigualdades de los barrios con peores condiciones socioeconómicas en la ciudad de Barcelona. Esta intervención ha sido evaluada por personal de la Agencia de Salud Pública de Barcelona dentro del [proyecto europeo SOPHIE](#). Los resultados muestran efectos positivos de la regeneración urbana en la salud de la población.

2. Vivienda y salud

Los problemas de habitabilidad, el hacinamiento, la exposición a sustancias tóxicas en el hogar, el exceso de ruido exterior o la percepción de inseguridad en el barrio, son algunas de las características de la vivienda y su entorno que impactan de forma negativa en la salud física y mental de las personas. Las dificultades para afrontar los gastos relacionados con la vivienda y los desahucios se asocian también a peores resultados en salud¹¹⁸. La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, en su informe sobre propuestas de políticas e intervenciones para la reducción de las desigualdades, incluyó entre sus recomendaciones principales *“Garantizar el acceso a una vivienda digna y adecuada a través de políticas de alquiler a precios asequibles, de prestaciones económicas complementarias, de detección de situaciones de abuso, y de promoción de Vivienda de Protección Oficial con criterios que garanticen el acceso de la población con menos recursos”*¹¹⁹.

[Alegra tu Vivienda](#) es un programa de captación y movilización de vivienda vacía, impulsado por el Ayuntamiento de Zaragoza, que consiste en la cesión temporal de las viviendas vacías para su alquiler a familias con dificultades de acceso a un hogar en condiciones adecuadas y a cambio de una serie de beneficios y ventajas para sus propietarios. [Bizigune](#) es un programa similar del Gobierno Vasco, cuyo objetivo es el de dotar de un uso social a las viviendas deshabitadas.

(Ver también: [Lucha contra la pobreza y desigualdad social – Área 8](#))

3. Movilidad saludable, segura y sostenible

Se define actividad física como el conjunto de conductas motrices realizadas durante el tiempo libre o la vida cotidiana que implican un gasto mayor que el que una persona tiene cuando está en reposo. Un espacio cotidiano en el que la promoción de la actividad física es efectiva es el de la movilidad en los trayectos diarios (los que se realizan entre el hogar y la escuela/trabajo, hacer la compra, etc.). Las intervenciones encaminadas a fomentar la movilidad activa (caminar, bicicleta) en estos trayectos diarios se han mostrado eficaces para conseguir los objetivos de actividad física recomendados, además las personas que prefieren este tipo de movilidad aumentan también su actividad física en su tiempo de ocio¹²⁰. Estas intervenciones se basan en un diseño urbanístico que favorezca la peatonalización de zonas, la reducción de la velocidad de los vehículos y del número de vehículos por las calles de la ciudad, y políticas que incrementen el transporte público y otras actuaciones cuyo objetivo final es la pacificación del tráfico en las ciudades¹²¹. Se pretende con ello que los diferentes tipos de personas y de vehículos que se desplazan por la ciudad tengan similar predominancia y no sean solamente los coches los que ocupen todo el espacio de la ciudad.

Esto tiene un gran impacto positivo en la salud porque:

- Contribuye a que sea más fácil, agradable y seguro caminar e ir en bicicleta por las ciudades, lo que aumenta la actividad física habitual con gran impacto en la reducción de enfermedades crónicas.
- Disminuye el ruido en las ciudades, reduciendo su impacto en viviendas, colegios o lugares de trabajo situados en zonas con mucho tráfico y mejorando el sueño de las personas que viven en zonas saturadas de vehículos.
- Decrece el número de accidentes de tráfico.
- Se reduce la contaminación atmosférica generada por estos vehículos con gran impacto en enfermedades respiratorias.
- Aumenta la posibilidad de que los niños y niñas vayan al colegio caminando y tengan mayor autonomía.
- Se recuperan espacios comunes que permiten la sociabilidad, juegos infantiles, cohesión y apoyo social con gran impacto en el bienestar emocional¹⁰⁸.

(Ver también: [Caminos escolares – Área 2](#))

(Ver también: [Seguridad vial y trabajo. Movilidad al trabajo sostenible – Área 3](#))

(Ver también: [Planes de mejora de la calidad del aire – Área 5](#))

La [Red de Ciudades que Caminan](#) es una asociación internacional abierta a todos aquellos municipios y administraciones interesadas en mejorar la situación de viandantes a través de la puesta en marcha y el intercambio de iniciativas dirigidas a mejorar la accesibilidad universal, la seguridad vial y el propio medio ambiente. La importancia del caminar en los nuevos modelos de movilidad sostenible de carácter urbano es clave a la hora de planificar configuraciones urbanas amables con el conjunto de sus habitantes. En este sentido es necesario recordar que todas las personas somos peatones y que por lo tanto cuando favorecemos los desplazamientos a pie así como la propia estancia peatonal, contribuimos de manera directa a mejorar la cohesión social de nuestros municipios y la igualdad de oportunidades en el uso y el disfrute del espacio público.

La [Red de Ciudades por la Bicicleta](#) es una asociación compuesta por entidades locales que tiene por objeto la generación de una dinámica entre las ciudades españolas con el fin de facilitar, hacer más segura y desarrollar la circulación de los y las ciclistas, especialmente en el medio urbano. Fue creada en el 2009 durante la celebración de las II Jornadas de la Bicicleta Pública en Sevilla, en aquel momento ya fueron más de 30 los municipios que se quisieron adherir. Actualmente son casi 100 los socios de la entidad, que representan a 500 ciudades españolas.

Desde la Universidad de Alcalá se ha llevado a cabo un proyecto ([Heart Healthy Hoods Project](#)) cuyo objetivo es observar las condiciones socioeconómicas y de entorno que afectan a la salud cardiovascular. Algunos aspectos estudiados han sido la organización urbana y su relación con la actividad física de la población.

4. Espacios verdes y de sociabilidad

Las intervenciones de creación de espacios verdes y sociabilidad han sido comunes en los proyectos de urbanismo con perspectiva salutogénica. Estos espacios promueven actividades al aire libre, los estilos de vida activos y aumentan la interacción social. En su diseño hay que tener en cuenta que deben ser accesibles y cercanos a toda la población, logrando resultados muy significativos a bajo coste. Para garantizar su efectividad se recomienda tener en cuenta la participación de las personas potencialmente usuarias de estos espacios, con una implicación intersectorial de autoridades locales y grupos comunitarios. Las intervenciones a partir de espacios verdes deben entenderse como una parte de un proceso más amplio de planificación urbana que incluya planes en otros sectores como la vivienda y el transporte¹²².

La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud publicó en 2016 una completa revisión de la evidencia disponible hasta el momento de la relación entre los espacios verdes urbanos y la salud. Se encontraron evidencias del aumento del capital social y del bienestar emocional, de la reducción de enfermedades cardiovasculares, de diabetes tipo 2 y de la mortalidad, así como, una mejora de la salud maternoinfantil. Además, recoge una serie de herramientas para la implementación y evaluación de las intervenciones a través de espacios verdes¹⁰⁵.

En el Reino Unido existen varios ejemplos de intervenciones en el ámbito local que, desde un enfoque de disminución de las desigualdades en salud, plantean acciones dirigidas a crear nuevas zonas verdes y mejorar la calidad de las ya existentes, incrementar el acceso a los espacios verdes y la participación de la ciudadanía así como, favorecer su uso por todos los grupos sociales¹²³.

El programa [Public Plaza](#), impulsado por el Ayuntamiento de Nueva York, persigue la creación de espacios públicos abiertos y de calidad, que faciliten el desarrollo de vínculos sociales entre el vecindario. La solicitud de peatonalización de determinadas calles parte de la propia sociedad civil organizada y es la administración local la que valora y ejecuta las propuestas viables. El conocimiento y difusión de estas experiencias y de los beneficios que aporta a la comunidad, hace que otros colectivos deseen iniciar el mismo proceso en su barrio. De esta forma, el programa se extiende por la ciudad a demanda de la ciudadanía y no como una actuación impuesta.

(Ver también: [Huertos escolares – Área 2](#))

(Ver también: [Ecología. Huertos urbanos y bienestar emocional – Área 7](#))

(Ver también: [Comunidades fuertes y resiliencia – Área 8](#))



Algunas experiencias en la Comunitat

Género y política urbana

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas urbanas trata de construir ciudades inclusivas, que respondan a las necesidades cotidianas de la totalidad de sus habitantes, mujeres y hombres, y que permitan un desarrollo vital y social en igualdad. En la segunda edición de los premios de [Vivienda, Movilidad y Urbanismo con perspectiva de género](#), convocados por la Conselleria de Vivienda, Obras Pú-

blicas y Vertebración del Territorio, han sido galardonados, entre otros, el Ayuntamiento de l'Alcora, por la remodelación de la plaza del consistorio con la incorporación de espacios de relación social en igualdad valorando las diferentes realidades, necesidades y usos, y el Ayuntamiento de Castellón de la Plana, por la inclusión de la perspectiva de género en el [Plan General](#), desde el inicio de la planificación urbanística y en el diseño de la ciudad.

Urbanismo y participación ciudadana

[Escoltem Velluters](#) es una iniciativa de desarrollo comunitario que busca la creación de espacios de capacitación y de diálogo, que confluyan en la generación de prácticas y escenarios de convivencia, a partir de los conflictos existentes en torno al denominado barrio "Xino" de València. El proceso se inició con la constitución de una mesa de encuentro formada por trabajadoras del sexo de la zona, personal técnico de entidades sociales y personas clave de asociaciones y comercios del barrio. Se realizó un diagnóstico participativo y se identificaron los obstáculos que dificultan la convivencia y las acciones que pueden fortalecerla. Tras esta fase se configuró una mesa de trabajo por la inclusión social y la convivencia en el barrio, para la implementación de los objetivos propuestos.

Otros procesos de participación ciudadana en el diseño y planificación urbana se han iniciado en distintos barrios de la ciudad de València como Nazaret, El Cabanyal, Sant Marcel·lí, El Botànic o [Benimaclet](#).

Movilidad saludable, segura y sostenible

Mejora de la caminabilidad. Varios proyectos en la Comunitat han tenido como objetivo la mejora del entorno urbano para propiciar la actividad física de la población. Algunas de estas mejoras se enfocan en las infraestructuras, con la adecuación de aceras, sombras y lugares de descanso. Un proyecto en marcha en la ciudad de València es el [anillo de viandantes](#) aprobado en la convocatoria de proyectos presentados por la ciudadanía.

En el entorno educativo existen también experiencias interesantes en el diseño y uso de caminos escolares en distintas localidades.

(Ver también: [Camino escolar seguro – Área 2](#))

Rutas saludables. Son varios los tipos de intervenciones para promocionar la actividad física en distintas etapas de la vida. Han proliferado en muchos municipios la demarcación de rutas diseñadas para el paseo o la actividad física más intensa. Estas acciones, que suelen partir de los gobiernos locales, pueden ir acompañadas de la coordinación con los servicios de salud, incluyendo actividades de paseo colectivo o la prescripción por parte del personal sanitario. Un ejemplo pueden ser las [Rutas Sanas](#) llevadas a cabo por el Ayuntamiento de Xàtiva, municipio integrante de la Red de Ciudades que Caminan. Los itinerarios están divididos en tres modalidades según la necesidad de las personas participantes, y tutelados por un/a profesional. El Ayuntamiento de Elche organiza también los denominados [Paseos saludables](#), con periodicidad semanal y dinamizados por un monitor deportivo, que se complementan con una actividad mensual relacionada con la cultura, el medio ambiente y otros temas de interés para la ciudadanía.

Vías ciclistas. El uso de la bicicleta como medio de transporte urbano conlleva una reducción de la contaminación producida por medios motorizados y un aumento de la actividad física. Una medida fundamental para el fomento de este modo de transporte es la adecuación de las vías urbanas, habilitando carriles bici seguros tanto para ciclistas como para el resto de personas usuarias de la vía. Un ejemplo reciente de este tipo de infraestructura es el [anillo ciclista de la ciudad de València](#), que ha conseguido un aumento del uso de la bicicleta y una reducción de medios de transporte motorizados en las vías donde se ha situado.

Pacte valencià per la mobilitat segura i sostenible. Promovido por la [Conselleria d'Habitatge, Obres Públiques i Vertebració del Territori](#) de la Generalitat Valenciana y en colaboración con la Federación Valenciana de Municipios y Provincias, se trata de adoptar públicamente el compromiso de promover la movilidad segura y sostenible en sus municipios. Entre otros objetivos se recoge el de aprobar y ejecutar los Planes de Movilidad Urbana Sostenible (PMUS) en consonancia con la [Estrategia Española de Movilidad Sostenible](#).

Espacios verdes y de sociabilidad

Senderos. El contacto con la naturaleza tiene probados efectos positivos para la salud mental, como la disminución del estrés y la mejora del estado emocional, y también para la salud cardiovascular y el sistema inmunitario. Son varios los municipios que han llevado a cabo el acondicionamiento de senderos que faciliten el contacto de la población con la naturaleza y el ejercicio físico. A través del [registro público de senderos](#) de la Federación de Deportes de Montaña y Escala de la Comunitat Valenciana pueden encontrarse las recomendaciones para su homologación y explotación.

Dentro del Plan de Dinamización y Gobernanza Turística de la Mancomunitat de la Safor se ha incluido el desarrollo de una red de rutas peatonales y ciclistas, diseñada por la Universidad Politécnica de València. Con una longitud total de 183 km, las rutas permiten visitar numerosos elementos patrimoniales y espacios protegidos de alto valor ecológico de la zona. Además, se encuentran interconectadas con otras rutas o caminos históricos que atraviesan la comarca.

Huertos urbanos. Una intervención que ha tenido bastante acogida por los gobiernos locales ha sido el impulso de huertos urbanos como espacios destinados al desarrollo de la agricultura en enclaves urbanos. Suponen inserciones de la naturaleza en la ciudad que, además de proporcionar un altísimo valor ecológico que contribuye a mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas, promueve la participación ciudadana, convirtiéndose en espacios de sociabilidad que fomentan el sentimiento de comunidad y valores como la responsabilidad. Un ejemplo es la iniciativa de la [Diputación de Valencia](#) o la [Red de Huertos Urbanos de Alicante](#).

(Ver también: [Desarrollo agrícola sostenible – Área 5](#))

(Ver también: [Ecología, Huertos Urbanos y Bienestar Emocional – Área 7](#))

Gestión de vacíos urbanos. Los vacíos urbanos son espacios de suelo que, por distintos motivos, han quedado sin el uso para el cual fueron concedidos, convirtiéndose en áreas de oportunidad con enorme potencial social a la hora de solventar carencias de determinados equipamientos o infraestructuras. Un ejemplo de cómo gestionar estos espacios es la [Red de Espacios Transitorios](#) del Ayuntamiento de San Vicente del Raspeig, cuyo objetivo es dinamizar terrenos en desuso a través de actividades de interés público de carácter provisional, impulsadas por entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, favoreciendo la implicación de la sociedad civil.

Para saber más

Urbanisme, paisatge i salut. VIURE EN SALUT, 2017: Monografía de la revista Viure en Salut, de la Direcció General de Salut Pública, dedicada a la Salud Urbana. Junto a una perspectiva más teórica del tema, incluye algunas de las iniciativas desarrolladas en el ámbito de la Comunitat Valenciana. Más información en: http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=875651975

Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario (Kobe Centre): Desde 1995 es el centro de referencia de la Organización Mundial de la Salud para la investigación sobre los cambios socioeconómicos y ambientales y su implicación para las políticas de salud. Recoge instrumentos para la medición de salud urbana e intervenciones en este campo. Más información en: http://www.who.int/kobe_centre/en/

Cátedra de Municipios Sostenibles: Perteneciente a la Universitat Politècnica de València, tiene por objetivo promocionar y desarrollar iniciativas que favorezcan la implantación de políticas sostenibles, contribuir a la formación de la comunidad universitaria y a la difusión de la cultura de la sostenibilidad. Más información en: <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/786794normalc.html>

What Works for Health. Evidence for decision-making: Web que ofrece información sobre estrategias y programas, basados en la evidencia, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas. Permite hacer búsquedas por problemas de salud, nivel de evidencia, área de actuación, etc. Más información en: <http://whatworksforhealth.wisc.edu/>

Caja de herramientas de movilidad sostenible: Proyecto que recoge diversos ejemplos de estrategias y buenas prácticas de ámbito municipal, que muestran que es posible desplazarse de una manera más eficiente energéticamente y más sostenible, contribuyendo así a hacer frente al cambio climático. Más información en: <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0705204.pdf>

Udalsarea 21: Es la Red vasca de municipios hacia la sostenibilidad. En la web se pueden consultar numerosos documentos de apoyo como [Salud y desarrollo urbano sostenible. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo](#). Además, dispone de una sección donde se recogen experiencias y buenas prácticas en desarrollo sostenible en el ámbito local.

Normativa, planes y estrategias relacionados

- LEY 6/2011, de 1 de abril, de la Generalitat, de Movilidad de la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 6495 de 05.04.2011). Disponible en: https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=004079/2011&L=1
- Plan Director de Seguridad Vial. Generalitat. Conselleria d'Habitatge, Obres Públiques i Vertebració del Territori, 2017 Disponible en: <http://www.habitatge.gva.es/es/web/carreteras/seguridad-vial-car>

- Pacte Valencià per la Mobilitat Segura i Sostenible. Generalitat. Conselleria d'Habitatge, Obres Públiques i Vertebració del Territori. Disponible en: http://www.habitatge.gva.es/documents/163211567/163540548/Pacte_valencia_movilidad_sostenible_valenciano-castellano.pdf/6cfdca29-a99a-4595-a816-7bd245b88a57
- DECRETO 58/2018, de 4 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Plan de Acción Territorial de la Infraestructura Verde del Litoral de la Comunitat Valenciana y el Catálogo de Playas de la Comunitat Valenciana (DOGV Num. 8293 de 11.05.2018). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2018/05/11/pdf/2018_4631.pdf
- Ley 5/2018, de 6 de marzo, de la Generalitat, de la Huerta de València (DOGV Num. 8252, de fecha 12.03.2018). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2018/03/12/pdf/2018_2459.pdf
- Directrices para el desarrollo de ESTRATEGIAS DE REGENERACIÓN URBANA para municipios de la Comunitat Valenciana. Generalitat. Conselleria de Vivienda, Obras Públicas y Vertebración del Territorio, 2018. Disponible en: http://www.habitatge.gva.es/documents/20558636/165183316/DIRECTRICES+ESTRATEGIA+URBANA_ENERO2018.pdf/15d98df7-f43d-4e2e-a01d-f9fb5a46bd24



Objetivos de Desarrollo Sostenible



3.6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

3.9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.



6.1. Lograr el acceso universal y equitativo al agua potable, a un precio asequible para todos.

6.3. Mejorar la calidad del agua mediante la reducción de la contaminación, eliminación del vertimiento y reducción al mínimo de la descarga de materiales y productos químicos peligrosos, reducción a la mitad del porcentaje de aguas residuales sin tratar y aumento sustancial del reciclado y reutilización en condiciones de seguridad.



7.3. Para 2030, duplicar la tasa mundial de mejora de la eficiencia energética.



8.9. Para 2030, elaborar y poner en práctica políticas encaminadas a promover un turismo sostenible que cree puestos de trabajo y promueva la cultura y los productos locales.



9.1. Desarrollar infraestructuras fiables, sostenibles, resilientes y de calidad, incluidas infraestructuras regionales y transfronterizas, para apoyar el desarrollo económico y el bienestar humano, con especial hincapié en el acceso equitativo y asequible para todos.



11.1. Asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.

11.7. Para 2030, proporcionar el acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.



12.4. Para 2020, lograr la gestión ecológicamente de los productos químicos y de todos los desechos a lo largo de su ciclo de vida, de conformidad con los marcos internacionales convenidos y reducir de manera significativa su liberación a la atmósfera, el agua, el suelo a fin de reducir al mínimo sus efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente.



12.10. Elaborar y aplicar instrumentos que permitan seguir de cerca los efectos del desarrollo sostenible con miras a lograr un turismo sostenible que cree puestos de trabajo y promueva la cultura y los productos locales.



11.2. Proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación vulnerable, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad.

IV Plan de Salud de la CV

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

4.1.10. Promover actuaciones en el entorno comunitario dirigidas al fomento de una alimentación saludable, tales como talleres de cocina, diseño de menús equilibrados, comidas en familia, huertos urbanos o comercio de proximidad.

4.1.11. Impulsar programas y actuaciones que promocionen la actividad física en el entorno comunitario, tales como caminos escolares seguros, ocio activo en familia o recuperación de espacios públicos para el juego infantil.

4.2.4. Fomentar la participación de los jóvenes en actividades de ocio saludable de tipo cultural, educativo, deportivo y de voluntariado de manera conjunta con otros sectores.

4.4.6. Desarrollar intervenciones dirigidas al fomento de la actividad física de las personas mayores en el entorno comunitario, con la finalidad de mantener su capacidad funcional y potenciar su bienestar y las relaciones sociales.

4.4.7. Impulsar actuaciones para la prevención de accidentes de tráfico en las personas mayores tanto en su papel como peatones como en su papel de conductores de vehículos.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5.2.2. Elaborar y difundir catálogos de recursos comunitarios destinados a la actividad física como instalaciones deportivas, zonas verdes, carriles bici o rutas a pie en barrios, en el ámbito municipal y en las zonas básicas de salud.

5.2.4. Fomentar el transporte activo (a pie o en bicicleta) como medio de desplazamiento preferente en distancias de proximidad

5.3.10. Fomentar la oferta de alimentación saludable y el comercio de proximidad en los comedores colectivos (escolares, hospitales residencias, empresas y otros centros).

5.5.5. Controlar la calidad sanitaria de las aguas de consumo y contribuir a la mejora continua de los controles y estándares sanitarios.

5.5.6. Evitar el uso de biocidas o fitosanitarios de síntesis en espacios públicos, especialmente en los frecuentados por población infantil, promoviendo la utilización de métodos naturales de lucha contra plagas y de control de hierbas que no utilicen sustancias químicas tóxicas, como los propuestos por el Reglamento (CE) del Consejo, de 28 de junio de 2007, sobre producción y etiquetado de los productos ecológicos.

5.5.10. Fomentar el uso de protección frente a la radiación solar en toda la población y particularmente en la de piel, cabellos y ojos claros.

5.5.11. Promover la movilidad sostenible fomentando y facilitando el transporte colectivo y el uso de la bicicleta o caminar en los desplazamientos cortos.

5.7.1. Potenciar la realización de mapas de activos en el diagnóstico de salud para identificar los factores o recursos que potencien la capacidad de las personas y comunidades para mantener la salud y el bienestar.

5.7.4. Poner en valor las características geográficas, culturales y climatológicas propias de la Comunitat Valenciana y los beneficios de su disfrute y aprovechamiento sobre la salud y bienestar de la ciudadanía, como la dieta mediterránea, huertos urbanos, deporte y actividades al aire libre o espacios y parques naturales.

ÁREA 5. CALIDAD Y CONTROL AMBIENTAL Y DE ALIMENTOS



“La salud humana es un reflejo de la salud de la Tierra”

Heráclito de Éfeso. Filósofo, 535 a.C.

¿Por qué es importante actuar en esta área?

La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados. El aire que respiramos, el agua que bebemos, los alimentos que comemos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud. Por ese motivo, la calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud.

Una de las principales amenazas a las que la sociedad se enfrenta, tanto como reto ambiental como para la salud y el bienestar social, es el cambio climático. Este es un hecho inequívoco, que puede aumentar las desigualdades en salud entre los países y dentro de ellos y generar cargas adicionales para la población más vulnerable. Afecta a la salud humana de manera directa, como respuesta a los cambios en patrones del clima (temperatura, precipitación y ocurrencia de eventos extremos) e indirectamente, por cambios en el agua, el aire, la alimentación, los ecosistemas, la industria y la urbanización. Entre otras, afecta a las enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria y a aquellas transmitidas por vectores.

La alimentación es un elemento esencial en la vida de las personas. Además de aportar los nutrientes que el organismo necesita para vivir, trasciende su componente cultural y económico y ejerce un impacto sustancial sobre la salud y el medio que nos rodea. Cada vez es más evidente la necesidad de avanzar hacia sistemas agroalimentarios sostenibles que garanticen la producción de alimentos ecológicos y de proximidad con el fin de preservar el entorno urbano y rural, y reducir el impacto ambiental derivado de los métodos agrarios convencionales. El concepto de sostenibilidad va más allá de la protección de la base de recursos naturales y hace referencia también a una agricultura que satisface las necesidades de la generación actual y de las futuras, garantizando la rentabilidad, la salud ambiental y la equidad social y económica en el acceso a alimentos sanos y seguros.

¿Qué sabemos?

- Se calcula que un 23% de la **carga de mortalidad** global es atribuible a factores ambientales. Si se eliminaran estos riesgos, podría reducirse hasta el 26% de la mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años¹²⁴.
- El **cambio climático** causó 150.000 muertos en todo el mundo en el año 2000. La OMS indica que esta cifra ascenderá a 250.000 defunciones al año en 2040¹²⁵. La Declaración de Parma sobre Medio Ambiente y Salud señaló los efectos sanitarios y ambientales del cambio climático como uno de los principales retos a los que se enfrenta la humanidad¹²⁶. Tanto los efectos del cambio climático como la capacidad de las poblaciones para mitigarlos y adaptarse a ellos, están condicionados por factores sociales. Entre ellos, cabe destacar el género. Los fenómenos extremos, como las inundaciones, tormentas, sequías y olas de calor, causan mayor mortalidad entre las mujeres, en especial en las que se encuentran en una situación socioeconómica más desfavorecida¹²⁷.
- Según la Agencia Europea de Medio Ambiente, aunque la calidad del aire está mejorando lentamente, la **contaminación atmosférica** sigue siendo el mayor riesgo ambiental para la salud en Europa¹²⁸. Los principales problemas de salud que se han relacionado con la exposición a la contaminación atmosférica son el ictus, en primer lugar, y el infarto de miocardio en segundo, seguidos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otros problemas respiratorios. También se han hallado efectos sobre la salud perinatal y en el desarrollo cognitivo de niños y niñas¹²⁹.
- La **ola de calor** que se produjo en Europa en 2003 supuso un exceso de mortalidad de 70.000 defunciones¹³⁰, de las que al menos 6.600 tuvieron lugar en España¹³¹.
- En los últimos años, la globalización de los desplazamientos y el comercio, la urbanización no planificada y los problemas ambientales, entre ellos el cambio climático, están influyendo considerablemente en la transmisión de **enfermedades vectoriales**. Algunas, como el dengue, la enfermedad por Virus de Chikunguña y la fiebre del Nilo Occidental, están apareciendo en países en los que hasta hace poco eran desconocidas¹³².
- En Europa, el tráfico rodado es la principal fuente de **contaminación acústica**. Se estima que alrededor de 125 millones de personas están expuestas a causa del tráfico a un nivel sonoro superior a 55 decibelios (índice de ruido día-tarde-noche). La exposición al ruido se ha relacionado de forma directa con la aparición de trastornos del sueño, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, y de forma indirecta, con un incremento de la mortalidad prematura. Además, en la población infantojuvenil se ha observado un efecto negativo sobre el rendimiento académico¹³³.
- A medida que los países se desarrollan y la población crece, se prevé que la **demanda mundial de agua** (en términos de extracción) aumente en un 55% para 2050. Ya en 2025, dos tercios de la población mundial podría estar viviendo en países con problemas de agua si persisten los patrones de consumo actuales¹³⁴. En España, durante el año 2014 se distribuyeron 2.238 hm³ de agua a los hogares, 685 hm³ a los sectores económicos y 291 hm³ a consumos municipales y otros. El consumo medio de los hogares fue de 132 litros por habitante y día, un 1,5% más que en 2013¹³⁵.

- Consumo y producción de alimentos requieren de sistemas sostenibles que reduzcan los impactos negativos asociados a la producción, como son la pérdida de suelo, agua y nutrientes, las emisiones de gases de efecto invernadero y la degradación de ecosistemas, acompañados de la educación de la población para que adopten dietas saludables, inocuas y con menor huella ambiental. Además, cerca de 1/3 de los **alimentos** producidos a nivel mundial son desperdiciados¹³⁶.
- La exposición a sustancias químicas, tanto en el exterior como en el interior de las edificaciones, se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, alergias y cáncer. Algunos grupos de población, como menores y personas con enfermedades crónicas, son especialmente vulnerables a estos efectos nocivos. Solo en la Unión Europea (UE) se comercializan más de 100.000 **sustancias químicas**, en muchos casos se desconocen los riesgos derivados de la exposición a múltiples sustancias y el modo en que actúan cuando se combinan^{137, 138}.
- La alimentación es una de las principales fuentes de exposición a contaminantes químicos ambientales. La exposición a **plaguicidas**, muchos de ellos con acción de disrupción endocrina (alteración del sistema hormonal), puede interferir el normal desarrollo tanto en humanos como en la fauna. La exposición a estas sustancias en todas las etapas de la vida, desde la etapa prenatal hasta la edad adulta, se ha relacionado con un incremento en la incidencia de ciertas enfermedades y alteraciones hormonales, como disminución de la fertilidad humana, cánceres de origen endocrino y, recientemente, con la obesidad, la enfermedad cardiovascular, la diabetes y el síndrome metabólico¹³⁹. En 2014 se vendieron aproximadamente 400.000 toneladas de pesticidas en la UE. España (20%) y Francia (19%) fueron los países con mayor venta¹⁴⁰.
- En la UE se desechan 2.700 millones de toneladas de **residuos** cada año, de las cuales 90 millones de toneladas corresponden a residuos peligrosos. La prevención, es decir, generar menos residuos, es el elemento clave en la gestión de este problema tanto desde el punto de vista de la preservación ambiental como de la sostenibilidad. El reciclado y la reutilización ocupan un segundo lugar. Como promedio, en torno al 40% de los residuos municipales se recicla o se reutiliza y el resto se deposita en vertederos o se incinera¹⁴¹.



Algunos datos en la Comunitat

Según la OMS, el aire en la ciudad de Alicante tiene una media anual de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de partículas $\text{PM}_{2,5}$ (nivel seguro), mientras que en la ciudad de València la media es de 11 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ y en la de Castellón de 12 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, un 10% y un 20% más del nivel considerado como seguro respectivamente¹⁴².

La contaminación atmosférica supera el nivel considerado seguro en varios núcleos urbanos.

Distintos estudios han encontrado que los niveles de partículas en la ciudad de València tienen un efecto en la mortalidad diaria^{143, 144}.

Disponen de un plan de **calidad del aire** las zonas correspondientes a la aglomeración de L'Horta-València y su entorno metropolitano, la zona del Vinalopó y aglomeración de Alicante y la de Peñagolosa y aglomeración de Castellón de la Plana¹⁴⁵.

Los ingresos hospitalarios en la población infantil aumentaron con el calor en la ciudad de València durante el periodo 2001-2010¹⁴⁶. La exposición a **temperaturas elevadas** se asoció, en esta misma ciudad, con un aumento del riesgo de parto pretérmino¹⁴⁷.

Durante el periodo 2014-2016, la Dirección General de Salud Pública, en base al sistema de vigilancia meteorológico de la Fundación CEAM¹⁴⁸, emitió un total de 25 alertas por nivel de calor alto y 11 por nivel extremo para el conjunto de la Comunitat.

En el año 2009, se detectaron larvas de *Aedes albopictus* (mosquito tigre) en el sur de la provincia de Alicante. Desde entonces la expansión de esta especie ha sido constante y actualmente (octubre de 2017) se ha determinado su presencia en más de 290 municipios de la Comunitat¹⁴⁹. Hasta el momento no se tiene constancia de que este mosquito haya actuado como transmisor de enfermedades en España.

En 2014, el **consumo de agua** registrado en la Comunitat alcanzó los 381.995 hm³, lo que supuso un incremento del 4,9% respecto al año anterior. El consumo medio de los hogares fue de 162 litros por habitante y día, ocupando el segundo lugar entre las CCAA con mayor gasto de agua diario en el hogar¹³⁵.

La Comunitat cuenta con un total de 1.041 zonas de abastecimiento de agua para el consumo humano. En el año 2016, se produjeron 36 restricciones en el uso de esta agua en base a los resultados analíticos del Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo Humano y a las analíticas del autocontrol de los gestores. Durante ese mismo año, fue necesario emitir 25 informes, vinculantes y previos al transporte de agua de consumo humano a través de depósitos móviles, debido a dificultades en el mantenimiento del suministro habitual en distintas zonas¹⁵⁰.

Al año se generan más de 400 Kg de residuos urbanos por habitante.

En el año 2015 se recogieron 2.187.400 toneladas de **residuos urbanos**. Esto supone 443,6 kg de residuos urbanos por habitante, cifra ligeramente inferior a la media nacional (466,4 kg por habitante). Un 12,7% correspondieron a residuos de recogida selectiva, principalmente vidrio (80.900 toneladas), papel y cartón (54.000 toneladas) y envases mixtos y embalajes mezclados (42.200 toneladas)¹⁵¹.

La Comunitat se encuentra en una posición intermedia respecto al resto de CCAA en relación a la proporción de **superficie agrícola ecológica**, con un crecimiento positivo en las últimas décadas. Hace 20 años, se contaba con 2.181 ha inscritas en el Comité de Agricultura Ecológica de la CV, mientras que a finales de 2015 esta superficie aumentó a 77.014. Aproximadamente, el 80% de las actividades certificadas son productoras (agricultores), siendo escasas las empresas transformadoras y comercializadoras de productos ecológicos¹⁵².

2.719 productos químicos evaluados en 2017.

En 2016, en el marco del programa de Control sanitario de **productos químicos y biocidas**, se evaluaron un total de 1.211 productos químicos, el 90,6% de ellos eran biocidas. Además, se intervino en 59 alertas de seguridad química¹⁵⁰. En 2017, la cifra de productos químicos evaluados ascendió a 2.719 y se atendieron 71 alertas.

En la Vigilancia sanitaria de los **alimentos producidos/consumidos** durante 2017 se observa, como en años anteriores, que en general existe un elevado cumplimiento de los niveles máximos de contaminantes y residuos. De las 3.581 muestras analizadas el 98,8% cumple la legislación vigente. El número de muestras que superan los niveles de plaguicidas o de residuos veterinarios es inferior al promedio europeo.

La evaluación de la exposición externa de la población realizada mediante el Programa de Dieta Total, señala que un porcentaje relevante de la población puede estar expuesta a niveles que superan algunos de los valores guía para determinados metales (plomo, cadmio, mercurio, arsénico) y dioxinas. En el caso de los plaguicidas, nitratos, PBDEs y otras micotoxinas, la exposición está muy por debajo de los valores de referencia basados en salud.

El programa BIOVAL para el control de la exposición interna a contaminantes procedente de la alimentación (*biomonitoring*), ha analizado la presencia de mercurio en pelo en una muestra de escolares de 6 a 11 años. Los primeros resultados indican que, aunque el valor medio poblacional es inferior al límite recomendado por organismos internacionales, hay un pequeño porcentaje de población infantil que supera estos límites. Además, se observa que a mayor consumo de pescado mayor nivel de mercurio en pelo.

¿Qué podemos hacer?

1. Planes de mejora de la calidad del aire

La normativa europea establece la necesidad de desarrollar planes de mejora de la calidad del aire cuando en determinadas zonas o aglomeraciones los niveles de contaminantes en el aire ambiente superen los valores límite o los valores objetivo. Entre los fines de estos planes se encuentra garantizar la protección de la salud frente a los efectos de los contaminantes atmosféricos, contribuir a la lucha contra el cambio climático reduciendo las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) y potenciar la resiliencia urbana frente a los efectos climáticos¹⁵³.

El tráfico de vehículos es una de las principales fuentes de contaminación atmosférica en las ciudades. Las intervenciones propuestas en esta área se dirigen, por una parte, a modificar las pautas de movilidad hacia modelos más sostenibles, basados en el uso de transporte público, el fomento del transporte activo a pie o en bicicleta o un diseño urbanístico que facilite el acceso a los servicios (ciudades de proximidad, zonas de baja emisión y peatonalización, parking en las afueras de las ciudades con conexión con el núcleo urbano, etc.), y por otra, hacia soluciones tecnológicas en los vehículos que reduzcan la emisión de contaminantes atmosféricos (renovación de la flota, vehículos híbridos o eléctricos, etc.)^{154, 155}.

(Ver también: [Movilidad saludable, segura y sostenible – Área 4](#))

(Ver también: [Seguridad vial y trabajo. Movilidad al trabajo sostenible – Área 3](#))

2. Planes de ola de calor

La vulnerabilidad al calor se relaciona con las características de los episodios con altas temperaturas, con las de la población afectada así como con las medidas de adaptación y prevención puestas en marcha¹⁵⁶. A partir de la ola de calor que sufrió Europa en 2003, muchas regiones desarrollaron planes de prevención de los efectos en salud derivados de las altas temperaturas, que cuentan con actuaciones a distintos niveles: sistemas de alerta meteorológicos, información a la población general y al sector asistencial, acciones dirigidas a la preparación de los sistemas sociales y sanitarios así como mejoras en las viviendas y en la planificación urbana¹⁵⁷. En base a las evaluaciones realizadas sobre distintos planes, parece evidente que un buen sistema de prevención ayuda a reducir el impacto de las temperaturas elevadas sobre la salud¹⁵⁸.

3. Actuaciones en materia de vectores de importancia para la salud pública

La vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores deben ser abordadas de forma integral y multidisciplinar, reforzando la coordinación territorial (municipal, autonómica y nacional) y sectorial entre las instituciones implicadas en salud animal, humana y ambiental¹⁵⁹. La OMS reconoce para Europa la necesidad de desarrollar actuaciones al respecto y define las bases para la puesta en marcha de actuaciones de vigilancia y control de vectores y de enfermedades de transmisión vectorial¹⁶⁰.

4. Gestión sostenible del agua de consumo

El agua es un elemento esencial del desarrollo sostenible. Los recursos hídricos, y la gama de servicios que prestan, juegan un papel clave en la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y la sostenibilidad ambiental. El agua propicia el bienestar de la población y el crecimiento inclusivo, y tiene un impacto positivo en la vida de millones de personas al incidir en cuestiones que afectan a la seguridad alimentaria y energética, la salud humana y el entorno¹³⁴. La Agencia Europea del Medio Ambiente señala que, en general, podría hacerse un uso más efectivo de este recurso, ya que solo un pequeño porcentaje del agua de consumo doméstico se emplea para beber y cocinar, y son grandes las cantidades que se pierden en las fugas de los sistemas de distribución (desde el 5% hasta más del 25%).

5. Planes de acción en materia de residuos

Los efectos en la salud derivados de los residuos pueden ser diversos en función de su naturaleza. La política europea en la materia se dirige a establecer medidas destinadas a proteger el entorno y la salud humana mediante la prevención o la reducción de los impactos adversos de la generación y gestión de los residuos, la reducción de los impactos globales del uso de los recursos y la mejora de la eficacia de dicho uso. La normativa establece la necesidad de la puesta en marcha de planes dirigidos tanto a la prevención de residuos como a su gestión¹⁶¹.

6. Uso seguro de sustancias químicas

Los productos químicos se han empezado a utilizar en todos los ámbitos, hasta acabar convirtiéndose en esenciales para el desarrollo de la forma de vida actual. Conseguir un balance adecuado entre los beneficios y riesgos que representan, requiere medidas de control imprescindibles, para evitar los efectos negativos sobre la población y sobre el entorno. Intensificar la vigilancia y control del riesgo en origen, desde las empresas, es más fácil y eficiente, protege a toda la población y especialmente con los productos más peligrosos y/o peor conocidos. Asegurar que las empresas cumplen la normativa de productos químicos es básico, pero la participación y colaboración con un enfoque transversal de todos los implicados, organizaciones empresariales y sindicales, grupos ecologistas, asociaciones de consumidores y otros agentes sociales, es fundamental en la difusión de las buenas prácticas en el uso de productos químicos. La prevención en este ámbito es esencial, con el uso de productos químicos solo cuando sea necesario y eligiendo los de menor riesgo. Por último, empoderar a la población facilitándole la información necesaria para que pueda gestionar mejor estos riesgos, ligados a los productos químicos (alimentación, higiene personal, limpieza, etc.) utilizados en domicilios, puestos de trabajo, centros educativos u otros entornos, para que puedan entender claramente sus efectos y decidir libremente los productos que quieren comprar y utilizar¹⁶².

El papel de los ayuntamientos en la prevención del riesgo químico es especialmente importante cuando se hacen tratamientos con plaguicidas y/o biocidas para el control de plagas, como responsables de los lugares donde se utilizan estos productos (centros sociales, jardines, instalaciones deportivas, etc.) y de las campañas anti-mosquitos. En todos los casos, una vez descartadas otras soluciones, los tratamientos deben hacerse por personal profesional, con la capacitación necesaria según los productos que se tengan que utilizar, que deben estar autorizados para el uso correspondiente y siempre siguiendo estrictamente las indicaciones especificadas en la resolución de autorización e inscripción en el Registro Oficial de Biocidas. Disponer de un Plan de gestión integrada de plagas, adaptado a la realidad concreta del municipio tiene ventajas económicas, pero también suponen beneficios cualitativos para la población, especialmente al derivar a un mejor y más sostenible control de riesgos asociados a plagas y al reducir el empleo de productos químicos cuando se demuestra que no son necesarios. Existen diversas guías para la elaboración de pliegos para la contratación pública de servicios de control de plagas como el [Plan de gestión de plagas en el ámbito municipal](#) de la Asociación Nacional de Empresas de Sanidad Ambiental.

La iniciativa [Mi ciudad cuida mis hormonas](#) conforma un marco de colaboración y de intercambio de experiencias entre municipios decididos a adoptar medidas para reducir la exposición a disruptores endocrinos que puedan afectar a la salud de sus habitantes y al entorno. Evitar el uso de plaguicidas en espacios públicos, fomentar el consumo de alimentos ecológicos o promover el uso de productos libres de alteradores hormonales en contrataciones y compras públicas, son algunas de las acciones que se proponen. Se puede obtener más información sobre el tema en [Eliminación de contaminantes hormonales. Guía para administraciones locales](#).

7. Alimentación y agricultura sostenibles

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) propone un enfoque común e integrado para la sostenibilidad de la agricultura, la silvicultura y la pesca, que gira alrededor de tres pilares básicos: un uso eficiente de los recursos, la protección y conservación del medio y una agricul-

tura más 'climáticamente inteligente', apostando por la adaptación y creación de resiliencia frente al cambio climático y la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero¹⁶³.

El [Pacto de política alimentaria urbana de Milán](#) ofrece un marco estratégico de acción para lograr sistemas alimentarios más sostenibles en las ciudades, que garanticen el acceso a una alimentación saludable para todas las personas, el freno al desperdicio de alimentos, la protección de la biodiversidad y la mitigación y adaptación al cambio climático. Se proponen intervenciones en varias áreas en relación con la gobernanza y el impulso de buenas prácticas en el ámbito local, la promoción de dietas sostenibles en los distintos entornos, el apoyo a la producción alimentaria urbana y periurbana o la mejora de los sistemas de abastecimiento y distribución alimentaria en pro de un menor impacto ambiental.

La venta directa o de proximidad de productos agroalimentarios ayuda a diversificar las fuentes de ingreso de las explotaciones agrícolas y ganaderas, favorece el mantenimiento de pequeñas explotaciones familiares y evita el abandono de tierras de cultivo y zonas forestales, reforzando así la economía local. Además, aporta beneficios al medio ambiente al reducir el gasto energético en transporte y almacenamiento y favorece la conservación de especies agroalimentarias autóctonas en vías de desaparición. Por último, permite establecer una relación más cercana entre productor/a y consumidor/a y un conocimiento directo de la procedencia de los productos.



Algunas experiencias en la Comunitat

Planes de acción

Un número incipiente de municipios dispone de un plan de acción global, que abarca distintas líneas de intervención, y cuyo objetivo final es el desarrollo sostenible de la ciudad.

El [Pla d'Acció Local Agenda 21](#) de Alcoy es un instrumento de intervención local en materia ambiental, social y económica que permite una planificación del desarrollo local sostenible de forma participada, a través de procesos de diálogo y concertación entre las autoridades locales y los componentes de los tejidos socioeconómico y político de los municipios. En él se definen cinco líneas estratégicas: gestión de residuos; gestión sostenible del agua; urbanismo ecológico, gestión agrícola y forestal; plan energético municipal y educación ambiental, ocio y comunicación.

En el [Plan de acción ambiental](#) del municipio de València se establecen las pautas a seguir para alcanzar un desarrollo que sea social, económico y ambientalmente más sostenible, creando además un calendario de actuaciones para la consecución de los objetivos. Incluye medidas para la reducción del consumo energético, el fomento de la eficiencia y la utilización de energías renovables, el uso racional y la mejora de la calidad del agua, la recogida selectiva de residuos, la mejora de la calidad del aire, la educación ambiental de la ciudadanía o la contratación con criterios ambientales.

Algunos ejemplos de municipios que han desarrollado o están en proceso de elaboración de una estrategia de Desarrollo Urbano Sostenible e Integrado (DUSI) son [Castellón de la Plana](#), [Onda](#), [Paterna](#), [Elda](#) o [Calp](#), entre otros muchos.

Energías

[Proyecto Ecoglauca Ergón](#). Proyecto demostrativo sobre el uso de la biomasa procedente de nuevos cultivos energéticos en la lucha contra el cambio climático y la erosión del suelo. Consiste en la introducción de cultivos leñosos de crecimiento rápido y poco exigente en zonas de cultivo actualmente abandonadas. Se está llevando a cabo en siete municipios valencianos, coordinados por el Ayuntamiento de [Enguera](#), y cuenta con fondos europeos procedentes del Programa de Medio Ambiente y Acción por el Clima (LIFE).

El [Proyecto bioenergía y prevención del fuego](#), coordinado también por el Ayuntamiento de Enguera y con la participación del Ayuntamiento de Mogente, tiene por objetivo establecer una estrategia de gestión forestal sostenible y producción de energía renovable utilizando la biomasa generada en tratamientos de prevención de incendios forestales. Destaca por su impacto en la creación de 'empleo verde'.

[Gestión eficiente de la energía](#). Investigación de soluciones alternativas que potencien la implementación de nuevos recursos naturales, ecológicos y eficientes.

El proyecto [EURONET 50/50 max](#) busca movilizar el ahorro energético en colegios y edificios públicos, aumentando la conciencia energética en las personas usuarias y su participación activa en las acciones de reducción del gasto energético. El Ayuntamiento de València ha puesto en marcha esta iniciativa en 5 centros escolares municipales, con el compromiso de toda la comunidad educativa y el apoyo de personal funcionario del consistorio. Su objetivo es lograr un cambio de hábitos y comportamientos en el uso de la energía por parte del profesorado y alumnado. Los centros recibirán el beneficio económico generado por su reducción en el consumo de energía, el 50% para invertir en las necesidades del centro y el otro 50% en nuevas medidas de ahorro energético.

Ola de calor

El Ayuntamiento de València, a través del canal salud de su App municipal (App València), emite avisos cuando se prevé riesgo por altas temperaturas. Además a través de la misma aplicación ofrece información sobre radiación ultravioleta. Más información: Aplicación gratuita disponible en *Apple Store* y *Play Store*.

Vectores

Distintos municipios de la Comunitat han publicado ordenanzas municipales frente al mosquito tigre con el objeto de dotar a los ayuntamientos de las herramientas necesarias para hacer cumplir con las medidas de prevención oportunas en determinados espacios privados y permitir sancionar a los sujetos responsables de la reproducción de la especie. Más información: Boletines Oficiales de la Provincia.

El [Manual de buenas prácticas frente al mosquito tigre y mosca negra para municipios de la Comunitat Valenciana](#), ofrece información útil sobre medidas preventivas para evitar la proliferación del mosquito tigre en domicilios, espacios públicos y en la práctica de determinadas actividades así como, recomendaciones a los municipios en sus actuaciones de control.

Aguas

[Proyecto Aquaval](#). Liderado por el Ayuntamiento de Xàtiva, su objetivo se centra en la gestión sostenible de las aguas pluviales, promoviendo sistemas urbanos de drenaje sostenible y considerando el cambio climático, en la provincia de València.

[Proyecto E²stormed](#). Se dirige a mejorar la eficiencia energética en el ciclo urbano del agua y en los edificios. En colaboración con la Universitat Politècnica de València, se ha elaborado un [Plan de Acción Estratégico](#) para el municipio de Benaguasil.

Gestión de residuos

[Proyecto LIFE ecocitric](#). Este proyecto, liderado por el Ayuntamiento de La Vall d'Uixò, ha demostrado la viabilidad de la gestión integral de los residuos procedentes de la poda de cítricos.

[Proyecto de recogida de residuos orgánicos](#). El Ayuntamiento de Almassora ha desarrollado un proyecto dirigido a la recogida selectiva de basura orgánica en las instalaciones municipales con comedor.

Desarrollo agrícola sostenible

El Ayuntamiento de Dénia ha puesto en marcha la [Estrategia de Dinamización Agraria y Territorial \(2017/2020\)](#), cuyo objetivo es fomentar la producción, formación, comercialización y consumo de productos locales y ecológicos e impulsar una Administración más sostenible. Las acciones propuestas se engloban en 4 áreas de trabajo:

- **Gobernanza:** para alcanzar el empoderamiento del sector agroalimentario y el fomento de la colaboración entre administraciones y entre éstas y el sector.
- **Territorio:** incluye la realización de un diagnóstico y valoración del entorno, creación de un banco de tierras y de un banco de semillas y confección de un mapa agronómico.
- **Promoción económica:** dirigido a fortalecer el mercado local y fomentar el ecoturismo.
- **Formación:** continua en agricultura y certificada en agricultura ecológica.

En el ámbito educativo contempla otras acciones como el impulso de los huertos escolares (programa *Hort a l'escola*), el fomento del producto local en los colegios y las visitas del alumnado a los productores locales. Y por último, incluye también distintas acciones de divulgación entre las que se encuentra la identificación y catalogación de árboles singulares, vías pecuarias y vías rurales.

El [mercado de venta directa de productos agroecológicos](#) de Godella, en marcha desde 2011, nace como una iniciativa del gobierno municipal en el marco de la Ordenanza Municipal de Venta No Sedentaria. Este mercado prioriza el criterio de venta directa y de proximidad, sin la intervención de intermediarios, en el

que las y los vendedores cultivan sus productos en el término municipal de Godella y las proximidades de Burjassot y Rocafort. Además, promueve el comercio próximo, justo y de calidad, y su experiencia ha servido de ejemplo para otros municipios.

[De l'horta a la plaça i de la plaça als barris](#), iniciativa del Ayuntamiento de València, con la programación de diversas actividades económicas y sociales que tienen como base la huerta de la ciudad de València y su área de influencia. Para esta jornada se cuenta con puestos de venta de productos agrícolas y material artesano relacionado con la actividad agrícola, así como también se dan a conocer experiencias de proyectos y actividades económicas relacionados con el agroecología. Los productos ofrecidos se exponen o venden directamente por el productor o productora y han de contar con alguna característica de calidad ambiental o social avalada.

(Ver también: [Espacios verdes y de sociabilidad – Área 4](#))

Para saber más

Xarxa de municipis valencians Cap a la sostenibilitat: Plataforma de cooperación e intercambio de experiencias constituida en 2001, cuyo objetivo es impulsar el cumplimiento de los compromisos de Aalborg hacia la sostenibilidad en los municipios valencianos. Más información en: <http://www.xarxamunicipissostenibles.com/>

Red provincial de agenda 21 de Alicante-Alicante Natura: La creación de Agenda 21 Red Provincial de Alicante y de la Oficina 21 provincial, pretende como objetivo final incorporar la totalidad de la provincia al proceso global hacia la sostenibilidad, alentando y facilitando este camino en aquellos municipios que ya han dado pasos importantes en este sentido y dando apoyo y orientando a los municipios que todavía no lo han iniciado. Más información en: <http://agenda21.diputacionalicante.es>

Red de Municipios hacia la sostenibilidad de la Provincia de Castellón (REDCAS): El fin de REDCAS se centra en impulsar procesos de Agenda 21 Local, dando continuidad a las iniciativas que de sus Planes de Acción se desprenden, así como dar apoyo a la puesta en marcha de un amplio conjunto de iniciativas de sostenibilidad local como podrían ser: una movilidad sostenible, las energías renovables, la educación ambiental, la gestión ambiental municipal, o la lucha contra el cambio climático entre otras. Más información en: <http://www.redcas.es/>

Red Española de Ciudades por el clima: La red surge por la necesidad detectada entre los ayuntamientos de coordinarse en la lucha contra el cambio climático. Ofrece información sobre jornadas y cursos, buenas prácticas, campañas de sensibilización y materiales de apoyo como la [Guía práctica para la aplicación de la Estrategia Local de Cambio Climático](#). Más información en: <http://www.redciudadesclima.es/>

Red de Redes de Desarrollo Local Sostenible: Su propósito es promover un concepto de ciudad compacta, compleja, eficiente y cohesionada socialmente, considerando, a su vez, el adecuado equilibrio entre el medio urbano y el rural. Más información en: <http://www.mapama.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/medio-ambiente-urbano/desarrollo-medio-am-urb/#para1>

Agencia Europea de Medio Ambiente: Organismo de la UE que ofrece información ambiental sólida e independiente, dirigida tanto a los responsables del desarrollo y aprobación de las políticas como a la ciudadanía en general. Más información en: <https://www.eea.europa.eu/es>

Observatorio de Salud y Cambio Climático: Instrumento de análisis, diagnóstico, evaluación y seguimiento de los efectos del cambio climático en la salud. Ofrece información amplia sobre los efectos del cambio climático en la salud de la población y las medidas adoptadas en el Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático. Más información en: http://www.oscc.gob.es/es/general/home_es.htm

Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos (ECHA): Organismo encargado de la aplicación de la legislación de la UE en materia de sustancias químicas, con el objetivo de proteger la salud humana y ambiental. En el apartado de su web "*Las sustancias químicas en nuestra vida*" se puede encontrar información amplia y actualizada, dirigida a la población general, sobre el uso seguro de los productos químicos, interpretación del etiquetado, alternativas más seguras, etc. También permite hacer búsquedas sobre características y efectos de sustancias químicas concretas. Más información en: <https://echa.europa.eu/es/home>

Registro Oficial de Biocidas: Los productos biocidas que se pueden utilizar son los inscritos en el [Registro Oficial de Biocidas](#) de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los Servicios de Gestión o de Control de Plagas registrados para prestar [servicios biocidas en la CV](#) se pueden consultar en la web de la Dirección General de Salud Pública

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO): Organización intergubernamental cuyos objetivos principales son: la erradicación del hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición, la eliminación de la pobreza y el impulso del progreso económico y social para todos, y la ordenación y utilización sostenibles de los recursos naturales, incluida la tierra, el agua, el aire, el clima y los recursos genéticos, en beneficio de las generaciones presentes y futuras. El [Programa de Agricultura Orgánica](#) de la FAO tiene como objetivos potenciar la seguridad alimentaria global y la integridad ambiental. Más información en: <http://www.fao.org/home/es/>

Red de Ciudades por la Agroecología: Red de intercambio de conocimientos y experiencias alrededor de los sistemas agroalimentarios locales, constituida por ciudades españolas comprometidas con la recuperación de un modelo agroalimentario productivo y sostenible en su entorno, que contribuyan a satisfacer, de forma local, la demanda de alimentos ecológicos por parte de sus poblaciones, en un contexto de sostenibilidad, soberanía y seguridad alimentarias. Más información en: <http://www.ciudadesagroecologicas.eu/el-proyecto-de-red/>

Guía de Prácticas Correctas de Higiene para la Venta y Preparación de Alimentos en Mercados no Sedentarios: elaborada por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en colaboración con la Federación Valenciana de Municipios y Provincias, con el objetivo de facilitar el cumplimiento de la legislación alimentaria. Recoge los requisitos necesarios para la autorización y control de este tipo de mercados por parte de las administraciones locales. Más información en: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V-3244-2017_C_web.pdf

Normativa, planes y estrategias relacionados

- Estrategia Europea de Salud Ambiental: Iniciativa SCALE. Unión Europea. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2003:0338:FIN:ES:PDF>
- Planes de Mejora de la Calidad del Aire de la Comunitat Valenciana. Generalitat. Conselleria de Agricultura, Medio Ambiente, Cambio Climático y Desarrollo Rural. Disponible en: <http://www.agroambient.gva.es/web/calidad-ambiental/planes-de-mejora-de-la-calidad-del-aire>
- Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático. Disponible en: <http://www.mapama.gob.es/es/cambio-climatico/temas/impactos-vulnerabilidad-y-adaptacion/plan-nacional-adaptacion-cambio-climatico/>
- Programa de Vectores de Relevancia en Salud Pública en la Comunitat Valenciana. Generalitat: Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Disponible en: <http://www.mosquitigre.san.gva.es/>
- Programa de Prevención y Atención a los Efectos en Salud Derivados de las Temperaturas Extremas en la Comunitat Valenciana. Disponible en: www.sp.san.gva.es/calor
- Decreto 201/2017, de 15 de diciembre, del Consell, por el que se regula la venta de proximidad de productos primarios y agroalimentarios (DOGV Num. 8238, de fecha 20.02.2018). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2018/02/20/pdf/2018_1589.pdf
- Ley 5/2018, de 6 de marzo, de la Generalitat, de la Huerta de València. (DOGV Num. 8252, de fecha 12.03.2018). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2018/03/12/pdf/2018_2459.pdf
- Decreto 84/2018, de 15 de junio, del Consell, de fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros de la Generalitat. (DOGV núm. 8323, de fecha 22.06.2018). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2018/06/22/pdf/2018_6099.pdf
- I Pla Valencià de Producció Ecològica. 2016-2020. Generalitat. Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient, Canvi Climàtic i Desenvolupament Rural. Disponible en: <http://www.agroambient.gva.es/web/desarrollo-rural/plan-de-produccion-ecologica>

Objetivos de Desarrollo Sostenible



7.2. Para 2030, aumentar sustancialmente el porcentaje de la energía renovable en el conjunto de fuentes de energía.



14.1. Prevenir y reducir la contaminación marina, en particular la producida por actividades realizadas en tierra firme, incluidos detritos marinos y contaminación por nutrientes.
14.2. Gestionar y proteger de manera sostenible los ecosistemas marinos y costeros con miras a evitar los efectos nocivos importantes, y adoptar medidas para restaurarlos con objeto de restablecer la salud y productividad de océanos.



2.4. Asegurar la sostenibilidad de los sistemas de producción de alimentos y aplicar prácticas agrícolas resilientes que aumenten la productividad y producción, contribuyan al mantenimiento de los ecosistemas, fortalezcan la capacidad de adaptación al cambio climático, los fenómenos meteorológicos extremos, las sequías, inundaciones y otros desastres, y mejoren progresivamente la calidad del suelo y de la tierra.



11.6. Para 2030, reducir el impacto ambiental negativo per cápita de las ciudades, incluso prestando especial atención a la calidad del aire y a la gestión de los desechos municipales y de otro tipo.



15.1. Para 2020, velar por la conservación, el restablecimiento y el uso sostenible de los ecosistemas terrestres y los ecosistemas interiores de agua dulce y los servicios que proporcionan, en particular los bosques, los humedales, las montañas y las zonas áridas, en consonancia con las obligaciones contraídas en virtud de acuerdos internacionales.



3.9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.



12.4. Para 2020, lograr la gestión ecológicamente racional de los productos químicos y de todos los desechos a lo largo de su ciclo de vida, de conformidad con los marcos internacionales convenidos y reducir de manera significativa su liberación a la atmósfera, el agua y el suelo a fin de reducir al mínimo sus efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente.



6.3. Mejorar la calidad del agua mediante la reducción de la contaminación, la eliminación del vertimiento y la reducción al mínimo de la descarga de materiales y productos químicos peligrosos, la reducción a la mitad del porcentaje de aguas residuales sin tratar y un aumento sustancial del reciclado y la reutilización en condiciones de seguridad a nivel mundial.



13.1. Fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales en todos los países.
13.3 Mejorar la educación, la sensibilización y la capacidad humana e institucional en relación con la mitigación del cambio climático, la adaptación a él, la reducción de sus efectos y la alerta temprana.

IV Plan de Salud de la CV

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

4.1.10. Promover actuaciones en el entorno comunitario dirigidas al fomento de una alimentación saludable, tales como talleres de cocina, diseño de menús equilibrados, comidas en familia, huertos urbanos o comercio de proximidad.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5.3.6. Minimizar la exposición de las personas sensibles a componentes de los alimentos que pueden ser causa de alergias o intolerancias mediante la información que les permita una elección adecuada a sus necesidades.

5.3.7. Proteger la salud y los intereses de los consumidores velando por el cumplimiento de la normativa en cuanto a la información facilitada por el etiquetado de alimentos sobre declaraciones nutricionales y de propiedades saludables.

5.3.10. Fomentar la oferta de alimentación saludable y el comercio de proximidad en los comedores colectivos (escolares, hospitales, residencias, empresas y otros centros).

5.3.11. Fomentar la colaboración multisectorial para reducir el consumo de sal, azúcares y grasas "trans" en la población actuando en diferentes niveles: la producción de alimentos, la restauración y servicios de catering y la sensibilización del consumidor.

5.3.12. Mejorar la información y habilidades de la población en seguridad alimentaria y comprensión del etiquetado de los alimentos.

5.5.1. Disponer de protocolos de actuación frente a eventos extremos: ola de calor, frío intenso, inundaciones, incendios forestales y contaminación atmosférica.

5.5.3. Contribuir a la evaluación del impacto en la salud de la población de la contaminación atmosférica y a la promoción de las medidas necesarias para la reducción y control del problema.

5.5.5. Controlar la calidad sanitaria de las aguas de consumo público y contribuir a la mejora continua de los controles y estándares sanitarios.

5.5.6. Evitar el uso de biocidas o fitosanitarios de síntesis en espacios públicos, especialmente en los frecuentados por población infantil, promoviendo la utilización de métodos naturales de lucha contra plagas y de control de hierbas que no utilicen sustancias químicas tóxicas, como los propuestos en el Reglamento (CE) del Consejo, de 28 de junio de 2007, sobre producción y etiquetado de los productos ecológicos.

5.5.7. Disminuir el uso de fitosanitarios de síntesis y de fertilizantes en las zonas vulnerables de acuíferos contaminados por nitratos y herbicidas, sobre todo en aquellas comarcas en las cuales las aguas de consumo humano sobrepasan los límites legales de estas sustancias. Potenciar el uso de técnicas de producción más respetuosas con la salud de las personas y el medio natural.

5.5.12. Desarrollar actividades de información, formación y asesoramiento sobre las cuestiones relacionadas con la salud y el medio ambiente a los agentes de interés (ciudadanos y colectivos sociales, responsables municipales, empresas y técnicos de sanidad ambiental).

5.7.4. Poner en valor las características geográficas, culturales y climatológicas propias de la Comunitat Valenciana y los beneficios de su disfrute y aprovechamiento sobre la salud y bienestar de la ciudadanía, como dieta mediterránea, huertos urbanos, paseos, deporte y actividades al aire libre o espacios y parques naturales.

ÁREA 6. CIUDADES INCLUSIVAS PARA LAS PERSONAS MAYORES



“Una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”

OMS. Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía, 2007

¿Por qué es importante actuar en esta área?

España presenta una de las esperanzas de vida más altas del mundo, sin embargo, esta ganancia de años de vida no se acompaña de un incremento en la calidad de vida percibida. Según la OMS el envejecimiento activo o saludable tiene más que ver con las capacidades físicas y mentales que nos permiten seguir haciendo con autonomía las cosas que nos importan, que con la ausencia de enfermedades. Así, la salud de las personas mayores se debe medir en términos de capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana y no de enfermedad. Bien es cierto que con la edad las enfermedades crónicas son más frecuentes y comprometen estas capacidades. En cualquier caso, la salud y el bienestar no dependen únicamente de la ausencia de enfermedad, de los genes o los estilos de vida, sino que numerosos determinantes sociales tales como los recursos económicos, el nivel educativo, el medio ambiente o el entorno residencial y social tienen impactos decisivos.

Los entornos locales reúnen multitud de determinantes que impactan de forma positiva en la salud y bienestar de sus habitantes, por lo tanto se presentan como ejes claves en la promoción de la salud. No actuar en este sentido implica privar a las personas de su derecho a la salud, autonomía/independencia, participación, dignidad, libertad e igualdad de oportunidades y de trato. Además, dado que el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, una ciudad inclusiva con las personas mayores lo será con todas las edades.

¿Qué sabemos?

- En el año 2050 habrá más personas mayores de 60 años que niños y niñas por primera vez en la historia. Además, desde el año 2007 más de la mitad de la población mundial vive en ciudades y en 2030 lo harán tres de cada cinco personas¹⁶⁴. Europa será el único continente con crecimiento negativo en los próximos 50 años¹⁶⁵.
- La **esperanza de vida** en España ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas. En 2015, la esperanza de vida al nacimiento alcanzó los 82,7 años de media, siendo superior en las mujeres (85,4 años) que en los hombres (79,9 años). Aunque persiste la brecha de género, esta diferencia se ha ido reduciendo en los últimos años, pasando de 7,1 a 5,5 años entre 1994 y 2015¹⁶⁶.
- Las enfermedades crónicas, los problemas mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y reducen la calidad de vida de las personas que las padecen. En España, la **esperanza de vida en buena salud** a los 65 años es superior en los hombres que en las mujeres¹⁶⁶. Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el 53,5% de la población española de más de 64 años no tiene ningún tipo de dependencia funcional. Por encima de los 84 años, el 17,4% de las mujeres y el 31,1% de los hombres son autónomos en cuanto a movilidad¹⁶⁷.
- El impacto del envejecimiento en la calidad de vida de la población y en el gasto sanitario público podría reducirse a la mitad si el crecimiento en la esperanza de vida fuera proporcional al crecimiento de la esperanza de vida en buena salud. Sin embargo, cabe notar que la valoración positiva del estado de salud disminuye con la edad y conforme se desciende en la clase social¹⁶⁷.
- Las **ciudades inclusivas** con las personas mayores fomentan el desarrollo sostenible, ya que la mayoría de la población mundial tiende a vivir hasta la vejez. Para construir sociedades sostenibles no se puede obviar la transición demográfica, sino incorporarla y poner en valor las contribuciones que las personas mayores hacen al desarrollo¹⁶⁸.
- Sólo aproximadamente el 25% de la longevidad se explica por factores genéticos. El otro 75% es en gran parte el resultado de nuestras interacciones con el entorno físico y social, incluyendo los hogares, vecindarios y comunidades, así como características personales como el sexo, etnia o condición socioeconómica. Estos factores comienzan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana, condicionando los comportamientos, exposiciones y acceso a servicios que influyen en el riesgo de enfermar y en el desarrollo de capacidades¹⁶⁹.
- Los **entornos propicios** permiten a la gente hacer lo que es importante para ella, a pesar de las pérdidas de capacidad. La disponibilidad de edificios públicos seguros y accesibles y el transporte, y los entornos que son fáciles de caminar son ejemplos de ambientes de apoyo¹⁶⁹.
- El entrenamiento de fuerza para mantener la masa muscular y una buena nutrición puede ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia de la atención y revertir la fragilidad. Mientras que el aislamiento social y la marginación están relacionados con índices más elevados de muerte prematura y con una probabilidad menor de sobrevivir después de un infarto de miocardio¹⁷⁰.

- Los barrios periféricos y las urbanizaciones que no cuentan con servicios de transporte público aíslan a las personas. Cuando la **cohesión social** decrece, aumentan los índices de enfermedad cardíaca. Ser excluido de la vida social y recibir un tratamiento de inferioridad causa peor salud y un riesgo más elevado de padecer una muerte prematura¹⁷⁰.



Algunos datos en la Comunitat

En 2016, el número de personas mayores de 64 años que residían en la Comunitat alcanzó la cifra de 918.061, representando casi una quinta parte de la población valenciana (18,5%). De ellas, un 29,1% tenían 80 o más años, siendo esta proporción mayor en el caso de las mujeres (32,3% en mujeres y 24,8% en hombres)⁵⁷.

El 20,6% de las mujeres y el 16,4% de los hombres que residen en la Comunitat tienen 65 años o más.

El **envejecimiento de la población** no se manifiesta de forma homogénea en todo el territorio de la Comunitat. El Alto Mijares, l'Alt Maestrat, el Rincón de Ademuz, Els Ports, Los Serranos y el Valle de Confrentes-Ayora, son las comarcas que presentan un mayor peso de la población mayor de 64 años sobre el conjunto de población activa (15-64 años)¹¹⁴.

El 70% de las personas mayores de 64 tiene solo estudios primarios (completos o incompletos), siendo esta proporción mayor en las mujeres (74%) que en los hombres (64,8%). Además, un 4,4% del colectivo es analfabeto (2,3% hombres, 6,1% mujeres)³².

1 de cada 4 personas mayores de 64 años vive sola.

Las **personas mayores que viven solas** representan el 11% del total de hogares de la Comunitat y el 42,6% de los hogares unipersonales. Alrededor de 220.200 personas mayores de 64 años viven solas, de ellas algo más del 70% son mujeres¹⁷¹.

En 2016, el 28% de las personas de más de 64 años manifestaban llegar a final de mes con dificultad o con mucha dificultad³².

El 75% de la población entre 65 y 74 años padece alguna **enfermedad crónica**, entre las personas mayores de 84 años este porcentaje aumenta al 83,7%. Respecto a las dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria son consecuencia, en su mayoría, de un problema físico, y suponen una **limitación grave** de la **autonomía personal** en un 10% de las personas de 65-74 años, proporción que se eleva hasta el 33,3% en el grupo de 85 y más años. Estas limitaciones afectan en mayor grado a las mujeres³².

Alto riesgo de caídas en personas mayores de 64 años.

La proporción de personas con **exceso de peso** sigue una tendencia creciente con la edad, hasta llegar a afectar a más de dos tercios de las de 65 o más años (71,4% de los hombres y 62% de las mujeres)³².

En 2013, un 73% de las personas mayores de 64 años atendidas por el personal de enfermería, independientemente del motivo de la con-

sulta, presentó un alto **riesgo de caídas**. Este riesgo se duplica en mujeres, aumentando en los grupos de edad más avanzada¹⁷².

Nueve de cada 10 personas mayores consideran que el **entorno** en el que viven (barrio, pueblo,...) favorece la práctica de actividad física y la convivencia ciudadana. El 90,1% cree adecuada la oferta de comercios de proximidad y en menor medida (72,8%) la de actividades culturales y de ocio. En lo referente al transporte público, un 78,4% se siente bien comunicado mediante autobús, tren o metro³².

Respecto a la disponibilidad de **apoyo y participación social**, el 72,8% de las personas de 65 y más años manifiesta que podría contar con 3 o más personas cercanas en caso de necesidad ante un problema personal grave. Además, un 12,8% colabora de manera regular en actividades propuestas por asociaciones u organizaciones de diversa naturaleza, y un 6,4% lo hace de manera puntual. Esta participación disminuye conforme avanza la edad y es mayor en las personas con mayor nivel de estudios y clase social³².

La incorporación de las personas más mayores en el **uso de las nuevas tecnologías** se ha incrementado en los últimos años. En el segundo trimestre de 2017, el 82,8% de las personas de 65 a 74 años declaraban que habían utilizado el teléfono móvil en los últimos 3 meses y un 38% el ordenador¹⁷³.

¿Qué podemos hacer?

1. Ciudades inclusivas y amigables

La OMS identifica la urbanización como determinante estructural de la salud, principalmente desde que se convirtieron en “motores económicos” durante la industrialización¹⁷⁴. El entorno es un determinante de la salud decisivo en el grado de reducción o fomento de las funciones y capacidades de las personas mayores, y por lo tanto de un envejecimiento saludable¹⁷⁵. El impacto del entorno del hogar y el exterior en la salud de las personas mayores pivota alrededor de dos ejes principales: por un lado, debido al apego a los lugares como construcción de la identidad y zona de confort⁴⁰. Por otro lado porque las personas mayores pasan la mayor parte de su tiempo en casa o alrededor del barrio en el que habitan¹⁷⁶. El diseño de ciudades inclusivas de forma intersectorial y multinivel, incorporando a las personas mayores en el diseño, reduce las desigualdades en salud, fomentando la cohesión social, el envejecimiento activo, autónomo y digno¹⁷⁷. A su vez es una propuesta de desarrollo sostenible, ya que tiene en consideración la diversidad funcional, cultural y de capacidades de la población¹⁷⁸. Las ciudades son focos clave para reducir las desigualdades sociales y promover la redistribución equitativa de los recursos, dos acciones que mejoran la salud de la población¹⁷⁴. Algunas iniciativas para hacer amigables las ciudades con las personas mayores son: eliminar las barreras arquitectónicas, evaluar los tiempos de los semáforos para el cruce de peatones, diseñar rutas de autobuses pensando en las necesidades y capacidades de las personas mayores, aumentar el número de baños públicos accesibles, dotar de bancos y asientos al aire libre en buen estado y con diseño adecuado (por ejemplo, que no se encuentren expuestos al sol), mejorar y adaptar la señalética en los espacios públicos, etc. En resumen, construir ciudades que faciliten la vida dentro y fuera de los hogares¹⁶⁴.

El [Centro de la OMS para el Desarrollo de la Salud](#) trabaja, en estrecha colaboración con otras personas y centros de todo el mundo, para realizar investigaciones sobre entornos amigables con la edad, incluido el

desarrollo de indicadores específicos sobre ciudades amigables para las personas mayores. En su web se puede encontrar la [guía para ciudades amigas de las personas mayores](#) y amplia información de apoyo para iniciar intervenciones y planificar políticas que hagan las ciudades más inclusivas con las diferentes edades.

Un ejemplo de ello es la ciudad de [Manchester](#), en Reino Unido, inserta desde hace años en un proyecto de ciudad inclusiva con las personas mayores. En su web ofrece amplia información sobre actividades y servicios, orientados hacia las personas mayores y organizados en distintas áreas temáticas como: salud y bienestar, vivienda, trabajo y voluntariado, ocio y tiempo libre (actividad física, arte y cultura, asociaciones), viajes y transportes, etc.

[Madrid](#), [Barcelona](#) o [Bilbao](#) son algunas de las ciudades integradas en la Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores, que han desarrollado un documento estratégico, con propuestas de acción concretas, cuya finalidad es lograr que su ciudad sea un buen lugar para envejecer.

2. Envejecimiento activo

La actividad física moderada reduce el número de muertes cardíacas, mejora la salud mental y la integración social. También reduce el grado de las discapacidades fruto de enfermedades crónicas, ya que puede disminuir las limitaciones físicas aumentando la autonomía, así como mejorar la salud mental y la cohesión social¹⁷⁵. Las rutas o caminatas guiadas y adaptadas a las capacidades de las personas participantes son una actividad que puede impactar muy positivamente en la salud de las personas mayores.

Las iniciativas que fomentan actividades y la solidaridad intergeneracional, son una herramienta de apoyo social y reducción del aislamiento de las personas mayores, elementos clave para reducir la mortalidad, morbilidad y la angustia psicológica. Además de integrar y generar espacios no segregados, estas iniciativas ponen en valor los recursos que las personas mayores pueden ofrecer a la sociedad, incorporando un abordaje integral sobre el ciclo vital¹⁷⁵.

Ser participe o participar en actividades artísticas tiene el potencial de reducir el estrés, la depresión e incluso ser una herramienta útil para aliviar la vivencia de las enfermedades crónicas¹⁷⁹. Diversos estudios en el campo de la salud pública han evaluado las potencialidades de la música, el arte visual, la expresión creativa corporal o la escritura para ganar salud y bienestar de forma integral¹⁸⁰⁻¹⁸². El impacto positivo del teatro en la cognición así como la mejora de la calidad de vida ha sido probado en un estudio en personas entre 60 y 86 años¹⁸³. Se trata de un área de investigación compleja y en que los casos evaluados son muy delimitados por el grupo de población, enfermedad o incluso período concreto de utilización, sin embargo, las evidencias y resultados son positivos.

[A cent cap als cent](#), es una iniciativa del área de deporte de la Diputación de Barcelona dirigida a fomentar la actividad física de las personas mayores (ciclo de paseos). Esta propuesta alcanza diversos objetivos: fomenta la implicación en paseos de forma regular, promueve las relaciones interpersonales y en grupo en un ambiente adaptado a las necesidades y capacidades y por último, motiva el aprendizaje e intercambio de conocimiento.

El programa [Aprender con las personas mayores](#) inició su andadura en 1991 en el distrito de Sants-Montjuïc de Barcelona con el objetivo de acercar las personas mayores a otros grupos de edad (niños/as, adolescentes y jóvenes) por medio de actividades lúdico-educativas que se desarrollan en su entorno habitual (escuela, ludoteca, facultad, casal, residencia y espacios abiertos del barrio).

(Ver también: [Creatividad, Arte y Cultura – Área 7](#))

(Ver también: [Relaciones sociales y bienestar emocional – Área 7](#))

(Ver también: [Comunidades fuertes y resiliencia – Área 8](#))

3. Fragilidad y Caídas en las personas mayores

Con el objetivo de promover un envejecimiento saludable y conseguir ganar años de vida en buena salud, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las CCAA y las Sociedades Científicas, ha elaborado el [Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas](#), que se enmarca en el plan de implementación de la “Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud”. El consenso alcanzado propone la detección precoz e intervención sobre la fragilidad, un estado previo a la discapacidad sobre el que se puede actuar si se detecta oportunamente, y el riesgo elevado de caídas; todo ello, como herramienta para ganar salud y prevenir la discapacidad¹⁸⁴.

Recientemente, la *US Preventive Service Task Force* ha incluido entre sus recomendaciones la práctica de actividad física supervisada, en sesiones individuales o grupales, para la prevención de las caídas en las personas de 65 o más años¹⁸⁵.

4. Empleo y personas mayores

Las evidencias señalan que tener un trabajo es mejor para la salud que no tenerlo¹⁷⁰. Una peor salud percibida está directamente asociada con la ruptura con el trabajo entre la ciudadanía europea de 50 a 63 años, ya sea por desempleo, retiro/jubilación o por la dificultad o imposibilidad de acceso al mercado laboral por alguna discapacidad¹⁸⁶. El control sobre el trabajo y las condiciones de éste son determinantes clave que impactan en la salud. Comprender la transición demográfica y el envejecimiento conlleva una comprensión de salud en todas las políticas en materia de empleo.

El trabajo flexible y el retiro progresivo o en “fases” son modelos que impactan de forma positiva en la salud. Promoviendo la mentoría intergeneracional y la opción de continuar en el puesto de trabajo pero bajo unas condiciones adaptadas a la edad y capacidades, sin generar impactos negativos en la salud. Las evaluaciones de estas iniciativas muestran que el retiro progresivo facilita que aquellos puestos de trabajo con un perfil específico y de difícil acceso sean reemplazados de forma gradual y a través de una transferencia intergeneracional de habilidades eficaz⁸⁴. La tendencia muestra que aquellos lugares en que se ha implementado el modelo del retiro progresivo ha sido acogido de forma muy positiva, principalmente la reducción de jornada durante los tres años previos al retiro⁸⁴. Este modelo también tiene la capacidad de disminuir y anular las diferencias existentes en las condiciones de empleo y retiro según clase social o género. Promoviendo modelos que no sesguen o discriminen por edad, uno de los ejes de desigualdad clave en los determinantes estructurales de la salud¹⁸⁷.

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo puso en marcha la campaña [Trabajos saludables en cada edad](#) (2016-2017), con el objetivo de promover la prevención del riesgo a lo largo de toda la vida laboral, sensibilizar sobre la necesidad de adaptar el trabajo a las capacidades individuales, facilitar información y herramientas para gestionar la seguridad y la salud en el trabajo en el contexto del envejecimiento de la población activa, y fomentar el intercambio de [buenas prácticas](#).

(Ver también: [Promover el empleo – Área 3](#))



Algunas experiencias en la Comunitat

Envejecimiento activo

[Programa de envejecimiento activo para Ortells i Xiva](#) impulsado por el Ayuntamiento de Morella, ofrece diversos talleres y actividades socioculturales para las personas mayores que favorecen las relaciones personales y la convivencia con los demás. Además, encontramos otras actividades como el programa [Patrimoni de tothom: arbres amb historia](#), organizado por la Mancomunidad de la Taula del Sénia, que toman el paisaje como activo para la salud. En él se incita a salir de casa y al ejercicio físico adaptado a través de diversas rutas a la vez que se promueve la transmisión del conocimiento sobre el patrimonio material e inmaterial de la región tomando como hilo conductor los árboles.

El [Proyecto Activa](#), impulsado desde los centros de salud del departamento de València-Hospital General de València, es un programa de promoción del envejecimiento activo, que busca desarrollar intervenciones dirigidas al fomento de la actividad física de las personas mayores en el entorno comunitario, con la finalidad de mantener su capacidad funcional y potenciar su bienestar y las relaciones sociales. El programa consiste en promover la creación de grupos liderados por pacientes, haciendo hincapié en los beneficios de la actividad grupal como fuente de apoyos sociales dentro de una comunidad. Recientemente, el programa ha incorporado una nueva iniciativa que consiste en la prescripción de actividad cultural. Para ello, se ha contado con la colaboración del Museu d'Història de València y el centro de innovación La Naves, que participan con la organización de visitas guiadas al museo.

El Ayuntamiento de [Benicarló](#), en colaboración con asociaciones de mayores, organiza diversas actividades formativas en torno al teatro, la pintura y la literatura para favorecer el envejecimiento activo. El Ayuntamiento de [Castellón de la Plana](#) ha creado un grupo de teatro municipal de personas mayores y promueve los talleres de representación y expresión teatral. [Majors a escena](#) es un concurso impulsado por el Ayuntamiento de València que pretende promover la actividad artística y creativa de las personas mayores. Este concurso quiere ser una plataforma de fomento de las inquietudes culturales de las personas mayores.

[Aulas de la experiencia](#) es una iniciativa del Ayuntamiento de Mislata, reconocida por la Red de Ciudades Educadoras, en la que se promueve la transferencia de conocimiento a través de talleres formativos dirigidos a personas mayores e impartidos mayoritariamente por personas mayores voluntarias. La oferta temática es muy amplia y abarca desde programas de salud, artesanía, juegos tradicionales, idiomas o informática. En el mismo municipio, el [Aula Universitaria Senior](#) ofrece formación superior a mayores de 50

años, a través de charlas o seminarios estructurados en tres ámbitos: humanidades, ciencias de la salud y ciencias sociales.

(Ver también: [Creatividad, arte y cultura – Área 7](#))

Inclusión y cohesión social

[València Conviu](#) es un programa preventivo de convivencia intergeneracional, a través de viviendas compartidas entre personas mayores de 60 años, que viven solas y pueden valerse por sí mismas, y jóvenes estudiantes de distintas universidades valencianas, menores de 35 años que no residan en la misma ciudad y que no puedan costearse el gasto de un alojamiento alternativo. Participan el Ayuntamiento de València, la Universitat de València y la Universitat Politècnica de València. [Vidas compartidas](#) es una iniciativa similar en el municipio de Elche.

[Tu seguridad nos importa](#), campaña promovida por la Empresa Municipal de Transportes de València, dirigida al colectivo de mayores de la ciudad y cuyo objetivo es la prevención de caídas en el transporte público. Consiste en talleres formativos impartidos en los centros municipales de actividades para las personas mayores y dispone de una [Guía de consejos](#).

Son muchos los ayuntamientos que participan en los programas de atención domiciliaria [Major a casa](#) o [Menjar a casa](#), cuyo objetivo es facilitar a las personas mayores la permanencia en su domicilio y/o entorno familiar y social el mayor tiempo posible, colaborando en la prestación de servicios que incluyen la comida a domicilio, la lavandería y la limpieza del hogar.

(Ver también: [Relaciones Sociales y Bienestar Emocional – Área 7](#))

Ciudades Amigables con las personas mayores.

Proyecto impulsado por la OMS cuyo objetivo es lograr entornos y servicios que promuevan y faciliten un envejecimiento activo y saludable. Un municipio amigable con las personas mayores es aquel que diseña sus políticas y reorganiza los servicios y estructuras para favorecer que las personas mayores puedan vivir dignamente, disfrutar de buena salud y continuar participando en la comunidad plenamente. Las intervenciones se articulan en 8 áreas: espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, trabajo y participación ciudadana, comunicación e información, y por último, apoyo de la comunidad y servicios sociales y de salud. En todas las fases del proyecto es fundamental la participación de las personas mayores.

Castellón de la Plana, Nules, la Vall d'Uxó, Lliria, València, Oliva, Torrent, l'Alfàs del Pi y Elche son los municipios de la Comunitat adheridos a la [Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores](#).

Participación social

El [Consejo Valenciano de Personas Mayores](#) es un órgano colegiado, consultivo y asesor, adscrito a la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas que ejerce sus funciones con autonomía orgánica y funcional. Su

objeto es instrumentar la participación y colaboración de las personas mayores en la definición, aplicación, seguimiento de la planificación y ordenación de los servicios que mejor se adecuen a sus necesidades. Asimismo, atiende a la defensa de sus derechos y a la promoción del bienestar del colectivo de personas mayores.

En el ámbito local son muchos los municipios que disponen de un Consejo Municipal de Personas Mayores.

Para saber más

Envejecimiento desde la OMS: La página web de la OMS ofrece numerosos recursos con datos estadísticos, guías con información general, información técnica, así como un apartado que se actualiza regularmente con nuevas publicaciones en este campo. El [Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud](#) es un documento referente en la temática editado en 2015. También ofrece un resumen sobre [10 estereotipos erróneos](#) sobre el envejecimiento y la salud. Más información en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>

Ciudades y urbanismo, una perspectiva global: El departamento de determinantes sociales de la salud de la OMS publicó en 2008 un amplio [informe prospectivo sobre las ciudades y la salud](#). Compila una contextualización del estado de situación, identificación de retos principales para alcanzar equidad en la salud, así como la incorporación de estrategias e intervenciones. En 2014 Naciones Unidas redactó un [informe sobre la urbanización mundial](#), aportando una radiografía en datos de la situación.

La Comisión Europea sobre envejecimiento activo y saludable: Se trata de una plataforma de comunicación e información en materia de envejecimiento activo y saludable en Europa. Facilita recursos, oportunidades de colaboración y desarrollo de proyectos innovadores con el objetivo de avanzar en el campo del envejecimiento saludable. En 2013 editó una [guía de buenas prácticas](#) sobre edificios, entornos y ciudades amigables con las personas mayores. Más información en: https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en

Red Mundial de Ciudades Amigables con la gente mayor: Una propuesta de compromiso lanzada desde la OMS para que las ciudades se diseñen, adapten y organicen de manera que las personas mayores puedan vivir con dignidad, autonomía y participando en la sociedad para así facilitar un envejecimiento saludable. Más información en: http://www.ciudadesamigables.imsero.es/imsero_01/ciudades_amigables/index.htm

Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo: Documento publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2011 recopila de forma exhaustiva las cuestiones principales que atañen al envejecimiento en el contexto del Estado Español a través de diecisiete capítulos. Más información en: http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

Web de estilos de vida saludables: Página web, impulsada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como parte de las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. En ella se ofrece recomendaciones, herramientas interactivas, vídeos y otros materiales y recursos de utilidad para hacer más saludables nuestros estilos de vida. Muestra información específica dirigida a personas mayores. Más información en: <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>

Normativa, planes y estrategias relacionados

- Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social. Generalitat. Vicepresidència. Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives Disponible en: <http://www.inclusio.gva.es/documents/610754/163655369/PVICS+Castella%CC%80%202017-05-04.pdf/7b481db2-ee97-4eb0-822a-b9016a7f3b71>
- Estrategia de Envejecimiento Activo de la Comunitat Valenciana. Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2013. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=349444367
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>
- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf



Objetivos de Desarrollo Sostenible



9.8. Aumentar de forma significativa el acceso a la tecnología de la información y las comunicaciones y esforzarse por facilitar un acceso universal y asequible a internet en los países menos adelantados a más tardar en 2020.



1.2. Para 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales. la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.



2.2. Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emancipación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes, y las personas de edad.



5.4. Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia.



10.2. Para 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.



11.2. Proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación vulnerable, (...) y las personas de edad.

11.7. Proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad (...)

IV Plan de Salud de la CV

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

1.1.6. Desarrollar intervenciones de apoyo a las personas cuidadoras de pacientes crónicos, para atender sus necesidades en salud y velar por su bienestar.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

3.2.4. Detectar precozmente desde la atención primaria las situaciones de desprotección y de especial vulnerabilidad en las personas mayores dependientes, estableciendo los mecanismos de coordinación necesarios, especialmente con el ámbito social.

3.2.5. Avanzar en la reducción de la brecha de género ligada a la calidad de vida y dependencia, promoviendo una mayor participación de las mujeres en programas que favorezcan su empoderamiento y la concienciación de los hombres sobre el reparto de cuidados familiares.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5.1.4. Promover la participación activa de las personas mayores en la vida de la comunidad y fomentar intervenciones que faciliten la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

5.3.10. Fomentar la oferta de alimentación saludable y el comercio de proximidad en los comedores colectivos (escolares, hospitales, residencias, empresas y otros centros).

5.6.8. Promover acciones dirigidas a la preparación para la jubilación y el envejecimiento activo de las personas trabajadoras.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

4.4.1. Mejorar la visión social de las personas mayores y la imagen positiva del proceso de envejecimiento, con iniciativas que fomenten su participación en proyectos basados en las relaciones intergeneracionales y la visibilidad de este colectivo en los medios de comunicación.

4.4.2. Prevenir problemas de salud gerontológicos mediante intervenciones específicas en población mayor frágil o con mayor riesgo de caídas.

4.4.3. Realizar actividades de promoción de una alimentación saludable e hidratación adecuada en personas mayores, desde los centros de salud, oficinas de farmacia y otras entidades, en colaboración con los Centros de Salud Pública.

4.4.4. Facilitar pautas nutricionales para la confección de menús saludables, especialmente dirigidas a centros de mayores y residencias.

4.4.5. Desarrollar actuaciones informativas y de sensibilización de las personas mayores sobre los problemas de la polimedicación y las alternativas al tratamiento farmacológico, contando con el apoyo de todos los profesionales que participan en el proceso farmacoterapéutico.

4.4.6. Desarrollar intervenciones dirigidas al fomento de la actividad física de las personas mayores en el entorno comunitario, con la finalidad de mantener su capacidad funcional y potenciar su bienestar y las relaciones sociales.

4.4.7. Impulsar actuaciones para la prevención de accidentes de tráfico en las personas mayores.

ÁREA 7. BIENESTAR EMOCIONAL, ARTE Y CULTURA



"Solo la alegría es garantía de salud y longevidad"

Santiago Ramón y Cajal

¿Por qué es importante actuar en esta área?

El bienestar emocional es un componente fundamental en la definición de salud según la OMS, hace referencia al equilibrio entre emociones, sentimientos y deseos y fomenta la capacidad de resiliencia. Tiene como base una autoestima saludable y una buena capacidad para afrontar el estrés y para regular las emociones, todo lo cual incide en el mantenimiento de una buena salud mental y, a su vez, en un buen estado de salud física. Todos estos elementos pueden ser desarrollados desde la promoción de la salud, ayudando de esta manera a la adquisición de las destrezas necesarias en cada etapa de la vida.

Las emociones positivas y negativas influyen en nuestra salud. Las positivas, como la alegría o el optimismo, nos ayudan a soportar las dificultades de una enfermedad, facilitan su recuperación y están relacionadas con una mayor longevidad e independencia funcional. Las negativas, como el odio, la ira o el miedo, tienen un valor importante para nuestra supervivencia pero si son desproporcionadas a la situación, muy intensas o demasiado frecuentes pueden tener consecuencias negativas, haciéndonos más vulnerables a las enfermedades. Las personas necesitan aprender a adaptarse rápida y constantemente al medio, para lo que deben aprender a conocer, manejar y regular sus emociones, al ser éstas un proceso funcional que nos permite adaptarnos a las exigencias del entorno.

La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales son fundamentales para la calidad de vida de la sociedad e incrementan la fortaleza y la capacidad resiliente de las comunidades. La salud mental está afectada por políticas de los sectores no relacionados con la salud y por diferentes intervenciones comunitarias, la pobreza, la desigualdad, la discriminación y la violencia son factores importantes que contribuyen al desarrollo de enfermedades mentales. Por todo ello, la promoción de la salud mental depende de la colaboración intersectorial y la mayoría de las intervenciones pueden ser responsabilidad de sectores fuera de la salud mental tradicional.

¿Qué sabemos?

- Los **determinantes de la salud mental** y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales como las políticas nacionales sobre protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad, destacando las situaciones de pobreza, discriminación y violación de los derechos humanos^{170, 188, 189}.
- Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2016, un 22,3% de la población española se encuentra por debajo del umbral de **riesgo de pobreza**. Cabe destacar el aumento de esta tasa para las personas mayores de 65 años (de 0,7 puntos) respecto del año anterior. Por su parte, la tasa de riesgo de pobreza para el grupo de menores de 16 años se situó en el 28,9%, siendo 6,6 puntos superior a la del conjunto de la población¹⁹⁰. El aumento del nivel de pobreza en una sociedad es directamente proporcional a una elevada tasa de desempleo.
- **El aislamiento y la soledad** son unos de los factores generadores de morbilidad. Esta condición socio-emocional se ha relacionado con un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas y de compromiso del sistema inmune^{191, 192}. Es más, las relaciones sociales tienen tanto impacto sobre la salud como lo tienen el tabaquismo, la actividad física o la obesidad¹⁹³, de tal manera que la cantidad y calidad de las relaciones sociales y la percepción de aislamiento o soledad constituyen un riesgo de mortalidad comparable al hábito tabáquico o alcohólico^{194, 195}. En 2016, había en España 4.638.300 hogares unipersonales, de los que un 41,7% correspondían a personas de 65 o más años que vivían solas y, de ellas, un 70,7% estaban formados por mujeres. En cuanto a las personas menores de 65 años que vivían solas, la mayoría eran hombres (59,0%). Comparado con valores anteriores el número de hogares unipersonales registró un aumento¹⁷¹.
- Un 25% de las personas padecerá alguna enfermedad mental a lo largo de su vida. Las patologías mentales suponen la primera causa de años vividos con discapacidad. La **prevalencia mundial** estimada de trastornos mentales comunes es del 17,6%. Además, la OMS señala que estos trastornos están aumentando en el mundo, situándolos como segunda causa de incapacidad para el 2020¹⁹⁶. La población social y económicamente desfavorecida padece una carga muy elevada de trastornos mentales y sus consecuencias adversas, es decir, que el riesgo de padecer un trastorno mental se incrementa en condiciones sociales y económicas desfavorables^{188, 189}.
- La **depresión** representa la segunda causa de aportación a la carga de enfermedad mundial después de la enfermedad cardíaca isquémica. Por sí sola, supone un **4,3%** de la carga mundial de morbilidad y se encuentra entre las principales causas de discapacidad a nivel mundial (un 11% del total de años vividos con discapacidad)^{196, 197}.
- Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012¹⁶⁷, el 20,5% de los **adultos españoles** presentaba un riesgo de padecer trastornos mentales. De 2006 a 2012 la prevalencia disminuyó en las mujeres y en los hombres mayores de 65 años, pero aumentó en los hombres menores de 65 años. Las variables relacionadas con una mayor prevalencia de problemas de salud mental fueron:

estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en desarrollo, vivir en peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social, estar desempleado o en baja laboral, padecer enfermedades crónicas, y estar limitado para realizar actividades de la vida cotidiana.

- Cada año se suicidan más de 800.000 personas en el mundo, y el **suicidio** es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. De acuerdo con la OMS, hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan. El 75% de los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. En España en 2015 se produjeron 3.602 suicidios, casi 10 suicidios diarios, de los que el 75% fueron varones. Es la primera causa absoluta de muerte en varones de 15 a 29 años y la segunda en mujeres de esas edades, después del cáncer. El mayor número de suicidios se produce en la década de los 40⁵⁰.
- Por otro lado, la evidencia científica sostiene que un alto nivel de bienestar emocional está asociado con un funcionamiento positivo que incluye pensamiento creativo, buenas relaciones interpersonales y capacidad de afrontamiento ante la adversidad^{198, 199}. Por ello la **promoción del bienestar emocional** puede abordarse fortaleciendo, entre otros elementos, aspectos como la creatividad, la socialización y la resiliencia. Así, numerosas investigaciones dan cuenta de los beneficios de desarrollar la creatividad en diversas acciones cotidianas. Desplegar la creatividad en actividades artísticas, culturales y comunitarias parece vincularse con la salud en sentido amplio y con la generación de sensaciones de bienestar e inclusión social en particular²⁰⁰⁻²⁰³.
- En cuanto a la promoción de la resiliencia, más de tres décadas de investigación han demostrado los efectos positivos de la meditación como una estrategia para el desarrollo de las capacidades de afrontamiento a la adversidad, promoviendo la calidad de vida tanto en población general como en personas enfermas y en múltiples contextos (educativos, laborales y comunitarios)²⁰⁴⁻²⁰⁶.
- Por último, el entorno influye en nuestro bienestar emocional, los espacios verdes y la naturaleza mejoran nuestros niveles de estrés²⁰⁷. Una de las actividades posibles es la práctica local de los huertos urbanos, sobre ellos existe evidencia de que proveen de múltiples beneficios para la salud, entre otros, la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa, la mejora de la condición física así como, el incremento de la satisfacción vital, de la calidad de vida y el sentimiento de comunidad²⁰⁸⁻²¹⁰.



Algunos datos en la Comunitat

En 2016, el 19% de la población residente en la Comunitat Valenciana se encontraba **por debajo del umbral de riesgo de pobreza**, siendo este valor ligeramente inferior en las mujeres (18,5%) que en los hombres (19,4%). Para el colectivo de menores de 16 años, la tasa alcanzó el 29,4%, 7,4 puntos superior a la del conjunto de la población. El **indicador agregado AROPE de riesgo de pobreza o exclusión social** (teniendo en cuenta los ingresos y la distribución de los ingresos de los hogares) se situó en el 26,2% para el total de la población de la CV²¹¹.

En 1 de cada 4 hogares vive una persona sola.

La tendencia al crecimiento de hogares integrados por una sola persona es patente en la Comunitat. En 2016, el 25,9% de los hogares eran unipersonales, cifra que se prevé que aumente hasta el 29,3% para el año 2031, siendo este tipo de hogares los que sufrirán un incremento mayor²¹².

Un 30% de la población valenciana adulta (≥ 15 años) presenta **riesgo de mala salud mental**, con una proporción mayor en las mujeres (33,6%) que en los hombres (26,2%). El riesgo de mala salud mental se incrementa a medida que aumenta la edad, manteniéndose la brecha de género en todos los grupos de edad. Además, este riesgo es superior en las personas con menor nivel de estudios y en las clases sociales más desfavorecidas³².

Cerca de un tercio de las personas adultas tienen riesgo de mala salud mental.

La prevalencia de riesgo de mala salud mental es mayor entre la población desempleada que en la población trabajadora y esta diferencia es más acusada entre los hombres (33,3% en desempleados; 20,9% en ocupados) que entre las mujeres (35,1% en desempleadas; 28% en ocupadas)³².

En la CV se produce prácticamente 1 suicidio diario, constituyendo un problema de género masculino, con una ratio hombre/mujer de 3,7/1, cifra superior a la estatal (2,9/1). A nivel nacional, la CV es la tercera Comunidad Autónoma en número de suicidios. Aproximadamente, 1 de cada 10 suicidios es de personas residentes en la Comunitat⁵⁰.

El **apoyo social** es un potente factor de protección sobre la salud mental. El 95,8% de la población adulta valenciana percibe su nivel de apoyo social como medio o alto, siendo esta proporción mayor en las personas pertenecientes a las clases sociales más favorecidas. Entre las personas que manifiestan tener escaso apoyo social, el 51,8% de los hombres y el 65,6% de las mujeres presentan riesgo de mala salud mental³².

¿Qué podemos hacer?

1. Resiliencia y salud positiva

La resiliencia puede definirse como la habilidad para crecer en las adversidades. Se manifiesta en un conjunto de pensamientos, creencias y valores, que ayudan a modificar la actitud de las personas ante la adversidad, consiguiendo entender que puede resultar un desafío. Una actitud resiliente ante las adversidades mejora el bienestar emocional y la salud, previniendo problemas no sólo mentales sino también físicos. Todas las personas pueden aprender resiliencia, y ese aprendizaje podrá llevarles a mejorar muchos aspectos de su vida, tanto en la esfera emocional como social^{213, 214}.

Existen diversas estrategias que se pueden entrenar para incrementar la resiliencia, por ejemplo fomentando la flexibilidad, incrementando la autoestima, promoviendo el optimismo, etc. Una actividad que se

ha extendido mucho en los últimos años y que también ayuda a incrementar la resiliencia es la práctica del Mindfulness o Atención Plena, puesto que potencia la inteligencia emocional, mejora la autoconfianza, la serenidad y la claridad a la hora de tomar decisiones. La meditación en Mindfulness se centra en el momento presente, en el aquí y ahora, lo que nos ayuda a observar lo que nos sucede con más perspectiva, aprendiendo a relacionarnos de otra manera con nuestras preocupaciones, nuestras tensiones y nuestras emociones²⁰⁴. Ayuda a enfrentarse mejor a los desafíos y al estrés que conlleva la vida diaria, con un efecto positivo en la salud mental y calidad de vida de las personas²¹⁵.

Algunos ejemplos de programas o acciones locales sobre bienestar emocional y mindfulness son el programa [Ongizarte](#) de promoción de la salud mental mediante mindfulness del Ayuntamiento de Donostia o los talleres de [bienestar emocional para mayores](#) del Ayuntamiento de Leioa.

(Ver también: [Resiliencia y educación – Área 2](#))

2. Creatividad, Arte y Cultura

Las artes pueden ser usadas como un medio para la promoción de la salud²¹⁶. Al igual que la creatividad, el arte no es una posibilidad de algunos pocos elegidos, sino una oportunidad de todas las personas que depende de la utilización de recursos, objetos y ocasiones disponibles en los contextos. El arte, dentro y fuera de los museos, se vincula con la expresión creativa, la salud y el bienestar emocional, siendo la corporación local un vehículo idóneo para ponerlo al alcance de todas las personas por su proximidad a la población.

El **teatro, las artes visuales, el baile y la música** son los ámbitos más estudiados en relación con su influencia sobre la salud, pudiendo concluirse que tienen un efecto sobre la autoconfianza, la autoestima, el desarrollo de habilidades sociales y actitudes positivas. La participación en este tipo de actividades es particularmente beneficiosa para aquellas personas que viven aisladas^{179, 217-222}.

Probablemente, el país que más ha desarrollado esta línea de trabajo en promoción de la salud sea Gran Bretaña, a través de la creación la [National Alliance for Arts, Health & Wellbeing](#), en marcha desde 2012 e integrada por distintas organizaciones de carácter local, ofrece recursos y experiencias sobre cómo la actividad creativa puede beneficiar la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

Uno de los ejemplos locales de arte y salud es el [Proyecto ESCENA](#), en Asturias, que aúna objetivos y colectivos diferentes: por un lado la juventud y la contribución de su ocio al servicio de la comunidad y, por otro lado las personas mayores, como participación activa en la vida cultural del municipio, lo que les reporta sentido de la competencia personal. El enriquecimiento adicional de esta iniciativa reside en su naturaleza intergeneracional a través de la creatividad y expresión artísticas vehiculadas a través del teatro.

Por último, cabe destacar los denominados **Clubs de Lectura**, esto es, un grupo de personas que leen al mismo tiempo un libro y que se reúnen periódicamente para comentar entre todos lo leído desde el encuentro anterior auspiciados en esta ocasión por la Corporación Local. La experiencia acumulada a partir de los numerosos clubs de lectura, tanto en España como en el resto de Europa, muestra la capacidad de esta actividad para enriquecer la vida de las personas y favorecer la salud mental, fomentando tanto la

estimulación intelectual como la dimensión socio-emocional mediante el establecimiento de relaciones personales positivas²²³.

(Ver también: [Ocio alternativo y educativo – Área 2](#))

(Ver también: [Envejecimiento activo – Área 6](#))

3. Relaciones sociales y bienestar emocional

Disponer de redes sociales amplias y fuertes es esencial para la salud, puesto que estas contribuyen al incremento del bienestar físico y emocional, así como la capacidad para afrontar la enfermedad y las situaciones adversas. Los colectivos con mayor riesgo de aislamiento social son las personas mayores, las que viven solas, las personas con diversidad funcional y las cuidadoras, entre otros. Desarrollar acciones en promoción de la salud para fomentar conexiones sociales en colectivos especialmente vulnerables constituye una gran oportunidad que las corporaciones locales tienen para mejorar y optimizar la salud de sus ciudadanos y ciudadanas. Uno de los recursos es la generación de grupos de ayuda mutua para las personas cuidadoras. La actividad ofrece un espacio de intercambio de experiencias, donde aprender a manejar situaciones a las que se enfrenta cada día la persona cuidadora. Este tipo de actuación le proporciona apoyo social y le permite liberar estrés, incrementando su sensación de bienestar emocional^{195, 224}.

Como ejemplo de intervenciones en este campo cabe citar el taller de [bienestar emocional para personas cuidadoras](#) (Ayuntamiento de Mungia) o el taller de [Mindfulness para cuidadores](#) profesionales y familiares (Ayuntamiento de Conquista).

(Ver también: [Envejecimiento activo – Área 6](#))

4. Ecología. Huertos urbanos y bienestar emocional

Las actividades al aire libre reportan beneficios a nuestro bienestar emocional. Entre ellas, los denominados “huertos urbanos” constituyen una herramienta clave para la promoción de la salud emocional, habiéndose aplicado en múltiples contextos y colectivos poblacionales, siendo un elemento para la inclusión social, para el fomento del empleo, el continuo aprendizaje y el desarrollo de tejido social y la dimensión espiritual²²⁵⁻²²⁷. La administración local pueden particularizar objetivos específicos según el colectivo o colectivos a los que se dirija esta actividad, como pueden ser infancia, juventud, adultos, mayores, mujeres, colectivos de exclusión social o de diversidad funcional.

También se han estudiado los efectos positivos para la salud derivados del contacto con la naturaleza y el disfrute de las áreas naturales protegidas. Son espacios que permiten la práctica de actividad física al aire libre, ofrecen oportunidades para el ocio familiar y grupal, potencian la relajación y las relaciones sociales y fomentan una alimentación saludable a través del consumo de productos locales y de proximidad, entre otros beneficios²²⁸. El programa [Healthy Parks, Healthy people](#), en Australia, fue una de las primeras iniciativas de promoción de la salud ligada a los espacios naturales protegidos.

En Cataluña se ha iniciado una experiencia pionera basada en los denominados *baños de bosque*, que tienen su origen en Japón, consistente en la creación de una [red de bosques saludables e itinerarios terapéuticos](#). El programa combina la preservación de bosques singulares con los beneficios que la inmersión en un espacio de estas características tiene para la salud de las personas.

(Ver también: [Huertos escolares – Área 2](#))

(Ver también: [Espacios verdes y de sociabilidad – Área 4](#))



Algunas experiencias en la Comunitat

Resiliencia y salud positiva

El [taller de mindfulness](#) del Ayuntamiento de Ibi es un ejemplo de introducción de la metodología de atención plena o mindfulness, en esta ocasión, destinada a población general. El Ayuntamiento de Chilches desarrolló un proyecto de introducción del [mindfulness en la escuela infantil](#) municipal que recibió un premio nacional otorgado por la revista especializada en educación “*Escuela Infantil*”. Otra iniciativa de introducción del mindfulness basado en la evidencia dentro de la programación de actividades de la corporación local, es el taller de [mindfulness para población mayor](#) organizado por el Ayuntamiento de Novelda. Existen multitud de experiencias similares repartidas por nuestro territorio.

Creatividad, Arte y Cultura

Las jornadas de [Teatro del Oprimido](#), organizadas por el Ayuntamiento de Vila-Real, tienen por objetivo hacer del teatro una herramienta con capacidad para despertar las conciencias y transformar la realidad. La cultura no sólo puede ser estética y ocio sino también un compromiso social. El teatro como herramienta de ayuda al crecimiento personal y la mejora del bienestar emocional.

A lo largo de la red de bibliotecas públicas de València, se han instaurado distintos [Clubs de lectura](#) para el intercambio de cultura, creatividad y fomento de las relaciones sociales.

El Ayuntamiento de Alcoy ha puesto en marcha diversas iniciativas para personas mayores, como el taller de expresión corporal y musicoterapia, el curso “[Vivir como yo quiero, vivir bien, sentirse mejor](#)”, para mejorar el bienestar emocional y favorecer el desarrollo personal o el taller “Envejecer bien”, sobre nutrición y psicología; además de un abanico de actividades culturales como un concurso literario.

El Ayuntamiento de Alicante convoca una serie de [concursos](#) de participación ciudadana en diversas disciplinas artísticas para el fomento de la creatividad entre sus ciudadanos.

La música forma parte, de una manera especial, de la cultura de la Comunitat Valenciana; en todos los ayuntamientos se fomenta su desarrollo y participación en forma de Bandas de Música que, en los últimos años, cuentan con secciones de Jazz. Un ejemplo de la gestión local al respecto es la iniciativa

[Espacio solo música](#), del Ayuntamiento de Paterna, que oferta locales de ensayo para grupos de música de todos los estilos. En l'Eliana, [5 segles de música](#), es una actividad mensual, que se desarrolla de octubre a junio, y consiste en la organización de conciertos de música clásica en diferentes espacios de la localidad.

(Ver también: [Envejecimiento activo – Área 6](#))

Relaciones Sociales y Bienestar Emocional

La Mancomunidad La Canal de Navarrés ha creado un [Grupo de Ayuda Mutua](#) para personas cuidadoras no profesionales bajo la dirección y soporte de la corporación municipal.

[Programa Viure i Conviure](#). Programa de intercambio intergeneracional donde jóvenes estudiantes se alojan en domicilios de mayores que viven solos. Existen en la Comunitat, al menos, dos experiencias, en Castellón de la Plana (Ayuntamiento de Castellón de la Plana y la Universitat Jaume I) y, en la actualidad, en València (Ayuntamiento de València, Universitat de València y Universitat Politècnica de València).

(Ver también: [Inclusión y cohesión social – Área 6](#))

Ecología, Huertos Urbanos y Bienestar Emocional

La [Xarxa Horts Urbans](#) es una iniciativa promovida por el Ayuntamiento de Castellón, que cuenta en la actualidad con más de 300 parcelas de cultivo distribuidas en seis huertos urbanos. En 2016, recibió el Premi de Bones Pràctiques de la Federación Valenciana de Municipios y Provincias. En esta misma línea, y en colaboración con el mercado de la Naranja, se ha desarrollado el proyecto [Rutas entre Naranjos](#), tres itinerarios para recorrer a pie o en bicicleta, que permiten llegar a lugares característicos de la ciudad a través de un entorno único.

Con motivo del Día Mundial de la Salud y dentro de las actividades que con carácter periódico se organizan en torno a los Parques Naturales de la CV, se ha desarrollado la campaña [Mejoremos nuestra salud y disfrutemos de nuestros parques naturales](#), con el objetivo de difundir los beneficios que para la salud de las personas proporciona la visita a los espacios naturales protegidos.

(Ver también: [Huertos escolares – Área 2](#))

(Ver también: [Espacios verdes y de sociabilidad – Área 4](#))

(Ver también: [Cohesión social – Área 8](#))

Para saber más

Portal de las personas cuidadoras. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Portal con amplia gama de recursos formativos y de autocuidado para personas cuidadoras no profesionales, incluyendo una guía de **grupos de autoayuda**. Más información en: www.sercuidador.es

Universidad Complutense de Madrid. Proyectos de Arte, Salud y Bienestar: En 2011, el Organismo Autónomo Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid (responsable de la gestión municipal en materia de salud y drogodependencias) firma un acuerdo de colaboración con la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Complutense de Madrid, siguiendo esta línea de investigación y viendo posibles colaboraciones en el ámbito de la Prevención y la Promoción de la Salud ligada al Arte. Se desarrollan programas en los diferentes distritos de Madrid. Más información en: <https://www.ucm.es/artesaludproyectos/proyectos-de-arte-salud-y-bienestar>

Festival Internacional de Cortometrajes y Arte sobre Enfermedades (FICAE): Iniciativa de la Universitat Politècnica de València y de la asociación VINCLES que, a través de la producción audiovisual, trata el tema de la enfermedad desde múltiples perspectivas (cultural, político, social, económico, etc.), generando espacios de diálogo y reflexión. Más información en: <http://fcae.es/programa-4fcae/>

Be Creative Be Well. Arts, wellbeing and local communities. An evaluation (Ings R, Crane N and Cameron M. Arts Council of England): Publicación que recopila los resultados de la evaluación de proyectos locales sobre el impacto positivo de las artes y la participación cultural en la salud y el bienestar, en la ciudad de Londres. Más información en: <http://www.artscouncil.org.uk/be-creative-be-well-arts-wellbeing-and-local-communities-%C2%A0evaluation>

Huertos Urbanos: Portal de la Diputación de València con profusa información sobre la distribución creación y ayudas para huertos urbanos municipales. Más información en: <http://www.dival.es/es/medio-ambiente/content/portada-hum>

Normativa, planes y estrategias relacionados

- Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 Ginebra: OMS, 2013. Disponible en: www.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- The European Mental Health Action Plan. Copenhagen: WHO, 2013. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>
- Estrategia Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

- Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Valenci%C3%A0-Estrat%C3%A8gia+Auton%C3%B2mica+de+Salut+mental+2016+2020.pdf>
- Plan de Prevención Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf



Objetivos de Desarrollo Sostenible



10.2. Para 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.



3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.



11.4. Redoblar los esfuerzos para proteger y salvaguardar el patrimonio cultural y natural del mundo.



4.7. Garantizar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y la adopción de estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad entre los géneros, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y de la contribución de la cultura al desarrollo sostenible.



5.1. Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y niñas en todo el mundo.
5.4. Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia.

IV Plan de Salud de la CV

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

1.1.6. Desarrollar intervenciones de apoyo a las personas cuidadoras de pacientes crónicos, para atender sus necesidades en salud y velar por su bienestar.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

3.2.5. Avanzar en la reducción de la brecha de género ligada a la calidad de vida y dependencia, promoviendo una mayor participación de las mujeres en programas que favorezcan su empoderamiento y la concienciación de los hombres sobre el reparto de cuidados familiares.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

4.1.11. Impulsar programas y actuaciones que promuevan la actividad física en el entorno comunitario, tales como caminos escolares seguros, ocio activo en familia o recuperación de espacios públicos para el juego infantil.

4.3.7. Fomentar la corresponsabilidad en el ámbito doméstico para el cuidado y la crianza de los hijos e hijas.

4.4.1. Mejorar la visión social de las personas mayores y la imagen positiva del proceso de envejecimiento, con iniciativas que fomenten su participación en proyectos basados en las relaciones intergeneracionales y la visibilidad de este colectivo en los medios de comunicación.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5.1.1. Desarrollar programas para capacitar a padres y madres, desde el embarazo hasta los 14 años, en el fomento de modelos parentales positivos y promoción del buen trato que contribuyan a garantizar un buen comienzo en la vida y el desarrollo del máximo potencial de salud de todos los niños y niñas.

5.1.2. Promover intervenciones que fomenten la educación emocional y valores para la vida, así como la autoestima y la aceptación de la imagen corporal, especialmente en la población infantil y adolescente, con el fin de facilitar la transición a la vida adulta.

5.1.3. Impulsar acciones para la promoción de la salud y el bienestar en el trabajo, orientadas a la mejora de la organización y condiciones de trabajo, el fomento del desarrollo personal y la participación activa de los trabajadores.

5.1.4. Promover la participación activa de las personas mayores en la vida de la comunidad y fomentar intervenciones que faciliten la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

5.1.5. Realizar intervenciones comunitarias en colectivos en situación de especial vulnerabilidad emocional, incluyendo el desempleo de larga duración y otras situaciones derivadas de relaciones de empleo injustas.

5.4.3. Promover actuaciones educativas que fomenten la igualdad de género y las relaciones no violentas como estrategia de prevención de comportamientos y conductas de riesgo.

5.7.2. Impulsar la realización de intervenciones basadas en la conexión y potenciación de activos para la salud con la participación de la propia comunidad.

5.7.3. Proporcionar formación a profesionales y ciudadanía sobre el enfoque de salud positiva y activos para la salud.

ÁREA 8. PROTECCIÓN Y COHESIÓN SOCIAL: COMUNIDADES FUERTES



“La salud para todos no es posible sin liderazgo en el plano local y el compromiso de los ciudadanos”

Consenso de Shanghai sobre Ciudades Saludables, 2016.

¿Por qué es importante actuar en esta área?

El grado de cohesión social que existe en una sociedad influye de manera determinante en la salud de sus miembros puesto que, el distinto nivel de integración de cada grupo que la conforma implica un acceso diferenciado al conjunto de bienes y recursos en función de su posición socioeconómica, nivel educativo, género, etnia o condición. En este sentido, la protección de los sectores de población más vulnerables constituye una exigencia sin la cual la igualdad de oportunidades no puede garantizarse. Por ello, se precisan instituciones eficaces que aseguren la inclusión social de todos los grupos en la comunidad, en favor de una distribución equitativa de la salud y el pleno desarrollo de las capacidades.

Diversos estudios muestran que disponer de una red social extensa ayuda a prevenir la soledad y la depresión, así como a reducir la exposición a conductas no saludables, tales como el tabaquismo o el consumo de alcohol, y a otros factores de riesgo como la obesidad o los altos niveles de colesterol. Además, un elevado capital social contribuye a aumentar la resiliencia y a incrementar la capacidad de las personas para recuperarse de las enfermedades. Por tanto, es necesario trabajar para fomentar un sentimiento de comunidad que favorezca la solidaridad y la reducción de la soledad y el aislamiento social.

Las administraciones locales adquieren un papel fundamental a la hora de garantizar la protección y cohesión social de la ciudadanía, ya que sus decisiones políticas tienen implicaciones directas en la vida diaria de las personas. En este sentido, los gobiernos municipales pueden llevar a cabo estrategias y actuaciones desde distintas áreas, que favorezcan la reducción de todo tipo de desigualdad social y de discriminación, impulsen la participación activa de la población en los procesos de configuración de la vida pública y contribuyan a la generación de comunidades cohesionadas.

¿Qué sabemos?

- La **desigualdad socioeconómica** se relaciona con una desigual distribución de la salud entre la población; las personas expuestas a la pobreza y a la exclusión social son aquellas que tienen un acceso más restringido a los bienes y servicios básicos que garantizan el bienestar tanto físico como mental¹⁷⁰. En 2016, la tasa de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) en España fue del 27,9%, alcanzando el valor máximo en los hogares monoparentales con uno/a o más menores (53,3%), en la población en paro (62,7%) y en las personas extranjeras tanto de países de la UE (47,1%) como de fuera de ella (60,1%)¹⁹⁰.
- La **discriminación** implica un trato injusto hacia las personas que se justifica por razón de género, religión, etnia o condición lo que repercute en una condición de desventaja a la hora de acceder a los mismos recursos y oportunidades que el resto de miembros de la sociedad¹⁷⁰. En el año 2016, en España se registraron 817 delitos de odio, de ellos 254 se relacionaron con el racismo y la xenofobia, 200 con la diversidad funcional y 166 con la orientación o identidad sexual²²⁹.
- La **desigualdad de género** constituye uno de los principales problemas sociales que obstaculizan la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, y tiene un efecto determinante en la desigual distribución de la salud²³⁰. En España, son muchos los datos que hacen patente esta desigualdad. En el año 2016, por ejemplo, persistieron las diferencias en el terreno laboral, con una tasa de empleo menor en las mujeres (42,2%) que en los hombres (53,3%) y una brecha de género en las retribuciones, con diferencias en el salario por hora del 9,6% en trabajos a tiempo completo y del 18,6% en caso de jornadas a tiempo parcial¹⁶⁶. Ese mismo año, el número de denuncias por violencia de género fue de 142.893 y 44 mujeres fueron víctimas mortales por violencia de género²³¹.
- Otra dimensión en la que se hace patente la desigualdad de género es el tiempo dedicado a actividades de ocio, a la vida social y la diversión, a practicar deportes y a realizar actividades al aire libre. Los datos del INE ponen de relieve que las mujeres dedican menos tiempo a estas actividades que los hombres, fenómeno que se relaciona con el todavía desigual reparto de obligaciones y responsabilidades en el ámbito familiar entre hombres y mujeres¹⁶⁶.
- El lugar de nacimiento y el proceso migratorio conforman importantes determinantes sociales de la salud en las **personas inmigrantes**. Se trata de un colectivo que está más expuesto a una mayor vulnerabilidad en comparación con la población autóctona debido, fundamentalmente, a factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo. Entre ellos cabe citar: el acceso a empleos precarios y las malas condiciones de trabajo, su situación irregular de residencia, el hecho de vivir en zonas de elevado riesgo social, las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, las diferencias culturales, el desconocimiento del idioma, etc.^{87,232}.
- Disponer de **una red social** amplia y de calidad se ha vinculado, no solo con un mayor bienestar psicológico y emocional de las personas, sino también con un impacto positivo sobre la salud física. La soledad, el aislamiento social y el hecho de vivir solo se asocian a una probabilidad mayor de muerte prematura, cuya magnitud oscilaría entre un 26% y un 32%, tras controlar por otros factores como la edad, el nivel socioeconómico o el estado de salud previo. Este riesgo es comparable al de

otros factores ya establecidos para la mortalidad, tales como la obesidad, el abuso de sustancias nocivas o la mala calidad ambiental¹⁹⁴.

- Realizar actividades de **voluntariado**, además de suponer un foco de solidaridad activo, comporta efectos positivos para la salud, puesto que incrementando la cohesión social y ensanchando las redes sociales se fortalece el sentimiento de seguridad y bienestar emocional, necesarios para aumentar la resiliencia²³³. Según la Encuesta de Actitudes hacia la Cooperación Internacional de 2016, el 14'3% de la población española es socia cotizante regular de alguna asociación solidaria, el 6,8% es voluntario/a, y el 4,6% realiza actividades puntuales como cooperante²³⁴.
- La promoción de la salud basada en **activos** persigue apoyar a las personas, las comunidades y las organizaciones en la adquisición de habilidades y competencias que maximicen las oportunidades de salud y bienestar, y permite incorporar las riquezas que tiene una comunidad en los procesos de cambio social²³⁵. Aplicar este enfoque en la acción local en salud refuerza aspectos como la equidad, la orientación a los determinantes sociales, la intersectorialidad y la participación²³⁶.
- La **buena gobernanza** es esencial para generar un sentimiento de comunidad entre la población que ayude a estrechar los lazos sociales y favorezca el fomento de la confianza entre la ciudadanía. Requiere de medidas de transparencia, acceso a la información, lucha contra la corrupción y políticas de participación ciudadana mediante las cuales la población influya en los procesos de decisión que les afectan²³⁷. En 2016, España obtuvo una puntuación de 58, en una escala de 0 a 100, en el índice de percepción de la corrupción elaborado por *Transparency International* y ocupó el puesto 17 en el ranking de países de la UE, ordenados de menor a mayor percepción de corrupción, y el 41 a nivel mundial²³⁸. Además, según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (noviembre de 2017), la corrupción y el fraude son percibidos como el segundo problema principal que existe en España, sólo por detrás del paro²³⁹.



Algunos datos en la Comunitat

En el año 2016, la **tasa de pobreza o exclusión social** (indicador AROPE) fue del 26,2% para el total de la población de la Comunitat, algo menor en los hombres (25,3%) que en las mujeres (27,0%). Por comarcas, los valores más altos correspondieron a El Baix Segura, La Marina Alta y La Marina Baixa. Además, un 7,5% de la población residía en hogares con carencia material severa²¹¹.

Ese mismo año, la Comunitat Valenciana fue la quinta comunidad autónoma en la que se registraron más incidentes relacionados con los **delitos de odio** (127), siendo aquellos asociados con el racismo y la xenofobia (35), la ideología (18) y la orientación y la identidad sexual (17) los más frecuentes²²⁹. Por otro lado, el número de denuncias por violencia de género fue de 19.431, sólo por debajo de Andalucía, Madrid y Cataluña, y la cifra de víctimas mortales fue de 6 mujeres, la más alta junto a Islas Baleares, Castilla y León y Cataluña²³¹.

A 1 de enero de 2017, las **personas extranjeras** representaban el 12,9% de la población total empadronada en la Comunitat, cifra 3 puntos por encima de la media nacional. En general, se trata de una población

**Cerca de 637.000
personas extranjeras
empadronadas.**

joven, con una edad media de 39,2 años (edad media de la población autóctona: 43,3)²⁴⁰.

Las mujeres soportan una carga de **trabajo doméstico** tres veces superior a la de los hombres, ya que el 49,8% lo asume en solitario y el 15% lo comparte con su pareja. La implicación de los varones se ha

incrementado ligeramente en los últimos 10 años, pasando del 8,7% al 14% en la categoría de trabajo doméstico realizado en solitario y del 20,3% al 24% en el compartido con la pareja³².

A pesar del incremento de la participación de los hombres en la crianza y cuidado de los hijos e hijas, los cuidados informales siguen siendo asumidos de forma mayoritaria por las mujeres. El perfil de quienes se dedican al cuidado de alguna persona mayor de 74 años o con discapacidad vendría definido por un sujeto mujer (62,3%) con una media de edad de 57 años, que en un 51,2% de los casos no ha superado los estudios primarios³².

La proporción de población adulta valenciana (≥ 15 años) que considera que su **salud** es buena o muy buena es mayor en los hombres (77,6%) que en las mujeres (68,5%). A igual clase social, los hombres manifiestan siempre una mejor salud percibida que las mujeres. Además, las mujeres presentan peores resultados que los hombres en todas las dimensiones que miden la calidad de vida relacionada con la salud (movilidad, cuidados personales, actividades de la vida diaria, dolor o malestar y ansiedad/depresión)³².

**4 de cada 5 personas
disponen de una red de
apoyo social amplia.**

Respecto a la disponibilidad de **apoyo y participación social**, el 99% de las personas adultas manifiesta que podría contar con personas cercanas ante un problema personal grave. Un 21,5% contaría con 1 ó 2 personas y un 77,8% dispondría de 3 o más. Además, un 18,6% colabora de manera regular en actividades propuestas por asociaciones u organizaciones de diversa naturaleza, y un 7,9% lo hace de manera

puntual. La participación en estas actividades disminuye conforme se desciende en la escala social, con una proporción de personas que colaboran de forma habitual del 29,6% en el sector de población de clase social más favorecida frente al 14,1% en aquel más desfavorecido³².

Un 45% de la población valenciana considera que se puede confiar en la mayoría de las personas. Esta proporción es ligeramente superior en las mujeres (46,6%) que en los hombres (43,3%), sobre todo en el sector de población joven y madura (≤ 65 años). La proporción de personas que confían en los demás es superior en la población con mayor nivel de estudios y en la de mayor nivel socioeconómico³².

En cuanto a la gobernanza, la Comunitat Valenciana ocupa el puesto número 10 en el índice de transparencia de las Comunidades Autónomas elaborado por la organización *Transparency International* España en el año 2016, con una puntuación global de 94,4 sobre 100 (valor máximo de transparencia). Con respecto a la primera edición de este índice, publicada en 2010, se ha producido un incremento significativo en la puntuación alcanzada por la Comunitat²⁴¹.

¿Qué podemos hacer?

1. Comunidades fuertes y resiliencia

Una comunidad puede definirse como un grupo de personas que con frecuencia viven en la misma zona geográfica, pueblo o barrio, comparten la misma cultura, valores y normas y están organizadas en una estructura social determinada por el tipo de relaciones establecidas a lo largo del tiempo. Las personas que la integran tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes, así como el compromiso de satisfacerlas²⁴². El grado de cohesión social que existe en una comunidad, es decir, la fortaleza de las redes y vínculos que se establecen entre las personas, constituye el capital social y contribuye a crear salud²⁴². La resiliencia comunitaria es la capacidad de una comunidad de hacer frente a las adversidades, desarrollando y fortaleciendo los recursos con los que ya cuenta²⁴³. Una comunidad resiliente se caracteriza por estar bien informada, saludable y con capacidad para satisfacer sus necesidades básicas, estar socialmente cohesionada, disponer de oportunidades económicas, infraestructuras y servicios bien mantenidos y accesibles, ser capaz de gestionar sus activos naturales y estar interconectada²⁴⁴. El modelo de activos para la salud considera las fortalezas y capacidades individuales, grupales y comunitarias como base para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en salud. La identificación y dinamización de activos puede plantearse desde una perspectiva comunitaria, en el ámbito de proyectos de promoción de la salud, o desde un enfoque individual o grupal, con iniciativas basadas en las relaciones entre iguales o entre profesionales y personas usuarias del sistema sanitario²⁴⁵.

La [prescripción social](#) es un ejemplo de intervención basada en la conexión entre las personas y los recursos de la comunidad. Es una herramienta que permite a los y las profesionales de atención primaria remitir a las personas usuarias hacia recursos locales no sanitarios (asociaciones, grupos informales, instalaciones deportivas, culturales, etc.) y apoyar su participación en diversas actividades. Se ha relacionado con una mejora del estado de salud en términos de calidad de vida, bienestar y salud percibida, así como, con una disminución de la ansiedad y del uso de recursos sanitarios.

Los [bancos de tiempo](#) constituyen un espacio comunitario de intercambio de servicios, que utiliza la 'hora' como moneda social, es decir, el tiempo empleado en ayudar a otra persona de la comunidad. Favorece la instauración de vínculos entre las personas, incrementa la cohesión social y el aprendizaje mutuo. Además, en muchos casos hace partícipes a grupos desfavorecidos en actividades que mejoran la salud y el bienestar.

En el ámbito local se han llevado a cabo diversas acciones para fortalecer las redes sociales de la ciudadanía, como las medidas de fomento del voluntariado, que ayudan a reducir el aislamiento social, la exclusión y la soledad⁴. [Walking for Health](#) es un programa de actividad física, ampliamente extendido en Inglaterra, liderado por personas voluntarias que, tras recibir una pequeña formación, planean y dirigen caminatas a nivel local. El contacto social que se establece a través de estos grupos motiva a participar en la actividad física. [Baixem al carrer](#), programa enmarcado en el proyecto *Salut als barris* de Barcelona, busca reducir el aislamiento social de las personas mayores con dificultades de movilidad y que residen en viviendas con barreras arquitectónicas (sin ascensor), a través de la organización de salidas regulares con voluntariado.

Del mismo modo es fundamental disponer de un entorno físico que facilite el acceso a espacios y servicios que permitan la sociabilidad de las personas. Los espacios públicos seguros (parques, plazas, zonas verdes, etc.), con aceras para caminar y bien iluminadas o una buena red de transporte, que sea accesible y asequible, son algunos de los elementos que pueden ayudar a establecer y potenciar las relaciones interpersonales y aumentar la cohesión social²⁴⁶. [Social Biking](#) es un proyecto de la Comisión Europea que pretende potenciar el uso de la bicicleta mediante el establecimiento de incentivos. El proyecto, que cuenta con diversas experiencias en distintas ciudades de Alemania, mide tanto la actividad física como las interacciones sociales que se establecen en los desplazamientos urbanos a través de una aplicación móvil y una plataforma web. La iniciativa incrementa las redes sociales de los/as participantes al mismo tiempo que fomenta el uso de un transporte sostenible y saludable.

(Ver también: [Espacios verdes y de sociabilidad – Área 4](#))

(Ver también: [Envejecimiento activo – Área 6](#))

2. Lucha contra la pobreza y desigualdad social

En materia de protección social, los gobiernos municipales disponen de los recursos necesarios para reducir la brecha social que obstaculiza el avance hacia la cohesión social. Entre las actuaciones que se han llevado a cabo en este ámbito, se encuentran las estrategias de disminución de la desigualdad y la pobreza desarrolladas en distintas localidades del Reino Unido, en las que se han establecido comisiones locales de equidad que desde 2010 atraen a personas expertas, organizaciones y residentes locales, tanto del sector público como del privado, para discutir sobre esta materia y con el objetivo último de formular recomendaciones para reducir la desigualdad y la pobreza intentando eliminar las estructuras que las genera²⁴⁷.

La pobreza energética, es decir, la dificultad o incapacidad de mantener una vivienda en unas condiciones adecuadas de temperatura y de disponer de otros servicios energéticos básicos a un precio razonable, se ha relacionado con un impacto negativo sobre la salud. Entre sus efectos cabe citar la manifestación o agravación de problemas respiratorios (asma, bronquitis), trastornos circulatorios (enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares) y mala salud mental (ansiedad y depresión). Los hogares con ingresos más bajos tienen un riesgo mayor de sufrir pobreza energética, lo que contribuye al desarrollo de desigualdades en salud. La población infantil, las personas mayores y las que presentan problemas de salud previos son especialmente vulnerables²⁴⁸. En el Reino Unido se han desarrollado intervenciones exitosas en este tema, dirigidas a la mejora de la eficiencia energética de los hogares y la reducción del coste de la factura, con especial apoyo a las personas más vulnerables. En algunos casos se trata de pagos directos ([Winter Fuel Payment](#), [Cold Weather Payment](#)) o de descuentos en las facturas a hogares con renta baja o con otros criterios de vulnerabilidad ([Warm Home Discount](#)) y en otros, de incentivos para la instauración de medidas de eficiencia energética en las viviendas ([Green Deal](#)).

(Ver también: [Vivienda y salud – Área 4](#))

3. La diversidad como activo social

Suprimir toda clase de discriminación en los ámbitos público y privado deviene una tarea indispensable para garantizar la igualdad en salud entre toda la ciudadanía. Para progresar hacia este objetivo, los go-

biernos municipales pueden actuar desde distintos ámbitos: desde la penalización de cualquier tipo de discriminación dentro de la administración pública o la defensa jurídica frente a ésta, hasta el fomento de políticas orientadas a garantizar la igualdad de oportunidades y las libertades fundamentales a todas las personas^{249, 250}.

Entre las iniciativas surgidas en esta materia se puede citar, por ejemplo, el [Plan Municipal de Lucha contra la Islamofobia](#) del Ayuntamiento de Barcelona, que persigue visibilizar la islamofobia y contrarrestar los estereotipos que recaen en la comunidad musulmana, así como actuar en aquellos casos en los que se produzca una discriminación. Por su parte, el [Plan Estratégico de Derechos Humanos](#) para el período 2017-2019 del Ayuntamiento de Madrid, plantea cuatro objetivos principales: incorporar el enfoque basado en los Derechos Humanos, Género e Interseccionalidad en todas las políticas del ayuntamiento, rendir cuenta ante la ciudadanía en su labor de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos, fortalecer y mejorar las capacidades de las y los titulares de derechos, y propiciar mecanismos, canales e instancias efectivos para garantizar el derecho de participación de la ciudadanía y en especial de las mujeres y los colectivos más discriminados en el diseño, implementación, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de las políticas municipales.

4. Igualdad de género

La igualdad de género es un objetivo hacia el que hay que avanzar llevando a cabo iniciativas y estrategias transversales, se debe combatir la desigualdad en todos los ámbitos y niveles en que se manifiesta^{251, 252}. En el ámbito local, se han llevado a cabo muchos planes de igualdad de género con planteamientos y alcance distintos, pero únicamente aquellos que proyectan una visión global del fenómeno están en condiciones de plantear actuaciones ajustadas a la realidad, practicando el principio de transversalidad en todas las políticas municipales, y actuando en múltiples terrenos: educación, salud, cultura, participación ciudadana, ocio, deporte... La [Comisión de Igualdad](#) de la FEMP ha elaborado distintos materiales y guías de ayuda para la elaboración de estos planes.

Asimismo, las actuaciones para erradicar la violencia de género deben de tener también una naturaleza transversal, debiéndose implementarse acciones en distintos ámbitos y niveles: en la prevención, la educación y la sensibilización, la atención y protección de las víctimas, la investigación... La [Propuesta de intervención integral en el ámbito local contra la violencia sobre la mujer](#), en la que colabora la Federación Española de Municipios y Provincias y la Delegación del Gobierno con la Violencia de Género, recoge información sobre conceptos básicos en violencia de género, magnitud del fenómeno y sus consecuencias, marco legal y recursos disponibles y, por último, actuaciones planteadas desde el ámbito local.

Otras acciones más incipientes son la inclusión de cláusulas sociales relativas a la igualdad de mujeres y hombres en convenios, subvenciones y contratación pública^{253, 254} o la integración de la perspectiva de género en los presupuestos públicos²⁵⁵. Como ejemplo, el Ayuntamiento de Madrid ha incorporado recientemente la obligatoriedad de emitir un [informe de impacto de género](#) en el presupuesto municipal, que analice y evalúe el efecto de las políticas de gastos e ingresos desde la perspectiva de género.

5. Buen gobierno

El acceso a la información, la transparencia y la lucha contra la corrupción son acciones imprescindibles para garantizar el buen gobierno. La ciudadanía debe reconocer a las instituciones políticas como actores clave que contribuyen a garantizar sus derechos y libertades básicas, motivo por el cual los gobiernos municipales deben de llevar a cabo una política de democratización institucional y de acercamiento a la ciudadanía que genere un contexto favorable al estrechamiento de los lazos sociales de la comunidad²⁵⁶. En el ámbito de la participación ciudadana, son muchas las iniciativas que se han llevado a cabo en los últimos años desde distintas áreas. Ejemplo de ello es la experiencia en participación ciudadana en la [gestión de los servicios del agua](#) de Montpellier.



Algunas experiencias en la Comunitat

Cohesión social

Los [Huertos Urbanos Vecinales de Benimaclet](#) es un proyecto que cuenta con alrededor de 60 parcelas destinadas al cultivo ecológico atendidas por la vecindad del barrio, articulado como un proceso comunitario de construcción de un proyecto social, vertebrador, democrático e inclusivo que empodera a la ciudadanía del barrio. Se puede anticipar que este tipo de iniciativa puede incidir positivamente en la salud del vecindario dado que promueve la alimentación ecológica y saludable, fomenta efectos terapéuticos tales como la sensación de bienestar y la confianza y potencia la integración y la cohesión social, favoreciendo el sentimiento de comunidad entre las y los vecinos, tan importante para incrementar la resiliencia.

El programa [Actividad Física y Salud](#) es una iniciativa conjunta del Ayuntamiento de València y la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, cuyo objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, incrementando los niveles de actividad física de la población adulta sedentaria o con alguna patología mediante una acción coordinada entre atención primaria y personal técnico municipal. Desde la consulta, el personal facultativo realiza la prescripción de la actividad física y derivación a las instalaciones municipales a través de la llamada 'receta de actividad física'. La planificación y supervisión del programa de actividades se lleva a cabo por un/a profesional de la Actividad Física y del Deporte.

Del mismo modo, la Generalitat, a través de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, ha suscrito convenios de colaboración con diversos ayuntamientos para el desarrollo de programas de promoción, fomento y práctica de la actividad física y del ejercicio físico orientado a la salud, desde los centros de salud de atención primaria y en colaboración con profesionales de la educación física. El Puig de Santa Maria, [Benicarló](#), [Marines](#), [Bugarra](#), [Alpuente](#), [Gestalgar](#), [Lliria](#) y la [Mancomunidad Alto Turia](#), son algunos de los municipios que ya han puesto en marcha esta iniciativa.

(Ver también: [Ecología, Huertos Urbanos y Bienestar Emocional – Área 7](#))

Vulnerabilidad y equidad en salud

El [Proyecto Mihsalud](#), impulsado desde el Centro de Salud Pública de València, y que lleva funcionando desde 2007, es un programa de movilización social cuyo principal objetivo es la promoción de la salud y el acceso a los servicios y programas de las personas en situación de vulnerabilidad de la ciudad de València desde una perspectiva de género, en temas relacionados con la salud perinatal e infantil, la salud sexual y reproductiva, la igualdad y la prevención de la violencia de género, a través de la mediación intercultural y la mejora de la convivencia entre personas de especial vulnerabilidad. En el marco de este proyecto se ha elaborado la guía [Salud en nuestra agenda](#) como una herramienta que facilite el impulso de acciones comunitarias en salud desde las asociaciones.

El [Projecte Riu](#) es un modelo de intervención comunitaria desarrollado por el Centro de Salud Pública de Alzira desde el año 2008, basado en ciclos continuados de formación-acción de agentes de salud en entornos vulnerables. Se lleva a cabo en el barrio de El Raval de Algemesí y desde 2011 en el barrio de L'Alquerieta de Alzira, y tiene como objetivo principal facilitar el acceso y la correcta utilización de los servicios y programas de salud en entornos vulnerables.

El proyecto [Alfagar Colabora Contigo](#) tiene por objetivo crear una red de recursos y ayudas a las familias que se encuentran por debajo del umbral de pobreza. Las intervenciones se centran en tres áreas básicas: el derecho a una vivienda digna, la cobertura de las necesidades vitales y el desarrollo integral de las personas. Entre sus acciones destaca la búsqueda de acuerdos con las empresas del municipio y la iniciativa privada para el apadrinamiento económico temporal de unidades familiares gravemente desfavorecidas con menores a cargo.

El [Centro de Apoyo a la Inmigración \(CAI\)](#) es un recurso especializado del Ayuntamiento de València que actúa en torno a 3 áreas: a) información, orientación y asesoramiento jurídico de la población inmigrante b) primera acogida a personas inmigrantes sin hogar, c) mediación socio-cultural y d) acciones transversales de sensibilización y formación para la prevención de actitudes racistas y xenófobas. El Ayuntamiento de Alicante ofrece un servicio similar a través de la [Oficina de Atención a las Personas Migradas \(PANGEA\)](#) y además ha elaborado un [Plan de Acogida y Cohesión Social de la ciudad de Alicante 2016-2017](#), con acciones dirigidas a diferentes entornos (barrios, escuelas, medio laboral, etc.) y colectivos (mujeres inmigrantes, trabajadores/as municipales, etc.).

Desde la Dirección General de Salud Pública (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública) se ha desarrollado un Procedimiento de Aplicación del Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal de la CV en Centros Penitenciarios. Cabe destacar la iniciativa del Centro de Salud Pública de [Elda](#) destinado a garantizar la universalidad y equidad de acceso al cribado del cáncer colorrectal a los hombres y mujeres de 50 a 69 años institucionalizados en el centro penitenciario de Villena.

(Ver también: [Género y vulnerabilidad – Área 1](#))

Igualdad de género

El [Valle de la Igualdad](#) es un proyecto mancomunado entre los municipios de Aspe, El Hondón de las Nieves, Monforte de Cid, Novelda y La Romana iniciado en 2016, que tiene como objetivo crear una red de intercambio de iniciativas encaminadas a disminuir la brecha de género.

Son múltiples las intervenciones llevadas a cabo en el ámbito municipal de lucha frente a la violencia de género, aunque la mayoría de ellas se centran en acciones de sensibilización y formación. Por ejemplo, la [Semana Contra la Violencia de Género](#), iniciativa del Ayuntamiento de Altura que cuenta ya con ediciones en 2015 y 2016, es un proyecto participativo que tiene como objetivo acabar con el silenciamiento de la violencia de género. Las [Jornadas de Coeducación y Prevención de la Violencia de Género](#) del Ayuntamiento de Gandía se plantean como un espacio de intercambio de conocimientos dirigidas al profesorado de todos los niveles educativos, y tienen como objetivo la prevención y la coeducación como factores clave para la reducción de la desigualdad entre mujeres y hombres, así como el fomento de la educación desde la diferencia.

El Ayuntamiento de Castellón junto con Cruz Roja, ha puesto en marcha el proyecto de atención integral y empoderamiento a mujeres víctimas de violencia de género, [Juntas](#), con la finalidad de acompañar a las mujeres supervivientes de violencia de género en el proceso de rehabilitación y de empoderamiento personal y social. Consiste en la creación de un grupo de apoyo formado por mujeres resilientes, es decir, mujeres que fueron víctimas de violencia de género y que consiguieron superar este suceso, con el objetivo de ayudar a otras mujeres en el proceso.

[Jo com tu](#) es un cortometraje, elaborado en el contexto del Projecte Riu, que puede ser utilizado como herramienta didáctica para la prevención de la violencia en las relaciones de pareja entre jóvenes incorporando la perspectiva de género y la diversidad sexual. Se complementa con una guía para dinamizar el cortometraje a través de talleres en centros educativos y asociaciones juveniles, de forma que se potencie la reflexión grupal y colectiva del público sobre el tema.

[Fent Empresa: Iguals en oportunitats](#) es un distintivo que otorga la Generalitat a las empresas de la Comunitat Valenciana que presentan un Plan de Igualdad cuyo objetivo sea reducir las desigualdades de género, incorporando medidas innovadoras para hacer realidad la igualdad y proporcionando servicios que faciliten la conciliación de la vida familiar y laboral del personal a su servicio.

En 2017, el Ayuntamiento de València llevó a cabo una acción formativa para capacitar al personal con responsabilidad en la gestión y toma de decisiones, en la incorporación de la perspectiva inclusiva y de género en las políticas y en los presupuestos municipales. En su web puede consultarse la [guía de buenas prácticas](#) con los contenidos formativos desarrollados.

Ciudadanía activa y participativa

Los presupuestos participativos son procesos en los cuales la ciudadanía puede intervenir de manera activa en las políticas de elaboración y aprobación de los presupuestos públicos, siendo un elemento importante dentro de las muchas dimensiones que componen la buena gobernanza. Diversos ayuntamientos a lo largo de la Comunitat han impulsado iniciativas en esta materia. [Pedreguer](#), [Vila-real](#) o [Burriana](#) son algunos ejemplos de municipios con presupuestos participativos.

[Participa Sagunt](#) es un programa de participación ciudadana, dinamizado por un equipo motor en el que están implicados diferentes agentes sociales, que consiste en la realización de mapeos urbanos y consultas a los vecinos y vecinas de los distintos barrios para fomentar la participación activa en diversos procesos de decisión de políticas e intervenciones que les afectan. Dispone de un portal web que ofrece, además, información de Gobierno Abierto.

Portal de transparencia

La transparencia es uno de los principios básicos de la buena gobernanza. Según Naciones Unidas la consecución de la transparencia obliga a responder a algunas cuestiones: que las decisiones tomadas y su aplicación se hagan siguiendo reglas y regulaciones; que la información sea suficiente, gratuita y accesible a través de medios que aproximen la información a la ciudadanía afectada. Actualmente, son muchos los municipios de la Comunitat que disponen de portal de transparencia. Algunos ejemplos son [Torrent](#), [Burrriana](#), [Elche](#) o [València](#).

Para saber más

Salut als Barris: Es una estrategia de salud comunitaria liderada por la Agencia de Salud Pública de Barcelona para promover la equidad en salud en los barrios más desfavorecidos de la ciudad. Más información en: <http://www.aspb.cat/arees/la-salut-en-xifres/la-salut-als-barris/>

EUROsocial: Es un programa de la Comisión Europea para la cooperación entre Europa y América Latina, cuyo objetivo es contribuir a cambios en políticas públicas que mejoren la cohesión social a través del aprendizaje entre pares y el intercambio de experiencias entre instituciones homólogas de ambas regiones. Más información en: <http://eurosocial-ii.eu/es>

Fundació Horta Sud: Es una entidad cívica de carácter privado y sin ánimo de lucro, cuyo fin es contribuir a la reconstrucción de un movimiento asociativo comprometido con la defensa de los derechos humanos y valores democráticos, que favorezca una sociedad más justa y la mejora y el progreso de la humanidad. Entre otras acciones ofrece formación en participación ciudadana tanto para asociaciones como para empresas y administración pública. Más información en: <http://www.fhortasud.org/es>

Conselleria de Transparencia, Responsabilidad Social, Participación y Cooperación: Desde el área de Transparencia y Participación se ha elaborado una [Guía para la implantación de la transparencia en las entidades locales de la Comunitat Valenciana](#). Además, en la web de la conselleria puede consultarse otras publicaciones sobre el tema así como, la normativa vigente. Más información en: <http://www.transparencia.gva.es/web/dg-participacion-ciudadana>

Instituto Valenciano de las Mujeres y por la Igualdad de Género: Área dependiente de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, cuya función es la promoción y ejecución de medidas para hacer efectivo el derecho a la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, prevención de la violencia de género y machista y atención a las víctimas. Desde su web se puede acceder a diversos materiales, entre los que se encuentra la reciente publicación del [Manual de elaboración de planes municipales de igualdad de oportunidades](#). Más información en: <http://www.inclusio.gva.es/web/mujer>

Pacto Valenciano contra la Violencia de Género y Machista: Es una estrategia impulsada por la Conselleria de Igualtat que se propone abordar la problemática de la violencia de género de manera integral. Comprende 293 medidas concretas englobadas en cinco ejes de actuación y 21 objetivos. Más información en: <https://www.sumatalpacte.com/>

Federación Española de Municipios y Provincias: Desde el área de Igualdad de la FEMP se puede acceder a información sobre documentos marcos, convocatorias de ayudas, premios de buenas prácticas y legislación sobre el tema. Además, se ofrecen distintas guías de apoyo para la gestión de las políticas locales de igualdad y la incorporación de la perspectiva de género en todas las actuaciones municipales. También puede consultarse el trabajo realizado y documentación aportada por la Comisión de Modernización, Participación Ciudadana y Calidad. Más información en: http://femp.femp.es/Portal/Front/Atencion_al_asociado/Comisiones_Trabajo/Gy7fWupkSJA5wyuvNCylyImJF2pOpBRn

Normativa, planes y estrategias relacionados

- Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social. Generalitat. Vicepresidència. Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives. Disponible en: <http://www.inclusio.gva.es/documents/610754/163655369/PVICS+Castella%CC%80%202017-05-04.pdf/7b481db2-ee97-4eb0-822a-b9016a7f3b71>
- Ley 19/2017, de 20 de diciembre, de la Generalitat, de renta valenciana de inclusión. (DOGV núm. 8196, de fecha 22.12.2017). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2017/12/22/pdf/2017_11918.pdf
- Decreto 60/2018, de 11 de mayo, del Consell, por el que se desarrolla la Ley 19/2017, de 20 de diciembre, de la Generalitat, de renta valenciana de inclusión. (DOGV núm. 8310, de fecha 05.06.2018). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2018/06/05/pdf/2018_5490.pdf
- Ley 3/2017, de 3 de febrero, de la Generalitat, para paliar y reducir la pobreza energética (electricidad, agua y gas) en la Comunitat Valenciana. (DOGV núm. 7976, de fecha 09.02.2017). Disponible en: https://www.dogv.gva.es/datos/2017/02/09/pdf/2017_1041.pdf
- Ley 2/2017, de 3 de febrero, de la Generalitat, por la función social de la vivienda de la Comunitat Valenciana. (DOGV núm. 7976, de fecha 09.02.2017). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2017/02/09/pdf/2017_1039.pdf
- Ley 2/2015, de 2 de abril, de la Generalitat, de Transparencia, Buen Gobierno y Participación Ciudadana de la Comunitat Valenciana. (DOGV núm. 7500, de fecha 08.04.2015). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/disposicio-consolidada?signatura=002988/2015&url_lista
- Ley 7/2012, de 23 de noviembre, de la Generalitat, Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el Ámbito de la Comunitat Valenciana. (DOGV núm. 6912, de fecha 28.11.2012) Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=24&sig=010888/2012&L=1
- Ley 8/2017, de 7 de abril, de la Generalitat, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana. (DOGV núm. 8019 de fecha 11.04.2017). Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=003140%2F2017

Objetivos de Desarrollo Sostenible



5.1. Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y niñas en todo el mundo.
5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.



1.3. Para 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los vulnerables, tengan los mismos derechos sobre los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías apropiadas y servicios financieros, incluida la microfinanciación.



10.2. Potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.
10.3. Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de los resultados, en particular mediante la eliminación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y la promoción de leyes, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.



1.5. Para 2030, fomentar la resiliencia de los pobres y las personas que se encuentran en situaciones vulnerables y reducir su exposición y vulnerabilidad a los fenómenos extremos relacionados con el clima y otras crisis y desastres económicos, sociales y ambientales.



16.5. Reducir la corrupción y el soborno en todas sus formas.
16.6. Crear instituciones eficaces, responsables y transparentes a todos los niveles.
16.7. Garantizar la adopción de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades a todos los niveles.
16.10. Garantizar el acceso público a la información y proteger las libertades fundamentales, de conformidad con las leyes nacionales y los acuerdos internacionales.



4.5. Para 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y garantizar el acceso en condiciones de igualdad de las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad, a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional.

IV Plan de Salud de la CV

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

3.2.6. Potenciar la intervención comunitaria en barrios y sobre colectivos en situación de especial vulnerabilidad para promover la salud y el acceso a los servicios y programas de salud.

3.3.3. Prestar especial atención a situaciones de mayor vulnerabilidad a la violencia de género, como es el caso del embarazo.

3.3.4. Establecer medidas que mejoren la coordinación intersectorial para atender los casos (de violencia de género) detectados.

3.3.5. Promover medidas de información y sensibilización hacia la sociedad en general y ofrecer formación específica al personal sanitario sobre violencia de género.

3.5.1. Aplicar el principio de universalidad proporcional, para que las intervenciones de salud lleguen con mayor intensidad a los grupos que más lo necesitan, resultando especialmente necesario en momentos clave de la vida como el embarazo, la infancia, la fragilidad de las personas mayores y la susceptibilidad de aquellas personas a riesgo especial por su origen, etnia o cualquier otro motivo que las haga más vulnerables.

3.6.3. Potenciar iniciativas basadas en la educación entre iguales, para favorecer la alfabetización sanitaria y el empoderamiento individual y comunitario, tales como la capacitación de agentes de salud en la comunidad y el programa Pacient Actiu para pacientes crónicos y personas cuidadoras.

3.6.7. Apoyar el movimiento asociativo de pacientes y de voluntariado mediante la financiación de programas de ayuda mutua y autoayuda.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5.7.2. Impulsar la realización de intervenciones basadas en la conexión y potenciación de activos para la salud con la participación de la propia comunidad.

5.7.3. Proporcionar formación a profesionales y ciudadanía sobre el enfoque de salud positiva y activos para la salud.

5.7.5. Reconocer y colaborar con el voluntariado y las iniciativas de grupos de apoyo informal en el ámbito de la promoción de la salud, como por ejemplo madres que apoyan a otras madres en la crianza y la lactancia, vecinas y vecinos que se apoyan unos a otros, pacientes activos que apoyan a otros pacientes o asociaciones que ofrecen ayuda y apoyo.

ÁREA 9. COMPARTIR EXPERIENCIAS: ALIANZAS DE MUNICIPIOS POR LA SALUD



“Para aplicar con éxito la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, debemos pasar rápidamente de los compromisos a la acción. Para ello, necesitamos alianzas sólidas, inclusivas e integradas a todos los niveles”

Ban Ki-moon. Secretario General Naciones Unidas, 2016

¿Por qué es importante actuar en esta área?

El paradigma salud en todas las políticas, edades y entornos compete y aúna el nivel global, nacional y local. La salud está determinada por múltiples factores que no pueden ser abordados desde el sector de la salud, como la educación, los ingresos o las condiciones de vida y de trabajo de las personas, y por tanto, las decisiones adoptadas en otros sectores pueden tener un impacto positivo o negativo, sobre la salud de la población y la equidad en salud. Este cambio de enfoque apuesta por una transformación de las formas y estructuras de gobernanza tradicionales, ya que incorpora a todos los sectores que afectan a la salud directa o indirectamente a través de los determinantes sociales en salud. Por ello, precisa de un “modelo de gobernanza en red” que permita la colaboración, cooperación, comunicación y cumplimiento de los compromisos entre diversos sectores y agentes.

La colaboración a través de la creación de redes y alianzas entre los diferentes sectores y a todos los niveles de la gestión pública y de la sociedad, es una acción clave para la promoción de la salud en el siglo XXI. Así, los gobiernos municipales se presentan como una herramienta fundamental de gobernanza en la promoción de la salud, la equidad y la sostenibilidad, dada su proximidad a la comunidad. Las alianzas locales crean sinergias como resultado de una puesta en común y un intercambio de experiencias, estrategias y metodologías. Además, fomentan el liderazgo e implicación a nivel municipal, la construcción de un lenguaje común y el aprovechamiento y movilización de recursos a favor de la salud y la equidad en salud. Teniendo en cuenta que los objetivos son compartidos y colectivos, las alianzas municipales refuerzan el impacto a escala local, facilitando la transmisión de conocimiento y de aquellas experiencias exitosas. Cuanto mayor sea el nivel de participación de la comunidad local en el establecimiento de agendas de acción y en la práctica de la promoción de la salud, mayor será el impacto en la mejora de la salud y en la reducción de inequidades.

¿Qué sabemos?

- La Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI elaborada en 1997 apunta la necesidad de crear “nuevas alianzas estratégicas para la salud en pie de igualdad entre los diferentes sectores de los niveles de gobierno de las sociedades”. Además, incide en tres elementos fundamentales: el abordaje integral de la salud es más eficaz, todos los escenarios ofrecen oportunidades para ejecutar estrategias integrales y sin la participación ciudadana la promoción de la salud es insostenible en el tiempo, siendo esencial el aprendizaje y la formación sobre la salud para fomentar la participación²⁵⁷.
- Naciones Unidas, organización internacional que trabaja en red, tiene como objetivo el mantenimiento de la paz, la protección de los derechos humanos como base para alcanzar la equidad y fomentar el progreso social, promover el desarrollo sostenible y la gobernanza. Las alianzas intergubernamentales e intersectoriales de la organización facilitan la expansión de estas iniciativas y el cumplimiento de los objetivos en el tiempo establecido. De este modo, ha desarrollado diversas redes globales y locales como la Red Global de Ciudades más Seguras ([RGCS](#)) o la Red de Igualdad de Género ([RIG](#)), entre otras.
- Las administraciones locales tienen un papel fundamental en la consecución de los ODS y constituyen el nivel de gobierno mejor situado para vincular los objetivos globales con las comunidades locales. La Agenda 2030 pone un énfasis especial en la labor local, en los entornos urbanos así como, en la necesidad de reforzar las alianzas y cooperación para alcanzar los objetivos²⁵⁸.
- El compartir y el aprender unas ciudades de otras aumenta su productividad. Las conexiones y redes entre ciudades impulsan el desarrollo de estrategias de apoyo mutuo (*borrowed size*), es decir, que ciudades medianas o pequeñas, gracias a las redes de colaboración con ciudades más grandes, puedan aprovecharse de oportunidades de progreso que de forma independiente no sería posible²⁵⁹.
- La **Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores** ([Age friendly world](#)) es un proyecto promovido por la OMS con el objetivo de fomentar la creación de entornos y servicios inclusivos que faciliten un envejecimiento activo y saludable. La planificación municipal es un elemento clave en este proyecto y por ello la OMS se dirige a los ayuntamientos. En la actualidad engloba alrededor de 540 pueblos y ciudades de 37 países. En España, el Imsero es el organismo responsable de impulsar y coordinar el proyecto, con la creación de la [Red Española de Ciudades Amigables con las Personas Mayores](#). En febrero de 2018 eran 119 los ayuntamientos adheridos.
- El **Programa de Ciudades Amigas de la Infancia** es una iniciativa de ámbito internacional que impulsa y promueve la aplicación local de la Convención sobre los Derechos del Niño, fomentando el trabajo en red y la participación de los niños/as y adolescentes para mejorar su bienestar y entorno. Uno de sus ejes estratégicos es el enfoque de las Alianzas locales por la Infancia y la Adolescencia ([enfoque ALIA](#)) cuyo objetivo es el desarrollo de políticas locales basadas en la colaboración entre gobiernos locales, otras instituciones públicas y organizaciones sociales como centros educativos, centros de salud, asociaciones y centros cívicos, medios de comunicación, etc. Esta colaboración se

puede articular a través de los Consejos de Infancia y Adolescencia, redes locales de apoyo a la Infancia y Adolescencia o mesas de trabajo sobre temas específicos. España se sumó a este programa en 2001 ([CAI](#)) y en la actualidad, 170 municipios disponen ya del sello de Ciudades Amigas de la Infancia.

- La **Red Ciudades Educadoras** es una asociación internacional sin ánimo de lucro fundada en 1994, forma una estructura permanente de colaboración entre gobiernos locales alineados con [la Carta de Ciudades Educadoras](#). Agrupa distintas [redes regionales](#) y redes temáticas. A finales de 2016, formaban parte de ella casi 500 ciudades de 36 países de todos los continentes. España es el país que más miembros aporta, con un total de 195 ciudades adheridas a la [Red Estatal de Ciudades Educadoras](#)
- La **Red Española de Ciudades por el clima**, es una sección de la Federación Española de Municipios y Provincias formada por aquellos gobiernos municipales que están llevando a cabo intervenciones y políticas para frenar el cambio climático. Tiene cuatro campos principales de actuación: movilidad, energía, edificación y planificación urbana, y por último ecotecnologías. La Red acoge un total de 287 [municipios](#), lo que supone alrededor del 60% de la población española.
- Las redes mencionadas son solo algunos ejemplos del universo de experiencias nacidas alrededor de la construcción de redes y alianzas entre distintos agentes (municipios, organismos, sectores, etc.). A lo largo de este documento se han descrito otras muchas como la [Red de Escuelas para la Salud en Europa](#), la [Red Española de Universidades Saludables](#), la [Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo](#), la [Red de Ciudades que Caminan](#), la [Red de Ciudades por la Bicicleta](#) o la [Red de Ciudades por la Agroecología](#)



Algunos datos en la Comunitat

A 1 de enero de 2017, la población total de la Comunitat alcanzó los 4.941.509 habitantes, distribuidos en 542 municipios.

**542 municipios
en la
Comunitat.**

El 30,7 % de la población se concentra en 4 grandes ciudades de más de 100.000 habitantes. En el extremo opuesto, se encuentran 306 municipios con menos de 2.000 habitantes, 24 de ellos no alcanzan los 100 residentes. Estos municipios pequeños suponen algo más de la mitad del total de la Comunitat (56,5%) y en conjunto, albergan alrededor del 4% de la población valenciana²⁴⁰.

Algunos municipios de la Comunitat se encuentran formando red a través de diferentes plataformas, sin embargo la participación en estas **redes es baja y desigual**.

La **Red de Ciudades Amigas por la Infancia** tiene poca presencia en la Comunitat, a febrero de 2018, únicamente seis municipios se encuentran adheridos: Alzira, Mislata, Quart de Poblet, Sagunto, Torrent y

Morella. Pese al envejecimiento progresivo de la Comunitat encontramos un grado bajo de implicación con la **Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores**, en la que participan nueve municipios de la Comunitat: Castellón de la Plana, Nules, la Vall d'Uixó, Llíria, Torrent, València, Oliva, l'Alfàs del Pi y Elche.

La **Red de Ciudades Educadoras** cuenta con 33 municipios de la Comunitat mientras que la **Red Española de Ciudades por el Clima** cuenta con 43 localidades de la Comunitat de las 299 que la integran en todo el Estado Español. De las redes expuestas en este documento es en la que mayor participación municipal encontramos y que va en la línea de la **Xarxa de Municipis Valencians cap a la Sostenibilitat** constituida con el objetivo de impulsar la sostenibilidad en el área local y crear un entorno de puesta en común para compartir buenas prácticas.

En junio de 2018, eran ya 24 los municipios o mancomunidades de la Comunitat adheridos a la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS** y otros 23 se encontraban en proceso de adhesión. Por otro lado, 29 municipios formaban parte de la **Red Española de Ciudades Saludables**.

46 municipios adheridos al IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.

Desde el inicio del proceso de despliegue del **IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana** en el ámbito local, son ya 46 los municipios adheridos (junio 2018).

Actualmente se está desarrollando la **Xarxa de municipis responsables socialment**, vinculada a la red RETOS de ámbito nacional liderada por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Integrada por territorios locales (municipios, provincias, consorcios) constituidos en red, cuya misión es articular e implementar distintas estrategias para el desarrollo de Territorios Socialmente Responsables, que mejoren el modelo social y económico y con ello la calidad de vida de la ciudadanía. Castellón de la Plana, Gandía, Paterna y la comarca de l'Horta Nord, son los territorios adheridos a la **red RETOS**.

¿Qué podemos hacer?

1. Ciudades saludables

El proyecto Ciudades Saludables (*Healthy Cities*) es una iniciativa de OMS Europa lanzada en 1986 y extendida a nivel mundial. Su objetivo es poner la salud en un lugar destacado de la agenda social, económica y política de los gobiernos locales, e implica un compromiso político, un cambio institucional con el fomento del trabajo intersectorial e interdisciplinario, el desarrollo de capacidades y la planificación integral y sistemática en pro de la salud. Se caracteriza por abordar la desigualdad en salud y la pobreza urbana, afrontar las necesidades de los grupos más vulnerables, intervenir sobre los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud y promover una gobernanza participativa^{260, 261}. En la actualidad, la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS está formada por cerca de 100 ciudades, a título individual, y 30 redes nacionales de Ciudades Saludables, aglutinando a más de 1400 ciudades y pueblos²⁶².

La [Red Española de Ciudades Saludables](#) es una de las redes nacionales más antigua, constituida en 1988, en la actualidad se conforma como una sección dentro de la Federación Española de Municipios y Provincias, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Está integrada por más de 150 municipios y entidades locales. El [proyecto NUPHYCO](#) es uno de los resultados del trabajo colaborativo y la gestión del conocimiento dentro de la red. Su objetivo fue conocer la calidad de vida relacionada con la salud y la situación nutricional, funcional y cognitivo-afectiva de la población de 70 y más años, así como la adecuación de los recursos municipales de vida saludable a las necesidades objetivas y percibidas por las personas mayores. Ha sido incluido en la Acción 3, para la prevención del deterioro funcional y cognitivo, del proyecto europeo de cooperación en innovación para un envejecimiento activo y saludable.

(Ver también: [Salud local – Área 4](#))

La [Red Española para el Desarrollo Sostenible](#) forma parte de la iniciativa global [Sustainable Development Solutions Network](#) impulsada por la ONU y tiene por objetivo sensibilizar y movilizar a las instituciones públicas, al sector privado y a la ciudadanía en favor de la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible. Entre sus proyectos se puede citar la iniciativa de ciudades sostenibles, que trabaja en la identificación de soluciones prácticas para mejorar la gestión urbana, y las actividades de educación para el desarrollo sostenible, con el desarrollo de herramientas que faciliten el aprendizaje y la integración de la sostenibilidad en la formación.

2. Redes de experiencias de salud comunitaria

Una red de experiencias de salud comunitaria se puede definir como aquella que tiene establecidos su finalidad y objetivos, los criterios y sistemas de ingreso, una modalidad de integración de carácter voluntario y una intervención local en pequeños entornos de territorio o de población^{258, 263}. Las redes de experiencias se han mostrado efectivas a la hora de proporcionar información relevante que permite analizar aspectos como: el enfoque de equidad, la identificación de activos, la evolución de tejido asociativo y la participación comunitaria. A su vez, estas redes promueven la implicación de la salud comunitaria y están dirigidas al cambio de los determinantes sociales de salud, así como a facilitar la articulación y confluencia de propuestas de manera bidireccional²⁵⁸.

En España existen diferentes redes de experiencias, entre las que destacan la [Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud](#) (RAPPS), creada en 1996, la [Red de Actividades Comunitarias](#) (RAC) impulsada por el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), la [Red AUPA](#), Actuando Unidos para la Salud, de Cataluña y la Red [Asturias Actúa](#), integrada en el Observatorio Asturiano de Salud, entre otras.

3. Alianza para la promoción de la salud

Una alianza para la promoción de la salud se define como una colaboración entre dos o más partes que persiguen un conjunto de objetivos de promoción de la salud acordados de forma conjunta²⁴².

La [Alianza en Salud Comunitaria](#) es una plataforma de organizaciones e instituciones, que trabajan en el ámbito de la salud comunitaria y que se constituye formalmente el 2 de Mayo del año 2013. La integran 21 entidades del Estado Español. Esta plataforma surge para facilitar el trabajo colaborativo, la abogacía y el intercambio de conocimiento en salud comunitaria. La página web de la alianza ofrece recursos en relación a los activos para la salud así como un buscador de acciones comunitarias realizadas o en proceso, organizadas por categorías y territorios. La Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Asistencia Sanitaria, de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, se adhirieron al Protocolo de Intenciones para el Desarrollo de una Alianza de Salud Comunitaria para el Desarrollo de una red de Actividades Comunitarias y de Activos en Salud en noviembre de 2016. A través del [Observatorio Valenciano de Salud](#) se podrá acceder a un repositorio de acciones de promoción de la salud y de recursos o activos para promover la salud.



Algunas experiencias en la Comunitat

XarxaSalut

Es la red de municipios adheridos al IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana con el compromiso de desarrollar las acciones de promoción de salud local enmarcadas en el Plan. El objetivo es proporcionar un marco de acción, ejemplos de buena práctica y evidencia científica, que facilite el desarrollo de la perspectiva de salud en todas las políticas y la equidad en salud, en el ámbito local. Las ventajas de pertenecer a la red son múltiples e incluyen desde el acceso a información de calidad y experiencias basadas en la evidencia, hasta la posibilidad de solicitar subvenciones para el desarrollo e implementación de proyectos de despliegue del IV Plan de Salud de la CV en el ámbito local. En 2017, los municipios de Carlet, Paterna, Algemesí, Gandía, Elche y Silla fueron beneficiarios de estas ayudas.

Alianza de Ciudades para el Desarrollo Sostenible

Se trata de una iniciativa del Consell, liderada por la Conselleria de Transparencia, Responsabilidad Social, Participación y Cooperación, cuya finalidad es implicar a los gobiernos locales en la promoción del desarrollo sostenible, equitativo e incluyente en sus municipios, a través de la aplicación de políticas favorables a la consecución de los objetivos de la Agenda 2030. Integrada inicialmente por los 17 municipios más poblados de la CV, cada uno de ellos apadrina un objetivo, y cuenta con la participación y colaboración de una Universidad Pública Valenciana y una ONG para la aplicación de políticas municipales favorables a la consecución de los objetivos en la Comunitat. A finales de 2017, 33 municipios de la CV se habían adherido ya a la [Alianza](#) por acuerdo plenario.

Xarxa Jove

Una de las redes más asentadas en la Comunitat es la [Xarxa Jove](#) que conforma el trabajo conjunto de los ayuntamientos con el [Institut Valencià de la Joventut](#) (IVAJ) para el desarrollo de políticas de juventud,

programas y campañas para jóvenes. Algunas de las últimas campañas incluyen: la campaña de CAVAS que alerta sobre las agresiones sexuales por sumisión química, el Pla integral de formació i ocupació per a joves [AvalenJoves 2016-2020](#), así como cursos de idiomas, voluntariados europeos, etc.

[Xarxa Joves.net](#) es un portal web en el que también se puede encontrar una diversidad de temáticas, recursos e información enfocadas a la juventud, fomentando la participación y el intercambio de experiencias. Surge como resultado del trabajo conjunto de un grupo de ayuntamientos de las comarcas de l'Horta de València, con el objetivo de realizar de forma coordinada y compartida acciones de información y dinamización de actividades en el marco de la educación no formal.

Para saber más

El arte de facilitar y articular organizaciones en red. Este libro contiene conceptos, metodología, herramientas y tecnologías sociales para enseñar e implementar el trabajo en red colaborativo en una organización. Más información en: <http://observatoriocultural.udgvirtual.udg.mx/repositorio/bitstream/handle/123456789/235/Tejeredes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

La **Caja de herramientas Comunitaria** del Grupo de Trabajo para la Salud y Desarrollo Comunitarios de la Universidad de Kansas proporciona materiales para la capacitación en el desarrollo comunitario y de promoción de la salud, conectando personas, ideas y recursos. Más información en: <http://ctb.ku.edu/es>

Caja de herramientas para Localizar los Objetivos de Desarrollo Sostenible: aplicación accesible desde la web de la Red Mundial de Ciudades y Gobiernos Locales y Regionales, plataforma internacional para la defensa de los intereses de gobiernos locales y regionales. Dispone de información sobre recursos, experiencias y temas para el debate en relación al proceso de adaptación de la Agenda 2030 a las características y circunstancias de cada municipio. Más información en: <http://localizingthesdgs.org/>

Redes Paneuropeas: este portal web facilita información sobre noticias y políticas llevadas a cabo en municipios y ciudades europeas. Las publicaciones tienen como objetivo que se incorporen ideas y se adapten y promuevan proyectos en las áreas de ciencia, tecnología, educación, salud, defensa, y gobernanza. Más información en: <http://www.paneuropeannetworks.com/local-government/>

Normativa, planes y estrategias relacionados

- Hoja de Ruta para localizar los SDGs: Implementación y seguimiento al nivel subnacional. *ROAD-MAP for localizing the SDGs: Implementation and Monitoring at Subnational Level*. Disponible en: https://www.uclg.org/sites/default/files/roadmap_for_localizing_the_sdgs_0.pdf
- Agenda 2030. Hoja de ruta para ciudades y pueblos de la Comunitat Valenciana. Generalitat. Conselleria de Transparencia, Responsabilidad Social, Participación y Cooperación, 2017. Disponible en: http://www.transparencia.gva.es/documents/162282364/163926803/ODS_+versi%C3%B3n+web_CAST.pdf/6ba878ab-fd5a-48d1-94fc-d92f467412bd

- Estrategia de Educación para el Desarrollo en el ámbito formal de la Comunitat Valenciana 2017-2020. Generalitat. Conselleria de Transparencia, Responsabilidad Social, Participación y Cooperación. Disponible en: <http://www.transparencia.gva.es/documents/162284683/162791435/ESTRATEGIA+EPD+final.pdf/3e31ccf9-3923-478f-9f3b-4cbcef6efd89>
- Decreto 190/2016, de 16 de diciembre, del Consell, por el que se regula el Consejo de Participación Ciudadana de la Comunitat Valenciana (DOGV núm. 7942, de fecha 22.12.2016). Disponible en: https://www.dogv.gva.es/datos/2016/12/22/pdf/2016_10368.pdf
- Ley de la Generalitat para el Fomento de la Responsabilidad Social (en fase de tramitación) Conselleria de Transparencia, Responsabilidad Social, Participación y Cooperación. Disponible en: <http://www.transparencia.gva.es/normativa-en-tramitacion>
- Ley de la Generalitat de Participación Ciudadana y Apoyo al asociacionismo de la Comunitat Valenciana (en fase de tramitación). Conselleria de Transparencia, Responsabilidad Social, Participación y Cooperación. Disponible en: <http://www.transparencia.gva.es/normativa-en-tramitacion>



Objetivos de Desarrollo Sostenible



17.14. Mejorar la coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible.



17.16. Mejorar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, complementada por alianzas entre múltiples interesados que movilicen e intercambien conocimientos, especialización, tecnología y recursos financieros, a fin de apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo sostenible en todos los países, particularmente los países en desarrollo.



17.17. Fomentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las alianzas.

IV Plan de Salud de la CV

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

1.4.10. Diseñar una estrategia para mejorar la comunicación sobre y para la salud hacia los diferentes perfiles de necesidades: medios de comunicación, ciudadanía, asociaciones, pacientes, profesionales sanitarios y otros grupos de interés.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

3.4.4. Identificar y difundir experiencias de buenas prácticas de intersectorialidad en salud en el ámbito local (barrios, ciudades, municipios), con especial interés en las que promueven alianzas entre atención primaria, salud pública, administración local, educación y el tejido asociativo.

3.4.5. Promover la creación de la Red de Escuelas Promotoras de la Salud en la Comunitat Valenciana, contando con aquellos centros que participen en actividades de promoción de la salud y prevención.

3.4.6. Promover la creación de la Red de Asociaciones Promotoras de la Salud en la Comunitat Valenciana, contando con las asociaciones y tejido social que trabajan en promoción de la salud y prevención con colectivos en situación de vulnerabilidad.

3.4.7. Promover alianzas con otros agentes (colegios profesionales, asociaciones empresariales, asociaciones ciudadanas orientadas a la prevención y promoción de la salud).

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

5.7.7. Apoyar las iniciativas de redes de promoción de la salud existentes en los diferentes entornos de la Comunitat: empresas, municipios, asociaciones, escuelas, universidades, hospitales.

5.7.8. Difundir las buenas prácticas en promoción de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Naciones Unidas; [consultado el 30/08/2017]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
2. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: Organización Mundial de la Salud; [consultado el 30/08/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>
3. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020). Valencia: Generalitat Valenciana, 2016.
4. Buck D, Gregory S. Improving the public's health. A resource for local authorities. London: The King's Fund, 2013. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/improving-publics-health>
5. Euro-Peristat project in collaboration with SCPE EUROCAT and EURONEOSTAT. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. European Perinatal Health Report. 2013. Disponible en: www.europeristat.com
6. Lindquist A, Knight M, Kurinczuk JJ. Variation in severe maternal morbidity according to socioeconomic position: a UK national case-control study. *BMJ Open*. 2013;3:e002742.
7. Lindquist A, Noor N, Sullivan E, et al. The impact of socioeconomic position on severe maternal morbidity outcomes among women in Australia: a national case-control study. *BJOG*. 2015;122:1601-9.
8. Haelterman E, Qvist R, Barlow P, et al. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe pre-eclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;111:25-32.
9. Intervenciones comunitarias y en sistemas sanitarios para mejorar la cobertura de atención prenatal y los resultados en salud (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015. Issue 12 Art. No.: CD010994. DOI: 10.1002/14651858.CD010994.
10. Social inequalities in the leading causes of early death. A life course approach. UCL Institute of Health Equity, 2015. Disponible en: <http://www.instituteofhealthequity.org/>
11. Kim D, Saada A. The social determinants of infant mortality and birth outcomes in Western developed nations: a cross-country systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:2296-335.
12. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:826-33.

13. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Institute of Health Equity, 2010. Disponible en: <http://www.instituteofhealthequity.org/>
14. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, et al. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med*. 2008;359:61-73.
15. World Health Organization. Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and the environment. Ginebra: WHO, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/ceh/publications/inheriting-a-sustainable-world/en/>
16. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil Ginebra: OMS; 2016 [Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>
17. World Health Organization. Regional Office for Europe. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020 Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe; 2014 [Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Obesity. A national clinical guideline. Edimburgo: SIGN, 2010. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign115.pdf>
19. World Health Organization. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity. Ginebra: WHO, 2016. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/>
20. Taveras E, Perkins M, Woo Baidal J, et al. The impact of the first 1000 days on childhood obesity. Durham, NC: Healthy Eating Research, 2016. Disponible en: www.healthyeatingresearch.org
21. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104:30-7.
22. Goodman A, Joshi H, Nasim B, et al. Social and emotional skills in childhood and their long-term effects on adult life. A review for the Early Intervention Foundation. Early Intervention Foundation; 2015.
23. World Health Organization. Don't pollute my future!. The impact of the environment on children's health. Ginebra: WHO, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/ceh/publications/inheriting-a-sustainable-world/en/>
24. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373:68-81.
25. World Health Organization. Regional Office for Europe. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 2013. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf

26. Cattaneo A, Cogoy L, Macaluso A, et al. Child Health in the European Union: European Commission; 2012.
27. Sistema de Información en Salud Pública. Determinantes de salud. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat; [consultado el 20/03/2018]. Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/indexPortal.jsp?menuRaizPortal=SANMS50000&Portal=EPIDEMIOLOGIA&perfil=inst>
28. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Registro de Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana. Informe 2015. Valencia: Generalitat Valenciana, 2016. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/TablasPerinatal_2015.pdf
29. La infancia en la Comunidad Valenciana 2016. UNICEF Comité Comunidad Valenciana, 2016. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicaciones/la-infancia-en-comunidad-valenciana-2016>
30. Las cifras de la educación en España. Estadísticas e indicadores. Edición 2018. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2018. Disponible en: <https://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/indicadores-publicaciones-sintesis/cifras-educacion-espana/2015-16.html>
31. Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en las Etapas de la Vida. Informe de Salud Escolar 2014-2015. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana, 2015.
32. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana, 2016 [Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?CodPunto=3781&Opcion=SAN-MS50201&Nivel=2&MenuSup=SANMS502>
33. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Violencia contra los menores detectada desde el ámbito sanitario en la Comunitat Valenciana, 2016. Valencia: Generalitat Valenciana 2016. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=581049912
34. Proctor K, Brestan-Knight E. Evaluating the use of assessment paradigms for preventive interventions: a review of the Triple P- Positive Parenting Program. 2016;62:72-82.
35. Sandler IN, Schoenfelder EN, Wolchik SA, et al. Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: lasting effects but uncertain processes. Annu Rev Psychol. 2011;62:299-329.
36. Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, et al. The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. Clin Psychol Rev. 2014;34:337-57.
37. Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Federación Española de Municipios y Provincias, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/documentacion.htm>
38. Working to support positive parenting and relationships. What can councils do? Local Government Association, 2016. Disponible en: <http://www.local.gov.uk/publications>

39. Hallam A. The effectiveness of interventions to address health inequalities in the early years: a review of relevant literature. The Scottish Government, 2008. Disponible en: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/231209/0063075.pdf>
40. "If you could do one thing..." Nine local actions to reduce health inequalities. British Academy for de Humanities and Social Sciences, 2014. Disponible en: <http://www.britac.ac.uk/publications/if-you-could-do-one-thing>
41. Bright futures: local children, local approaches. Good practice in children´s centres. Local Government Association, 2013. Disponible en: <http://www.local.gov.uk/publications>
42. Social and emotional wellbeing: early years. NICE Guideline. National Institute for Health and Care excellence, 2012. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph40>
43. Prevención de la violencia: la evidencia. World Health Organization, 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf?ua=1
44. Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, et al. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. Pediatrics. 2005;116:e803-9.
45. Sama-Miller E, Akers, L. Mraz-Esposito,, A. A, S., Paulsell, D., and Del Grosso, P. Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services, 2016. Disponible en: http://homvee.acf.hhs.gov/HomVEE_Executive_Summary_2016_B508.pdf
46. Spiker D, Gaylor E. Visitas Domiciliarias. UNICEF, 2012. Disponible en: <http://centroderecursos.com.ar/wp-content/uploads/2015/07/UNICEF-Visitas-domiciliarias.pdf>
47. Organización Mundial de la Salud. Enfoques poblacionales de la prevención de la obesidad infantil. Ginebra: OMS, 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250751/1/9789243504780-spa.pdf?ua=1>
48. Physical activity in the early years. British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health, 2015. Disponible en: <http://www.ssehsactive.org.uk/early-years-resources-and-publications-item/40/278/index.html>
49. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad. Patrones de mortalidad en España, 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
50. Fundación para la Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. Suicidios España 2015. Disponible en: www.fsme.es/observatoriodelsuicidio
51. Cutler D, Lleras-Muney A. Education and health: Evaluating theories and evidence (NBER working paper 12352). National Bureau of Economic Research, 2006. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w12352>

52. Institute of Health Equity. Reducing the number of young people not in employment, education or training (NEET). Local action on health inequalities: Health Equity Briefing 3. London: Public Health England/ Institute of Health Equity, 2014. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/355771/Briefing3_NEETs_health_inequalities.pdf
53. Kipping RR, Campbell RM, MacArthur GJ, et al. Multiple risk behaviour in adolescence. *J Public Health* 2012;34 (Suppl 1):i1-2.
54. Jackson C, Geddes R, Haw S, et al. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*. 2012;107:733-47.
55. Kipping RR, Smith M, Heron J, et al. Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status: findings from a UK birth cohort. *Eur J Public Health*. 2015;25:44-9.
56. Hagell A. The connections between young people's mental health and sport participation: Scoping the evidence. Association for Young People's Health, 2016. Disponible en: <http://www.youngpeoples-health.org.uk/wp-content/uploads/2016/11/AYPH-health-and-sport-review-Nov-2016.pdf>
57. Sistema de Información en Salud Pública. Demografía y situación socioeconómica. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat; [consultado el 27/11/2017]. Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/indexPortal.jsp?menuRaizPortal=SANMS50000&Portal=EPIDEMIOLOGIA&perfil=inst>
58. Estadísticas de la Educación Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; [consultado el 20/03/2018]. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion.html>
59. Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en la Comunidad Valenciana. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/Autonomico/HBSC2014_CValenciana.pdf
60. Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Encuesta de condiciones de vida Valencia: Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Generalitat; [consultado el 22/03/2018]. Disponible en: <http://www.pegv.gva.es/temas/sociedad/nivelcalidadycondicionesdevida/encuestadecondicionesdevida/resultadosparalacomunitatvalenciana>
61. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Resultados anuales Madrid: INE; [consultado el 22/03/2018]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&secc=1254736195128&idp=1254735976595
62. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; Issue 12: Art. No.: CD001871.

63. Mak T, Storcksdieck S, Caldeira S, et al. How to promote fruit and vegetable consumption in schools: a toolkit. Joint Research Centre. European Commission, 2016. Disponible en: <https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/eur-scientific-and-technical-research-reports/how-promote-fruit-and-vegetable-consumption-schools-toolkit>
64. World Health Organization. Regional Office for Europe. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 2016. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>
65. Rasberry CN, Lee SM, Robin L, et al. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: a systematic review of the literature. *Prev Med.* 2011;52 Suppl 1:S10-20.
66. Buck D. Gardens and health. Implications for policy and practice. London: The King's Fund, 2016. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Gardens_and_health.pdf
67. L'Hort Escolar. Guia pràctica d'horticultura ecològica. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, 2006. Disponible en: <http://www.sostenibilitatbcn.cat/attachments/article/313/GuiaHortEscolar.pdf>
68. NICE. Physical activity: Walking and cycling. NICE Public Health Guidance, 2012. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph41>
69. Román Rivas M, Salís Canosa I. Camino escolar. Pasos hacia la autonomía infantil. Madrid: Ministerio de Fomento, 2010. Disponible en: http://www.fomento.gob.es/MFOM/LANG_CASTELLANO/ESPECIALES/CAMINO_ESCOLAR/
70. Institute of Health Equity. Building children and young people's resilience in schools. Local action on health inequalities: Health Equity Evidence Review 2. London: Public Health England/ Institute of Health Equity, 2014. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/355766/Review2_Resilience_in_schools_health_inequalities.pdf
71. Rethinking Leisure Time: expanding opportunities for young people & communities. World Youth Report, 2003. New York: United Nations; 2004.
72. Fredriksson I. Leisure-time youth-centers as healthpromotion settings: Örebro University; 2016. Disponible en: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:951483/FULLTEXT01.pdf>
73. Arte para la inclusión y la transformación social Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia, 2012. Disponible en: http://www.3sbizkaia.org/Archivos/Documentos/Enlaces/1363_CAST-innovacion04.pdf
74. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Reunión Internacional sobre la Salud en todas las Políticas, Adelaida 2010. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

75. Gili M, Garcia Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Suppl 1:104-8.
76. Searle R, Erdogan B, Peiró J, et al. What We Know About Youth Employment: Research Summary and Best Practices. Society for Industrial and Organizational Psychology, 2014. Disponible en: <http://www.siop.org/WhitePapers/Youth%20Employment%20Full%20FINAL.pdf>
77. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y salud en el trabajo Ginebra: OIT; [consultado el 24/01/2018]. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--es/index.htm>
78. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de accidentes de trabajo. Resumen de principales resultados. Año 2016. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/eat16/Resumen_resultados_ATR_2016.pdf
79. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. Public Health. 2012;126 Suppl 1:S4-10.
80. International Labour Organization. Non-standard employment around the world. Understanding challenges, shaping prospects. Geneva: ILO, 2016. Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_534326/lang--en/index.htm
81. Siegrist J, Rosskam E, Leka S. Work and worklessness. Final report of the Task group on employment and working conditions, including occupation, unemployment and migrant workers. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/334354/EWC-task-report.pdf?ua=1
82. Eurofound and EU-OSHA. Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention/view>
83. Backe EM, Seidler A, Latza U, et al. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. Int Arch Occup Environ Health. 2012;85:67-79.
84. Institute of Health Equity. Increasing employment opportunities and improving workplace health. Local action on health inequalities: Health Equity Evidence Review 5. London: Public Health England - Institute of Health Equity, 2014. Disponible en: <http://www.hullpublichealth.org/assets/PHE/Review5.pdf>
85. Organización Internacional del Trabajo. Las mujeres en el trabajo. Tendencias de 2016. Ginebra: OIT, 2016. Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_483214/lang--es/index.htm
86. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa: II Trimestre de 2017 Madrid: INE; [consultado el 12/12/2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0217.pdf>
87. Ronda-Pérez E, Agudelo-Suárez AA, López-Jacob MJ, et al. Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores inmigrantes en España. Revisión bibliográfica. Rev Esp Salud Pública. 2014;88:703-14.

88. Institut Valencià de Seguretat i Salut en el Treball. Estadísticas de Accidentes de Trabajo en la Comunitat Valenciana. Diciembre 2016 - Noviembre 2017. Valencia: Generalitat Valenciana, 2018. Disponible en: <http://www.invassat.gva.es/documents/161660384/164256834/Estad%C3%ADstica+Accidentes+de+Trabajo+dict2016-nov2017/a31cc8d2-af25-4c49-9e1c-bf4883f23364>
89. Institut Valencià de Seguretat i Salut en el Treball. Estadísticas de Enfermedades Profesionales en la Comunitat Valenciana. Diciembre 2016 - Noviembre 2017 Valencia: Generalitat Valenciana, 2018. Disponible en: <http://www.invassat.gva.es/documents/161660384/164256799/Estad%C3%ADstica+Enfermedades+Profesionales+dic2016-nov2017/b79024fc-251a-4d9d-b49e-2ec8f1b7e4f5>
90. Institut Valencià de Seguretat i Salut en el Treball. Caracterización de la seguridad vial laboral en la Comunitat Valenciana. Año 2016. Valencia: INVASSAT, 2017. Disponible en: http://www.invassat.gva.es/documents/161660384/164357033/Caracterizaci%C3%B3n+de+la+seguridad+vial+laboral+en+la+CV+2016_CS/5f080b18-10b4-43fa-8131-76c4fad05900
91. Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana Encuesta de Población Activa Valencia: Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Generalitat; [consultado el 23/01/2018]. Disponible en: <http://www.pegv.gva.es/temas/sociedad/trabajo>
92. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
93. Institute of Health Equity. Workplace interventions to improve health and wellbeing. Local action on health inequalities: Health Equity Briefing 5a. London: Public Health England/Institute of Health Equity, 2014. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/355773/Briefing5a_Workplace_interventions_health_inequalities.pdf
94. Gestionemos el estrés. Galardones a las Buenas Prácticas de la campaña "Trabajos saludables". 2014-2015. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo 2015. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/healthy-workplaces-good-practice-awards-2014-2015/view>
95. Heigl C. Recomendaciones de la novena iniciativa de la ENWHP. La promoción de un trabajo saludable para los trabajadores con enfermedades crónicas: Salud pública y trabajo. European Network for Workplace Health Promotion, 2013. Disponible en: <http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/Guias/Ficheros/recomendaciones3.pdf>
96. Knoche K, Sochert R, Houston K. La promoción de un trabajo saludable para los trabajadores con enfermedades crónicas: Guía para una buena práctica. European Network for Workplace Health Promotion, 2012. Disponible en: http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/Guias/Ficheros/Guia_esp_final.pdf
97. Ferri M, Cuenca L. Estrategias para una movilidad sostenible de los desplazamientos en Europa. 2010. Disponible en: <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0722107.pdf>

98. Guía de Movilidad Sostenible al Trabajo. 23 experiencias y buenas prácticas. Zaragoza: Comisiones Obreras de Aragón. ISTAS, 2015.
99. Conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Madrid: Ministerio de Igualdad, 2010. Disponible en: http://www.ib.ccoo.es/comunes/recursos/12/doc22183_Conciliacion_de_la_vida_laboral_familiar_y_personal..pdf
100. Trabajos saludables en cada edad. Galardones a las Buenas Prácticas 2016-2017 de la campaña "Trabajos saludables". Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2017. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/healthy-workplaces-good-practice-awards-2016-2017-booklet/view>
101. Guía de Buenas Prácticas sobre Integración de Personas en Situación o Riesgo de Exclusión Socio-laboral. Granada: Diputación Provincial de Granada. Delegación de Empleo, Desarrollo Provincial y Contratación. Servicio de Desarrollo, 2015. Disponible en: <http://www.oteagranada.com/archivos/1428311858.pdf>
102. Manual de buenas prácticas de políticas activas de empleo para las mujeres desde el ámbito local. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias. Área de Igualdad, 2011. Disponible en: http://femp.femp.es/files/566-1148-archivo/Manual_BP_pac_empleo_mujer.pdf
103. Bernete García J. Cláusulas sociales en la contratación pública: nuevos instrumentos para el fomento del empleo a nivel local. Cuadernos de Trabajo Social. 2013;26:85-94.
104. Gullón P, Bilal U, Cebrecos A, et al. Intersection of neighborhood dynamics and socioeconomic status in small-area walkability: the Heart Healthy Hoods project. Int J Health Geogr. 2017;16:21.
105. WHO Regional Office for Europe. Urban green spaces and health - a review of evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2016/urban-green-spaces-and-health-a-review-of-evidence-2016>
106. Mueller N, Rojas-Rueda D, Basagaña X, et al. Urban and Transport Planning Related Exposures and Mortality: A Health Impact Assessment for Cities. Environ Health Perspect. 2017;125:89-96.
107. Frank L, Kavage S, Devlin A. Health and the built environment: A review. 2012. Disponible en: http://urbandesign4health.com/wp-content/uploads/2012/10/Built_Env-Final_Report-August2012.pdf
108. Ballesteros Arjona V. Urbanismo, medio ambiente y salud. Nueva Salud Pública, 5. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2011. Disponible en: <http://www.easp.es/project/urbanismo-medio-ambiente-y-salud-serie-nueva-salud-publica/>
109. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

110. Rodríguez-Romo G, Garrido-Muñoz M, Lucía A, et al. Asociación entre las características del entorno de residencia y la actividad física. *Gac Sanit.* 2013;27:487-93.
111. Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, et al. The role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation.* 2012;125:729-37.
112. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
113. Mejías A. Contribución de los huertos urbanos a la salud. *Hábitat y Sociedad.* 2013;6:85-103.
114. Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Banco de datos territorial. Padrón Municipal Continuo Valencia: Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Generalitat; [consultado el 27/11/2017]. Disponible en: <http://www.pegv.gva.es/bdt>
115. Barómetro de la bicicleta en España. Informe de resultados. Dirección General de Tráfico - Red de Ciudades por la Bicicleta, 2017. Disponible en: <http://revista.dgt.es/images/RCxB-Barometro-de-la-Bicicleta-en-Espana-2017-Informe.pdf>
116. Espacios Naturales Protegidos. Conselleria de Agricultura, Medio Ambiente, Cambio Climático y Desarrollo Rural [consultado el 12/12/2017]. Disponible en: <http://www.agroambient.gva.es/web/medio-natural/espacios-naturales-protegidos>
117. National Research Council (U.S.). Does the built environment influence physical activity?: examining the evidence. Washington, D.C: Transportation Research Board, 2005. Disponible en: <http://onlinepubs.trb.org/onlinepubs/sr/sr282.pdf>
118. Novoa AM, Bosch J, Diaz F, et al. El impacto de la crisis en la relacion entre vivienda y salud. Políticas de buenas practicas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. *Gac Sanit.* 2014;28 Suppl 1:44-50.
119. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, Igualdad. e. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: 2015. Disponible en: http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf
120. de Nazelle A, Nieuwenhuijsen MJ, Antó JM, et al. Improving health through policies that promote active travel: a review of evidence to support integrated health impact assessment. *Environ Int.* 2011;37:766-77.
121. Ballester F, Peiro R. Transporte, medio ambiente y salud. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22 Suppl 1:53-64.

122. Lee AC, Maheswaran R. The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence. *J Public Health*. 2011;33:212-22.
123. Institute of Health Equity. Improving access to green spaces. Local action on health inequalities: Health Equity Evidence Review 8. London: Public Health England - Institute of Health Equity, 2014. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/357411/Review8_Green_spaces_health_inequalities.pdf
124. Organización Mundial de la Salud. Preventing diseases through healthy environments. Ginebra: OMS, 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1
125. Organización Mundial de la Salud. Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134014/1/9789241507691_eng.pdf
126. World Health Organization. Parma Declaration on Environment and Health. Copenhagen: Regional Office for Europe. WHO, 2010. Disponible en: http://www.oscc.gob.es/docs/documentos/28.Declaracion_de_Parma.pdf
127. Organización Mundial de la Salud. Género, cambio climático y salud. Ginebra: OMS, 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204178/1/9789243508184_spa.pdf?ua=1
128. European Environment Agency. Air quality in Europe – 2016 report. Luxemburgo: European Environment Agency, 2016. Disponible en: <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2016>
129. ¿Qué efectos tiene la contaminación atmosférica sobre la salud? : Instituto de Salud Global; [consultado el 6/10/2017]. Disponible en: http://www.isglobal.org/es/publication/-/asset_publisher/ljGAMK-Twu9m4/content/efectos-de-la-contaminacion-atmosferica-sobre-la-salud
130. Robine JM, Cheung SL, Le Roy S, et al. Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003. *C R Biol*. 2008;331:171-8.
131. Simón F, Lopez-Abente G, Ballester E, et al. Mortality in Spain during the heat waves of summer 2003. *Euro Surveill*. 2005;10:156-61.
132. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades transmitidas por vectores. Nota de prensa nº 387 2016 [consultado el 24/07/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/>
133. Noise in Europe 2014. Luxemburgo: European Environment Agency, 2014. Disponible en: <https://www.eea.europa.eu/publications/noise-in-europe-2014>
134. Organización de Naciones Unidas. Decenio Internacional para la Acción 'El agua fuente de vida' 2005-2015 [consultado el 24/07/2017]. Disponible en: http://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/water_and_sustainable_development.shtml

135. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre el suministro y saneamiento del agua 2016 [Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np992.pdf>]
136. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. La FAO y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible [consultado el 25/09/2017]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4997s.pdf>
137. Chemicals in Europe: understanding impacts on human health and the environment Copenhagen: European Environment Agency; 2017 [consultado el 29/03/2018]. Disponible en: <https://www.eea.europa.eu/downloads/b865e471b8d942d08b7580dc97486b34/1519898526/chemicals-in-europe-understanding-impacts.pdf>
138. Chemicals for a sustainable future. Report of the EEA Scientific Committee Seminar. Luxemburgo: European Environment Agency, 2018. Disponible en: <https://www.eea.europa.eu/about-us/governance/scientific-committee/reports/chemicals-for-a-sustainable-future>
139. Bergman A, Heindel J, Jobling S, et al. State of the science of endocrine disrupting chemicals 2012. Geneve: WHO, 2013.
140. Pesticide sales statistics: Eurostat; 2016 [consultado el 2/10/2017]. Disponible en: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Pesticide_sales_statistics.
141. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Programa estatal de prevención de residuos. Madrid: 2013. Disponible en: <http://www.mapama.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/planes-y-estrategias/Planes-y-Programas.aspx>
142. Respira la vida: Organización Mundial de la Salud y Coalición Clima y Aire Limpio (Programa de las Naciones Unidas por el Medio Ambiente); [consultado el 03/03/2018]. Disponible en: <http://breathelife2030.org/quienes-somos/?lang=es>
143. Tenías Burillo JM, Pérez-Hoyos S, Molina Quilis R, et al. Efectos a corto plazo de la contaminación atmosférica, Resultados del proyecto EMECAM en la ciudad de Valencia, 1994-96. Rev Esp Salud Publica. 1999;73:267-74.
144. Ballester F, Corella D, Pérez-Hoyos S, et al. Air pollution and mortality in Valencia, Spain: a study using the APHEA methodology. J Epidemiol Community Health. 1996;50:527-33.
145. Generalitat Valenciana.Conselleria de Agricultura, Medio Ambiente, Cambio Climático y Desarrollo Rural. Planes de mejora de la calidad del aire [consultado el 4/10/2017]. Disponible en: <http://www.agroambient.gva.es/web/calidad-ambiental/planes-de-mejora-de-la-calidad-del-aire>
146. Iñiguez C, Schifano P, Asta F, et al. Temperature in summer and children's hospitalizations in two Mediterranean cities. Environ Res. 2016;150:236-44.
147. Vicedo-Cabrera AM, Iñiguez C, Barona C, et al. Exposure to elevated temperatures and risk of preterm birth in Valencia, Spain. Environ Res. 2014;134:210-7.

148. Sistema de vigilancia meteorológico Paterna: Centro de Estudios Ambientales del Mediterraneo (Fundación CEAM); [consultado el 2/10/2017]. Disponible en: <http://www.ceam.es/ceamet/cast/index.html>
149. Portal mosquito tigre Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; [consultado el 15/11/2017]. Disponible en: <http://www.mosquitigre.san.gva.es/>
150. Memoria de gestión 2016. Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2017. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/memoria-2016>
151. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de los residuos. Año 2015. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/residuos_2015.pdf
152. I Pla Valencià de Producció Ecològica 2016-2020. València: Generalitat Valenciana. Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient, Canvi Climàtic i Desenvolupament Rural, Disponible en: <http://www.agroambient.gva.es/web/desarrollo-rural/plan-de-produccion-ecologica>
153. Planes de mejora de la calidad del aire: Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente; [consultado el 15/11/2017]. Disponible en: <http://www.mapama.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/atmosfera-y-calidad-del-aire/calidad-del-aire/planes-mejora/>
154. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. The Lancet Commission on pollution and health. Lancet. 2018;391:462-512.
155. Calidad del aire. Claves y herramientas de apoyo para la gestión de la calidad del aire a nivel municipal. Cuadernos de trabajo UDALSAREA 21, nº 13. Bilbao: IHOBE. Sociedad Pública de Gestión Ambiental, 2011. Disponible en: <http://www.udalsarea21.net/Publicaciones/Ficha.aspx?IdMenu=892e375d-03bd-44a5-a281-f37a-7cbf95dc&Cod=04bdf9a7-8969-4d53-a458-1894367ca85a&Idioma=es-ES>
156. Michelozzi P, de' Donato FK, Bargagli AM, et al. Surveillance of summer mortality and preparedness to reduce the health impact of heat waves in Italy. Int J Environ Res Public Health. 2010;7:2256-73.
157. World Health Organization. Heat-Health Action Plans. Copenhagen WHO Regional Office for the Europe, 2008. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e91347.pdf>
158. Martí Boscà J, Ordóñez Iriarte J, Aránguez, et al. Cambio Global España 2020/2050. Cambio climático y salud. CCEIM-ISTAS-SESA, 2012. Disponible en: <http://sanidadambiental.com/>
159. Iriso Calle A, Bueno Marí R, de las Heras E, et al. Cambio climático en España y su influencia en las enfermedades de transmisión vectorial. Rev salud ambient. 2017;17:70-86.
160. World Health Organization. Regional framework for surveillance and control of invasive mosquito vectors and re-emerging vector-borne diseases, 2014–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/regional-framework-for-surveillance-and-control-of-invasive-mosquito-vectors-and-re-emerging-vector-borne-diseases,-20142020-2013>

161. Agencia Europea de Medio Ambiente. El medio ambiente en Europa: estado y perspectivas 2015. Informe de síntesis. Copenhague: AEMA, 2015. Disponible en: <https://www.eea.europa.eu/soer-2015/synthesis/el-medio-ambiente-en-europa>
162. Esteban Buedo V, Ferrer Bosch L, Hernández Jiménez A. La prevenció del risc químic des de l'entorn laboral. Viure en Salut. 2016;106:17-8.
163. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Trabajo estratégico de la FAO para una alimentación y una agricultura sostenible. Roma: FAO, 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/publications/card/es/c/d76b01a6-f834-48ba-88eb-153ebf1073b7/>
164. Organización Mundial de la Salud. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. Ginebra: OMS, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
165. Instituto Nacional de Estadística. 2012: Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad intergeneracional. Demografía. Cifras INE.
Madrid: INE, 2012. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259940189717&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
166. Instituto Nacional de Estadística. Mujeres y hombres en España Madrid: INE; 2017 [consultado el 22/11/2017]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas
167. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011/2012 [consultado el 29-09-2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
168. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud. Ginebra: OMS, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
169. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Nota descriptiva nº 404 [consultado el 22/11/2017]. Disponible en: <Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>
170. Organización Mundial de la Salud. Los hechos probados. Los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS, 2003.
171. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares 2016 [consultado el 28-09-2017]. Disponible en: www.ine.es
172. Red Centinela Sanitaria. Riesgo de caídas en personas mayores. Resultados anuales. Año 2013: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat; [consultado el 27/11/2017]. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Informe_final_RCS_2013.pdf

173. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. 2017 [consultado el 29/11/2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976608
174. Organización Mundial de la Salud. Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity urban settings. Geneva: OMS, 2008. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf
175. Organization WH. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
176. Horgas AL, Wilms HU, Baltes MM. Daily life in very old age: everyday activities as expression of successful living. *Gerontologist*. 1998;38:556-68.
177. Buffel T, (Ed). *Researching Age-Friendly Communities. Stories from Older People as Co-Investigators*. Manchester: The University of Manchester Library; 2015.
178. Biggs S, Tinker A. What makes a city age-friendly?. London's contribution to the World Health Organization's Age-friendly Cities Project. London: 2007. Disponible en: <https://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/sshm/geront/research/agefriendlycities.pdf>
179. Stuckey HL, Nobel J. The connection between art, healing, and public health: a review of current literature. *Am J Public Health*. 2010;100:254-63.
180. Haun M, Mainous RO, Looney SW. Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *Behav Med*. 2001;27:127-32.
181. Ross EA, Hollen TL, Fitzgerald BM. Observational study of an Arts-in-Medicine Program in an outpatient hemodialysis unit. *Am J Kidney Dis*. 2006;47:462-8.
182. Devlin B. The art of healing and knowing in cancer and palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2006;12:16-9.
183. Noice H, Noice T, Staines G. A short-term intervention to enhance cognitive and affective functioning in older adults. *J Aging Health*. 2004;16:562-85.
184. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
185. Falls Prevention in Community-Dwelling Older Adults: Interventions: U.S. Preventive Services Task Force; [consultado el 18/04/2018]. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/falls-prevention-in-older-adults-interventions1>

186. van den Berg T, Schuring M, Avendano M, et al. The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. *Occup Environ Med.* 2010;67:845-52.
187. Institute of Health Equity. Increasing employment opportunities and retention for older people. Local action on health inequalities: Health Equity Briefing 5d. London: Public Health England & Institute of Health Equity, 2014. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/355783/Briefing5d_Employment_of_older_people_health_inequalities.pdf
188. Jacka FN, Reavley NJ. Prevention of mental disorders: evidence, challenges and opportunities. *BMC Med.* 2014;12:75-8.
189. Patel V, Lund C, Hatherill S et al. Mental disorders: equity and social determinants. En: Blas E, Sivasankara Kurup A, editores. *Equity, social determinants and public health programs.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
190. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Condiciones de vida 2016 [consultado el 28-09-2017]. Disponible en: www.ine.es
191. Jaremka LM, Lindgren ME, Kiecolt-Glaser JK. Synergistic relationships among stress, depression, and troubled relationships: insights from Psychoneuroimmunology. *Depress Anxiety.* 2013;30:288-96.
192. Russell D, Taylor J. Living alone and depressive symptoms: the influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009;64:95-104.
193. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010;7:e1000316.
194. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10:227-37.
195. Martire L, Franks M. The role of social networks in adult health: introduction to the special issue. *Health Psychology.* 2014;33:501-4.
196. Plan Estratégico 2014-2016. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Disponible en: http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM_2014_vf_161213.pdf
197. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de morbilidad Ginebra: OMS; [consultado el 25/10/2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/
198. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project Report. London: The Government Office for Science, 2008. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/292450/mental-capital-wellbeing-report.pdf

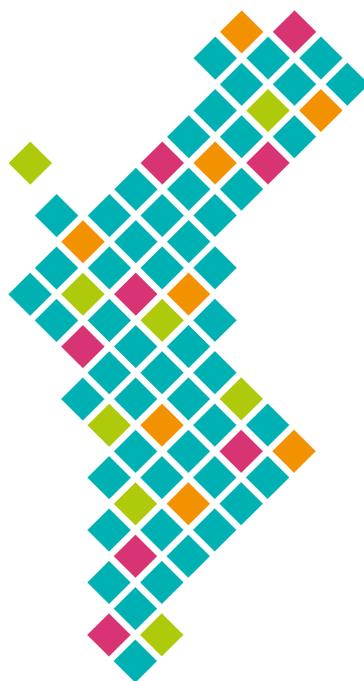
199. Power AK. Transforming the Nation's Health: next steps in mental health promotion. *Am J Public Health*. 2010;100:2343-6.
200. Wald G. Promoción de la salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en Buenos Aires. *Salud Colectiva*. 2009;5:345-62.
201. Wald G. Promoción de la salud integral a través del arte con jóvenes en situación de vulnerabilidad social: estudio comparativo de dos orquestas juveniles de la ciudad de Buenos Aires. *Eä-Journal of Medical Humanities and Social Studies of Science and Tecnology*. 2011;3:1-31.
202. Caldwell, LL. Leisure and health: why is leisure therapeutic? *British J of Guidance and Counseling*. 2005;33:7-26.
203. Elisondo R, Donolo D, Rinaudo M. Espacios comunitarios cotidianos. El arte como oportunidad para ser, crear y transformar. *Arte y Sociedad Revista de Investigación*. 2012;1:1-9.
204. Pagnini F, Philips D. Being mindful about mindfulness. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:288-9.
205. Hasenkamp W, Wilson-Mendenhall CD, Duncan E, et al. Mind wandering and attention during focused meditation: a fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *Neuroimage*. 2012;59:750-60.
206. Marchand WR. Neural mechanisms of mindfulness and meditation: Evidence from neuroimaging studies. *World J Radiol*. 2014;6:471-9.
207. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>
208. Soga M, Cox DT, Yamaura Y, et al. Health Benefits of Urban Allotment Gardening: Improved Physical and Psychological Well-Being and Social Integration. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14:doi: 10.3390/ijerph14010071.
209. Soga M, Gaston KJ, Yamaura Y. Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Prev Med Rep*. 2017;5:92-9.
210. Tournier I, Postal V. An integrative model of the psychological benefits of gardening in older adults. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2014;12:424-31.
211. Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Indicadores de pobreza y condiciones de vida a nivel subregional 2016 Valencia: Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Generalitat; [consultado el 29-09-2017]. Disponible en: www.pegv.gva.es
212. Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Proyecciones de población 2016-2031 Valencia: Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo. Generalitat; [consultado el 29-09-2017]. Disponible en: www.pegv.gva.es/

213. Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2002.
214. Vázquez C, Hervás G, (eds.). Psicología positiva aplicada. Sevilla: DDB; 2008.
215. de Vibe M, Bjorndal A, Fattah S, et al. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 2017. 11. Disponible en: <https://www.campbellcollaboration.org/library/mindfulness-stress-reduction-for-adults.html>.DOI: 10.4073/csr.2017.11
216. Hamilton C, Hinks S, Petticrew M. Arts for health: still searching for the Holy Grail. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:401-2.
217. Bidwell S. The arts in health. Evidence from the international literature. Christchurch-New Zealand: Pegasus Health Charitable Ltd, 2014.
218. Hemingway A, Crossen-White H. Arts in Health: A review of the literature. Bournemouth: Bournemouth University-UK, 2015.
219. Health Development Agency. Art for Health: A review of good practice in community-based arts projects and initiatives which impact on health and wellbeing. London: NHS, 2000.
220. Camic PM. Playing in the Mud: health psychology, the arts and creative approaches to health care. *J Health Psychol*. 2008;13:287-98.
221. Avila N, Orellana A, Cano MG, et al. Arte, salud y prevención: primeras colaboraciones. *Gac Sanit*. 2014;28:501-4.
222. Ávila, N. Un modelo de integración de arte y salud en España: el proyecto curArte I+D. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2013;18:120-37.
223. Hernán García M, Mena Jiménez A, Lineros González C, et al. Activos para la salud y promoción de la salud mental. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2012. Disponible en: <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=MS5ob3RsaW5r>
224. Rosell Poch T. Mètode i modalitats de treball social de grup. *Rev Treball Social* 2014;221:9-22.
225. Kingsley J, Townsed M. "Dig In" to social capital: community gardens as mechanisms for growing urban social connectedness. *Urban Policy and Research*. 2007;24:525-37.
226. Organización Mundial de la Salud. Ecosystems and Human Well-Being. Ginebra: OMS, 2005.
227. Infantino M. Gardening: a strategy for health promotion in older women. *J N Y State Nurses Assoc*. 2004;35:10-7.

228. Múgica de la Guerra M, Muñoz Santos M, Puertas Blázquez J. Salud y áreas protegidas en España. Identificación de los beneficios de las áreas protegidas sobre la salud y el bienestar social. 2013. Disponible en: <http://www.mapama.gob.es/es/ceneam/recursos/pag-web/salud-areas-protegidas-espana.aspx>
229. Ministerio del Interior. Informe sobre la evolución de los incidentes relacionados con los delitos de odio en España 2016. Ministerio del Interior, 2017. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/delitos-de-odio/estadisticas>
230. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires: OMS, 2009. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
231. Mujeres en Cifras Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado el 3/01/2018]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Home.htm>
232. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med*. 2010;71:1610-9.
233. Mundle C, Naylor C, Buck D. Volunteering in health and care in England: a summary of key literature. TheKingsFund, 2012. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_related_document/volunteering-in-health-literature-review-kingsfund-mar13.pdf
234. Centro de Investigaciones Sociológicas. Encuesta de Actitudes hacia la Cooperación Internacional (II). Estudio N.3130. CIS, 2016. Disponible en: http://www.cis.es/cis/open/cm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?&estudio=14270
235. Morgan A, Hernan M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit*. 2013;15:78-86.
236. Cofino R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 2016;30 Suppl 1:93-8.
237. Díez E, Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, et al. Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. *Gac Sanit*. 2016;30 74-80.
238. Transparency International España. Índices Corrupción Internacional [consultado el 9/01/2018]. Disponible en: <https://transparencia.org.es/indices-de-corrupcion-internacional/>
239. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de noviembre de 2017. Estudio N.3195. CIS, 2017. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3180_3199/3195/es-3195mar.pdf

240. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [consultado el 8/01/2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?-type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/provi&file=pcaxis&dh=0&capsel=1>
241. Transparency International España. Índices Transparencia España [consultado el 9/01/2018]. Disponible en: <https://transparencia.org.es/indices-transparencia-espana/>
242. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
243. Uriarte Arciniega JD. La perspectiva comunitaria de la resiliencia. *Psicología Política*. 2013;47:7-18.
244. Manual para comunidades resilientes hacia mil millones de acciones. Ciudad de Panamá: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna, 2016. Disponible en: <https://www.prepa-recenter.org/resources/manual-para-comunidades-resilientes>
245. Public Health England. National Health Service. A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. London: PHE, 2015. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/health-and-wellbeing-a-guide-to-community-centred-approaches>
246. Institute of Health Equity. Reducing social isolation across the lifecourse. Local action on health inequalities. Practice resource. London: Public Health England - Institute of Health Equity, 2015. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/local-action-on-health-inequalities-reducing-social-isolation>
247. Lyall S. Fairness commissions: understanding how local authorities can have an impact on inequality and poverty. London: New Economics Foundation, 2015. Disponible en: <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/fairness-commissions-understanding-how-local-authorities-can-have-an-impact-on-inequality-and-poverty/r/a11G00000CbS7IIAF>
248. Institute of Health Equity. Fuel poverty and cold home-related health problems. Local action on health inequalities: Health Equity Evidence Review 7. London: Public Health England/ Institute of Health Equity, 2014. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/357409/Review7_Fuel_poverty_health_inequalities.pdf
249. Elaboración de planes nacionales de acción contra la discriminación racial. Guía práctica. Nueva York: Naciones Unidas, 2014. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-13-03_sp.pdf
250. Nacidos libres e iguales. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos. Nueva York: Naciones Unidas, 2012. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/BornFreeAndEqualLowRes_SP.pdf
251. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Declaración de Beijing, septiembre 1995. Nueva York: Naciones Unidas, 1996. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

252. Programa Mainstreaming de Género Madrid: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades; [consultado el 10/04/2018]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/mainstreaming/home.htm>
253. Lesmes Zabalegui S. Cláusulas para la igualdad de mujeres y hombres en contratos, subvenciones y convenios públicos. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE - Instituto Vasco de la Mujer, 2013. Disponible en: <http://www.indi.gva.es/documents/161328120/162701857/Guia+cla%C3%BAulas+igualdad+emakunde/638ce74d-bcf5-4002-81ea-e1ba7948eaf>
254. Instituto Andaluz de la Mujer. Incorporación de cláusulas de igualdad en contratos, subvenciones y convenios públicos. Instituto Andaluz de la Mujer, 2013. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1183.pdf>
255. de Villota P, Jubet Y, Ferrari I. Estrategias para la integración de la perspectiva de género en los presupuestos públicos. Madrid: Instituto de la Mujer, 2009. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/observatorios/observigualdad/estudiosInformes/docs/017-estrategia.pdf>
256. Gobernanza local: Red Mundial de Ciudades y Gobiernos Locales y Regionales; [consultado el 10/04/2018]. Disponible en: <https://www.uclg.org/es/accion/descentralizacion-gobernanza>
257. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [consultado el 20/02/2018]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
258. Gallego-Dieguez J, Aliaga Train P, Benede Azagra CB, et al. Las redes de experiencia de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria de Aragón. Gac Sanit. 2016;30 Suppl 1:55-62.
259. The state of european cities 2016. Cities leading the way to a better future. Luxemburgo: European Commission. UN-Habitat, 2016. Disponible en: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/policy/themes/cities-report/state_eu_cities2016_en.pdf
260. Healthy Cities Copenhagen World Health Organization Regional Office for Europe; [consultado el 21/02/2018]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>
261. Llorca E, Amor MT, Merino B, et al. Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. Gac Sanit. 2010;24:435-6.
262. National Healthy Cities Networks in the WHO European Region. Promoting health and well-being throughout Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/285995/Healthy-Cities-promoting-health-and-equity.pdf?ua=1
263. Dietscher C. How can the functioning and effectiveness of networks in the settings approach of health promotion be understood, achieved and researched? . Health Promot Int. 2017;32:139-48.



XARXASALUT

MUNICIPIS PER LA SALUT DE
LA COMUNITAT VALENCIANA



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública



FVMP

Federació Valenciana
de Municipis i Províncies

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública - GVA

Avda. Catalunya, 21 46020 - Valencia

Tel.: 96 1925826

<http://www.sp.san.gva.es>