



# **Banc de Bones Pràctiques**

---

## **Criteris per l'avaluació de les Bones Pràctiques en promoció de la salut**

---

**Mònica Cortés Albaladejo**

---

**Juny de 2009**

**Actualitzat al febrer del 2010**

---

## **TAULA DE CONTINGUTS**

<b>1. Promoció de la salut</b>	<b>Pàg. 3</b>
Conceptes bàsics	Pàg. 3
La promoció de la salut	Pàg. 5
Evolució de la promoció de la salut	Pàg. 5
La promoció de la salut i el món local	Pàg. 6
Tendències actuals i de futur	Pàg. 7
<b>2. Bones pràctiques en promoció de la salut</b>	<b>Pàg. 9</b>
Criteris generals de les bones pràctiques en promoció de la salut	Pàg. 12
Innovació	Pàg. 12
Transferibilitat	Pàg. 13
Criteris específics de les bones pràctiques en promoció de la salut	Pàg. 15
Filosofia (del projecte)	Pàg. 16
Empoderament	Pàg. 17
Sostenibilitat	Pàg. 20
Participació	Pàg. 22
Disseny	Pàg. 23
Avaluació	Pàg. 26
Com ponderar les experiències?	Pàg. 30
Taula resum de les aspiracions de les BPPS, criteris i indicadors	Pàg. 33
<b>Bibliografia</b>	<b>Pàg. 34</b>

## 1. Promoció de la salut

### Conceptes bàsics

La **salut pública** pretén prolongar la vida i millorar la salut i la qualitat de vida de les poblacions mitjançant la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i altres formes d'intervenció sanitària. La salut pública, amb un vessant polític i social, està experimentant canvis en la manera de ser concebuda. Així, fa unes dècades es considerava que els determinants de salut més rellevants eren els estils de vida (hàbits) dels individus, tot i que cada cop més es reconeix la importància dels condicionants de vida (condicions de vida i treball, condicions socio-econòmiques, ambientals i culturals), com es mostra en la figura 1 (Dahlgren & Whitehead 1993).

**Figura 1. Model dels determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead.**



Des d'aquesta perspectiva, la salut pública hauria de mobilitzar recursos i realitzar inversions raonades en polítiques, programes, serveis que creïn, mantinguin i protegeixin la salut estimulants estils de vida sans i creant entorns que donin suport a la salut i no només centrar-se en la capacitat dels individus (Nutbeam 1998). Segons alguns autors, la salut pública es diferencia de la **salut comunitària** en què la primera es vincula, sobretot, a les administracions polítiques mentre que per a la segona és imprescindible la participació de la comunitat en la planificació, administració, gestió i control de les accions dirigides a la millora de la salut dels membres d'aquesta comunitat (Gil 2003: 11).

Com s'ha vist, dues de les principals estratègies de la salut pública són la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut. La **prevenció de la malaltia** comprèn des de les accions destinades a evitar l'aparició d'una malaltia, modificant conductes considerades de risc —prevenció primària— fins a les que pretenen aturar o retardar una malaltia ja present o les seves conseqüències mitjançant una detecció precoç i un tractament adequat —prevenció secundària i terciària—. La prevenció primària de la malaltia s'encavalcaria amb la promoció de la salut amb l'excepció que les intervencions en prevenció primària estan molt vinculades als factors de risc de les malalties i les conductes considerades de risc (Nutbeam 1998).

La **promoció de la salut** seria el procés polític i social que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut per a millorar-la. Abastaria les accions encaminades directament a enfortir les habilitats i capacitats dels

individus —educació per a la salut— però també les que es dirigeixen a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques per tal de mitigar el seu impacte en la salut pública i individual (Nutbeam 1998).

### **La promoció de la salut**

La important disminució de la mortalitat per malalties infeccioses, després de l'aparició dels antibiòtics, en els primers anys del segle XX, va accentuar l'interès per un altre tipus de malalties que emergien en aquell moment com a principals causes de mortalitat (malalties socials no infeccioses). Els factors determinants d'aquestes malalties es van agrupar en el que es va anomenar estils de vida. S'identifica com una necessitat que els individus adoptin estils de vida saludables. En la primera meitat del segle XX, des de la medicina socialitzada, Sigerist distingeix entre la salut i la malaltia i identifica quatre grans tasques per a la medicina: la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, el tractament al malalt i la rehabilitació. El concepte de la promoció de la salut (PS) assoleix un gran interès en la dècada de 1970 amb l'informe del Ministeri de Salut i Benestar del Canadà (Lalonde 1974). A partir d'aquest informe es coneix el model de PS, que conceptualitza la salut com el resultat de la interacció d'un conjunt de factors que s'agruparien en 4 grans categories: els estils de vida, el medi ambient, el sistema d'atenció sanitària i la mateixa biologia humana (Rodríguez Artalejo 2000: 13).

### **Evolució de la promoció de la salut**

L'any 1978 se subscriu la declaració d'Alma-Ata, on s'emfasitza el compromís nacional i internacional per l'atenció primària. L'OMS defineix els

principis de la PS el 1984 i des de 1986 (Ottawa) organitza conferències internacionals sobre el tema (Adelaida, 1988; Sundsvall, 1991; Jakarta, 1997; Mèxic, 2000). El 2005 es publica la *Carta de Bangkok per a la Promoció de la Salut en un món globalitzat*.

Segons la Carta d'Ottawa, la promoció de la salut hauria d'abordar tres estratègies bàsiques: a) l'advocacia per la salut, b) la facilitació per al complet desenvolupament del potencial de salut de la població, i c) la mediació a favor de la salut entre els diferents interessos de la societat.

La cinquena conferència (Mèxic, 2000) va aprofundir en les cinc prioritats per al segle XXI en PS, i que ja van ser identificades a Jakarta: 1) promoure la responsabilitat social per la salut; 2) ampliar la capacitat de les comunitats i empoderar els individus; 3) consolidar i ampliar les aliances en pro de la salut; 4) augmentar les inversions en el desenvolupament de la salut; i 5) assegurar la infraestructura necessària per a la PS.

La Carta de Bangkok destaca la necessitat d'intervencions eficaces: mesures polítiques enèrgiques, àmplia participació i activitats permanents de PS.

### **La promoció de la salut i el món local**

A Catalunya hi ha una llarga tradició municipal en el treball de la promoció de la salut. La Ley 14/1986 General de Sanidad, aprovada a l'abril de 1986, va establir les competències en salut de les diferents administracions (estatals, autonòmiques i locals). La PS, malgrat, no es va recollir com una

competència obligatòria per a les administracions locals, va ser viscuda com una responsabilitat pròpia per molts municipis: la proximitat a la comunitat i a les seves necessitats, així com a la resta d'entitats locals, fan que les administracions municipals siguin idònies per a les intervencions comunitàries en PS. Entre les accions històricament assumides des de les administracions locals hi ha les revisions de salut escolars, les vacunacions i els serveis de planificació familiar. Amb els anys, tots aquests elements s'han anat transferint a l'atenció primària. En l'actualitat, la major part dels municipis estan desenvolupant accions de PS en resposta a les necessitats i preocupacions en salut emergents de les seves poblacions: canvis poblacionals (envelliments, natalitat, nouvinguts, etc.) i malalties emergents (infecció per l'HIV, obesitat infantil, etc.), entre altres.

### **Tendències actuals i de futur**

Actualment, la tendència en les experiències en PS s'encamina cap a un treball cooperatiu entre diferents serveis, institucions, entitats i membres de la comunitat local. En aquesta línia, d'aquí a poc temps s'aprovarà a Catalunya la nova llei de salut pública que, entre d'altres coses, estimularà la creació de governs territorials on serà possible una major col·laboració entre els diferents agents locals per a qüestions de salut. També hi ha una clara tendència general a la col·laboració i comunicació d'experiències entre diferents municipis per tal de millorar l'eficàcia de les intervencions realitzades (Red Andaluza de Ciudades Saludables 2006) i a establir objectius i línies comunes de treball

(Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco 2008).

Considerant les característiques de la PS i les tendències actuals, sembla necessari poder establir aliances entre les diferents institucions i entitats, per estimular estratègies el més participatives i capacitadores possible que s'adrecin tant als estils de vida com als condicionants de vida.



## 2. Bones pràctiques en promoció de la salut

En termes generals, el concepte de "bones pràctiques" es refereix a tota experiència que es regeixi per principis, objectius i procediments apropiats o pautes aconsellables que s'adeqüin a una determinada perspectiva normativa o a un paràmetre consensuat, així com també tota experiència que ha obtingut resultats positius, demostrant la seva eficàcia i utilitat en un context concret (OMS 2006).

Des de la perspectiva de les pautes aconsellables i els paràmetres consensuats, la *Carta de Bangkok per a la promoció de la salut en un món globalitzat* expressa els compromisos assumits per la comunitat internacional a la sisena Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut (Bangkok, 2005). S'emfasitza la importància de cinc mesures per continuar avançant en la PS:

- Advocar per la salut sobre els drets humans i la solidaritat
- Invertir en polítiques, mesures i infraestructures sostenibles per abordar els actors determinants de la salut
- Crear capacitat per al desenvolupament de polítiques, el lideratge, les pràctiques de promoció de la salut, la transferència de coneixements, la recerca i l'alfabetització sanitària
- Establir normes reguladores i lleis que garanteixin un alt grau de protecció front a possibles danys i la igualtat d'oportunitats per a la salut i el benestar de totes les persones.

- Associar-se i establir aliances amb organitzacions públiques, privades, no governamentals i internacionals i amb la societat civil per impulsar mesures sostenibles

Des de la perspectiva de l'eficàcia de les intervencions en PS, existeixen diverses revisions, en programes adreçats a joves en l'àmbit escolar, que apunten que aquests poden ser eficaços, no només en la modificació de coneixements i actituds, sinó també per aconseguir canvis de conducta (Juárez 1999; Villalbí 2000), sempre que observin les següents característiques:

- Estar centrats en conductes de risc conegudes
- Fer servir models teòrics de canvi conductual reconeguts
- Utilitzar mètodes pedagògics participatius
- Incloure: clarificació de valors, resistència a la pressió social i entrenament en habilitats de comunicació
- Tractar la percepció de riscos
- Desenvolupats per membres de la comunitat propers als joves, prèviament formats per a dur a terme el programa
- Durada suficient (mínim de 4-5 sessions)
- Comptar amb un disseny adequat d'avaluació (quasiexperimental)

Altres treballs de revisió, duts a terme al territori de l'estat espanyol (Hernán García 2001) consideraven convenient: 1) aprofundir en el desenvolupament d'intervencions en promoció de la salut que combinin metodologies educatives participatives amb una major implicació dels iguals i

de l'entorn social proper; 2) avançar en la millora del disseny de les avaluacions dels resultats de les intervencions; i 3) incrementar la difusió de les intervencions mitjançant la seva publicació.

La creació d'un Banc de Bones Pràctiques en Promoció de la Salut (BPPS) pot ser una bona eina per a la difusió d'experiències eficaces i útils en PS a l'àmbit local, que s'esforci per (i alhora estimuli) l'avaluació de les experiències en l'àmbit de la PS. L'avaluació pren una notable rellevància. Per una banda, el banc de BPPS recollirà experiències que hagin demostrat la seva eficàcia i que, per tant, hagin dut a terme algun tipus d'avaluació. D'altra banda, quan una bona pràctica sigui adoptada des d'un altre municipi, una avaluació de procés estarà indicada per tal d'assegurar la seva replicabilitat i la qualitat de la implementació (Speller 1997).<sup>1</sup> L'avaluació de les experiències aspirants a bones pràctiques en PS es realitzarà d'acord amb vuit criteris que es desenvoluparan a continuació:

1. Innovació
2. Transferibilitat
3. Filosofia (del projecte)
4. Empoderament
5. Sostenibilitat
6. Participació
7. Disseny
8. Avaluació

---

<sup>1</sup> Per **implementació** s'entén la posada en pràctica de les accions previstes en un programa o projecte, independentment de si es tracta d'una experiència innovadora com d'una experiència adaptada. És a dir, el procés de desenvolupament del programa.

## **Criteris generals de BPPS**

Existeixen treballs sobre els criteris bàsics que qualsevol bona pràctica ha de satisfer. Concretament, s'han definit 10 criteris que es poden ordenar segons la seva importància (Ysa 2003): a) innovació, b) transferibilitat, c) factibilitat, d) impacte positiu, e) planificació, f) lideratge sòlid, g) responsabilitats definides, h) sistemes d'avaluació, i) implicació de la ciutadania, i j) *peer-recognition*.

Tots aquests criteris tenen un paper important en la definició de les BPPS. No obstant això, sovint es poden trobar integrats en altres més específics de la PS i seran desenvolupats a l'apartat de criteris específics de les BPPS. Tanmateix, dos dels criteris generals abans esmentats són bàsics i hauran de ser especialment considerats per a l'avaluació d'experiències en PS: la innovació i la transferibilitat.

### **1. Innovació**

Les experiències en PS es manifesten com a innovadores quan exploren noves i creatives maneres de respondre a les necessitats de salut de la població. Concretament, quan parlem de programes de PS, la novetat introduïda es pot produir en un o diferents aspectes (*“Good practice” in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*): a) *temàtica*: abasta nous determinants / necessitats en salut emergents en la població (per exemple, tendència a l'oci infantil sedentari i solitari: Internet, consoles, etc.); b) *població diana*: s'adreça a subpoblacions vulnerables concretes, emergents o fins ara no tingudes en compte (per exemple, col·lectius de nouvinguts; adolescents dels

Centres Residencials d'Acció Educativa, etc.); i c) *noves solucions / aprenentatges*: avança noves solucions o aprenentatges per a la població. La innovació en aquest indicador es refereix a la introducció d'accions que busquin capacitar la població en noves habilitats (per exemple, empatia, assertivitat) o bé s'utilitzin noves estratègies per al desenvolupament de les accions (per exemple, assessoraments a joves sobre suport de les noves tecnologies: *Messenger*). La ponderació d'aquests críteris es recull a la taula 1.

**Taula 1. Indicadors i ponderació del criteri d'Innovació**

	Ponderació		
	Alta	Mitja	Baixa
<b>Temàtica*</b>	Nous determinants de salut	Determinants de salut poc tractats o amb matisos especials	Determinants de salut tractats habitualment
<b>Població diana*</b>	Seccions de població no focalitzades habitualment i prioritàries	Població en l'àmbit de la comunitat	Població general, poblacions captives (escoles, etc.)
<b>Noves solucions / aprenentatges*</b>	Noves estratègies de treball Capacitació en noves habilitats per a la població	Sessions participatives i dirigides a incrementar habilitats habituals	Sessions explicatives, magistrals i informatives

\*Indicadors rellevants del criteri

## 2. Transferibilitat

S'entendria per transferibilitat d'una experiència en PS la seva capacitat de ser replicada amb èxit en un altre context d'aquell pel que fou dissenyada. En termes generals, la transferibilitat d'una experiència dependria de la universalitat de les idees bàsiques, la bona planificació

dels recursos necessaris i la planificació extra de solucions als problemes d'implementació (Ysa 2003). En el cas concret de les experiències en PS, considerariem els següents indicadors: a) universalitat d'idees: per tal de facilitar una bona transferibilitat, els ens responsables i col·laboradors i els recursos emprats haurien de ser fàcilment assimilables a d'altres municipis. Si tota l'experiència es basa en ens o recursos molt específics del municipi que la desenvolupa, potser serà molt complicat per d'altres municipis replicar-la; b) *documentació*: per adaptar una intervenció prèviament realitzada a un altre municipi, caldrà conèixer en detall a quines necessitats es volia donar resposta, quines accions es van programar, quins ens locals hi participaven i en què, per què es van decidir aquestes accions, com va anar la implementació, com es va avaluar i quins van ser els resultats obtinguts. L'existència de documentació explícita sobre la planificació de l'acció serà, doncs, de vital importància per poder dissenyar una adaptació de l'experiència en un altre municipi; c) *solucions als problemes en el desenvolupament*: també serà molt important conèixer si es van trobar problemes a la implementació del programa i com es van resoldre; i d) *accessibilitat als responsables de l'experiència*: que es proporcionï un contacte efectiu amb els responsables tant tècnics com polítics és essencial per a l'aclariment i consulta de dubtes en cas de voler adaptar l'experiència. La taula 2 resumeix la ponderació dels indicadors considerats per a aquest criteri.

**Taula 2. Indicadors i ponderació del criteri de Transferibilitat**

	Ponderació		
	Alta	Mitja	Baixa
<b>Universalitat idees</b>	Els ens responsables i col·laboradors i els recursos són similars a la majoria de municipis	Els ens responsables i col·laboradors i/o els recursos poden ser particulars però són adaptables	Els ens responsables i col·laboradors i/o els recursos són molt particulars del context d'origen
<b>Documentació*</b>	La documentació ho explica tot: justificació, disseny, implementació i avaluació	Hi ha documentació parcial referida a la justificació, el disseny, la implementació o l'avaluació	L'experiència no ha estat planificada per endavant o no hi ha cap documentació
<b>Solucions als problemes en el desenvolupament</b>	La documentació inclou les dificultats d'implementació i les solucions trobades	S'especifiquen les dificultats d'implementació però no s'han emprat o no es descriuen solucions	No s'especifiquen les possibles dificultats d'implementació
<b>Accessibilitat responsables*</b>	Ofereix el contacte dels responsables polític i tècnic		

\* Indicadors **indispensables** del criteri. En el cas de la documentació es considerarà un requisit *sine qua non* que l'experiència presenti un Informe del projecte inicial i/o memòria que com a mínim obtingui una ponderació mitja.

## Críteris específics per a l'avaluació de les BPPS

La determinació de críteris per a una BPPS, tal com hem vist a la definició prèvia, es pot dur a terme mitjançant un procés de consens entre diferents agents, o bé a la llum de l'evidència científica sobre l'eficàcia de les intervencions i d'altres experiències prèvies. Els darrers anys, Austràlia ha dut a terme un projecte de 3 anys en el qual 16 municipis es van comprometre a formar-se, avaluar les seves intervencions i determinar les que es considerarien les seves BPPS (Municipal Public Health Planning Framework, 2002; Program Evaluation Unit, 2005). Una experiència alemanya, per altra banda, ha optat per l'establiment d'uns críteris per a l'avaluació de BPPS. Els críteris que van

seleccionar són: concepte, innovació i sostenibilitat, efecte multiplicador, participació, empoderament, enfocament, xarxa, qualitat, documentació i avaluació, i relació cost-benefici. Les experiències considerades com a BPPS, atenant a aquests criteris, es recullen en un banc accessible a Internet (*“Good practice” in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*).

Per a l'establiment dels criteris que es presenten a continuació s'han tingut en compte les experiències en BPPS esmentades, l'evidència disponible sobre l'eficàcia de les intervencions en PS, així com informes que desenvolupen criteris per a l'avaluació de BP en altres àrees (Díaz 2007). Els criteris que s'han considerat es poden agrupar en 4 categories, que es poden encavalcar: rellevància del contingut; actors participants; disseny i implementació; i impacte.

Rellevància contingut	Actors participants	Disseny i implementació	Impacte
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Filosofia (del projecte)</li><li>○ Empoderament</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Sostenibilitat</li><li>○ Participació</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Disseny</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Avaluació</li></ul>

### **3. Filosofia (del projecte)**

Amb aquest criteri es pretén recollir si l'experiència sintonitza amb les prioritats internacionals i les tendències actuals en PS. Una condició indispensable d'una BPPS serà que observi uns objectius que explícitament o implícitament s'adrecen a la promoció de la salut. Malgrat pugui semblar una obvietat, atesa la natura dels determinants i condicionants de la salut, polítiques



o accions adreçades a condicionants de vida (habitatge, transports, ocupació, etc.) i bones pràctiques que aparentment podrien no semblar de PS, efectivament estarien afectant en la millora de condicions de vida i, per tant, de salut de la població. La persona que avalui les experiències haurà de tenir en compte que les accions desenvolupades s'adrecin a determinants de la salut o a condicionants de la salut.

Un altre aspecte fonamental és que les intervencions busquin la reducció de desigualtats en salut. Per tant, es valoraran especialment aquelles experiències que s'adrecin a poblacions vulnerables explícitament, en consonància amb l'evidència i les prioritats internacionals (OMS 2005). A la taula 3 es recull la ponderació d'aquest indicador.

**Taula 3. Indicadors i ponderació del criteri de Filosofia del projecte**

	Ponderació		
	Alta	Mitja	Baixa
Poblacions vulnerables	Seccions de població vulnerables, identificades i explicitades al projecte	El projecte només fa esment de la necessitat d'incidir en poblacions vulnerables	Població general, poblacions captives (escoles, etc.)
Objectius en PS*	Es focalitza la PS de forma explícita o implícita.		

\*Indicador rellevant del criteri.

#### **4. Empoderament**

Un dels objectius clars de la PS és l'empoderament (empowerment) de la població mitjançant la millora dels coneixements, el treball de les creences i les actituds referides a salut i l'optimització de les habilitats, per tal que

prenguin una actitud autoresponsable envers la seva salut. Que els membres de la comunitat prenguin el control sobre aquells determinants de salut que són a les seves mans i que s'organitzin i reclamin en relació amb aquells altres determinants que no depenen d'ells mateixos.

Les revisions de la literatura científica referides als canvis de conductes saludables semblen assenyalar com a efectives aquelles capacitacions dels individus que fan especial èmfasi en l'entrenament d'habilitats socials, que es plantegen amb dinàmiques participatives, que tenen prou continuïtat en el temps i que, entre altres característiques, arriben des de referents o iguals de la pròpia comunitat prèviament formats (Juárez 1999). Es per això que s'han tingut en compte com a indicadors del criteri els següents:

- a) *Capacitació de la població*: es valoraran positivament aquelles experiències que treballin les habilitats socials relacionades amb les conductes de salut abordades, a més de la informació, les creences sobre les conductes relacionades amb salut, i la norma social.<sup>2</sup>
- b) *Efecte multiplicador*: si l'experiència contempla la possibilitat d'arribar a altres sectors de la població mitjançant l'estratègia de formar agents comunitaris (facilitant una major permeabilitat de la intervenció en les poblacions més vulnerables i de difícil accés). Es considerarà que s'està empoderant més la comunitat quanta més autonomia i responsabilitat puguin assolir els agents formats.

---

<sup>2</sup> Una **norma social** és una regla que s'ha de seguir o a la que s'han d'ajustar les conductes, tasques i activitats de l'ésser humà. Totes les persones sabem què esperen els altres que fem en relació amb les conductes saludables, i aquestes expectatives poden influir el nostre comportament.

- c) *Creació de xarxa social*: aquelles experiències que estimulen o faciliten la creació de xarxa al voltant de temes relacionats amb la salut poblacional, creen una cultura i interès per ser més actius i reivindicadors pels temes de salut.
- d) *La implicació de la població en l'avaluació de procés*, que és un bon indicador per avaluar l'empoderament que s'està fent de la població. Que membres de la població participin en avaluar com s'està implementant un programa de PS suposa que se'ls fa part responsable d'aquestes intervencions.

La ponderació d'aquests indicadors es pot consultar a la taula 4.

**Taula 4. Indicadors i ponderació del criteri d'Empoderament**

	Ponderació		
	Alta	Mitja	Baixa
<b>Capacitació població</b>	Entrenament en habilitats i algun dels següents determinants: <ul style="list-style-type: none"> <li>informació</li> <li>norma social</li> <li>creences / actituds</li> </ul>	2 dels següents determinants: <ul style="list-style-type: none"> <li>informació</li> <li>norma social</li> <li>creences / actituds</li> </ul>	Només 1 dels següents determinants: <ul style="list-style-type: none"> <li>informació</li> <li>creences / actituds</li> <li>norma social</li> </ul>
<b>Efecte multiplicador</b>	Es formen membres de la comunitat com agents de salut (se'ls dóna suport i seguiment)	Es formen agents de la comunitat com a mediadors que donen suport a les intervencions	No es formen membres de la comunitat
<b>Creació de xarxa</b>	Es facilita la creació de xarxa (suport a l'associacionisme)	S'estimula la creació de xarxa (informació sobre l'associacionisme)	No es crea xarxa
<b>Avaluació participativa de la implementació</b>	Població i professionals participen en el monitoratge de la implementació	Participen puntualment i/o reben els resultats	No es contempla la seva participació

## 5. Sostenibilitat

Com s'ha vist prèviament, la sostenibilitat és un factor clau per l'eficiència dels programes en PS. En aquesta línia, diferents autors destaquen la importància de la permanència de les intervencions en PS, així com la durada suficient (OMS 2005; Juárez 1999). De la mateixa manera, que una experiència sigui sostenible és, també, un element facilitador de la transferibilitat de les experiències (Ysa 2003).

La sostenibilitat de les intervencions en PS en general, i particularment aquelles desenvolupades a l'àmbit local, estan relacionades amb alguns aspectes que s'han valorat com a indicadors dels criteris:

- a) *Implicació d'altres serveis municipals*: la multidimensionalitat de la PS fa que els objectius plantejats en els seus programes puguin resultar d'interès per a altres serveis municipals, sovint per treballar en poblacions concretes (nouvinguts, poblacions vulnerables, poblacions escolars, joves, etc.).
- b) *Implicació d'altres ens locals*: per les mateixes raons, els programes de PS, poden tenir objectius compartits amb altres ens locals (atenció primària, associacions de ciutadans, etc.). La col·laboració en les experiències en PS amb altres serveis municipals així com amb altres institucions i entitats locals, ja des de la planificació de les intervencions, pot afavorir l'acceptació del programa, ajustant les

seves accions, optimitzar els recursos emprats i enriquir l'enfocament amb una perspectiva multidisciplinària.

- c) *Personal capacitat*: un altre aspecte que cal tenir en compte, per a la qualitat i la sostenibilitat del projecte, és el fet de comptar amb personal prou format i experimentat en el camp, preferiblement amb vinculacions laborals estables. La inestabilitat o precarietat laboral de les persones responsables de la implementació dels programes pot interferir en el manteniment i qualitat dels programes (“Good practice” in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten).
- d) *Suport polític*: aquest suport es pot produir d'inici, però també es pot aconseguir si des del nivell tècnic i poblacional es justifica i raona la importància de la intervenció.

A la taula 5 es pot consultar la ponderació dels indicadors del criteri.

**Taula 5. Indicadors i ponderació del criteri de Sostenibilitat**

	Ponderació		
	Alta	Mitja	Baixa
<b>Implicació altres serveis municipals</b>	Existeix col·laboració des de l'inici del projecte amb altres serveis	Existeix coordinació amb altres serveis per algunes accions	No es compta amb ningú més
<b>Implicació altres ens locals</b>	Existeix col·laboració des de l'inici del projecte amb altres ens locals	Existeix coordinació amb altres ens locals per algunes accions	No es compta amb ningú més
<b>Personal capacitat</b>	Contractació estable i personal amb formació i experiència	Contractació precària o personal amb experiència però sense formació	Servei externalitzat o personal sense experiència ni formació
<b>Implicació política*</b>	El projecte té el suport polític		

\*Indicador rellevant del criteri

## 6. Participació

La participació forma part de l'essència de la PS, en tant que permet i facilita l'empoderament, afavoreix la implicació de la població amb els programes, i permet ajustar els programes a les necessitats i prioritats de la població. Per a les experiències en PS, semblen especialment interessants les possibilitats de participació en les diferents fases de la intervenció, i els tipus de participació que pot realitzar la comunitat (Díaz 2007). També semblen rellevants els esforços de la intervenció per garantir la participació de les poblacions vulnerables en les seves activitats ("Good practice" in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten).

Els indicadors, doncs, considerats per al criteri de participació són:

- a) *Moment de la participació*: es valorarà que la participació es produeixi en el màxim nombre de fases del programa possibles. Caldrà valorar si la participació s'ha produït ja des del disseny del programa, a la implementació i avaluació, o si només ha tingut lloc quan ja s'havien pres les decisions.
- b) *Tipus de participació*: un altre aspecte que cal considerar és si la participació de la població tindrà un caràcter decisiu, és a dir, participaran en les decisions que cal prendre en el programa o si aquesta participació serà merament consultiva, sense poder de decisió.

c) *Accessibilitat de les poblacions vulnerables*: aquest indicador pretén valorar els esforços del programa per arribar i facilitar l'accés de les poblacions vulnerables. S'atendrà a la possible difusió o accions específiques per afavorir la participació al programa de les poblacions més vulnerables.

La taula 6 resumeix les ponderacions tingudes en compte pel criteri.

**Taula 6. Indicadors i ponderació del criteri de Participació**

	Ponderació		
	Alta	Mitja	Baixa
Moment de la participació*	Priorització de temes, disseny intervencions, implementació, avaluació	Només en desenvolupament d'accions	A cap nivell del programa
Tipus de participació*	Processos decisius	Processos consultius	No hi ha participació
Accessibilitat poblacions vulnerables*	Es preveu una presentació específica i activa de la intervenció	Es preveu una difusió específica i passiva de la intervenció	Difusió general de les activitats i del programa

\*Indicadors rellevants del criteri

## 7. Disseny

La planificació d'una intervenció és fonamental per una BPPS, ja que és el moment en què es materialitzen tots els criteris considerats per a una BPPS: com es du a terme l'elecció d'aquells aspectes de la PS que cal treballar? Es contempla l'avaluació des de l'inici? Quines accions es duen a terme, qui i quan ho farà? Es té en compte l'evidència disponible d'altres experiències avaluades prèviament? Quin grau de participació de la població es contempla i en quina mesura i quins moments? En si mateixos, una bona planificació i que aquesta estigui ben documentada són elements clau per a l'eficàcia de les intervencions

en PS i per a què les experiències siguin considerades com a BPPS (“Good practice” in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten). Com a indicadors del criteri s’han tingut en compte els següents:

- a) *Detecció de necessitats*: idòniament, els programes haurien de respondre a les necessitats de salut de la població. Alguns indicadors de salut municipals (mortalitat, morbiditat, avortaments, accidents de trànsit, utilització de serveis sanitaris, enquestes de salut, etc.) poden ser fonts que orientin en la detecció de les necessitats. També es pot produir el cas que les intervencions segueixin les directrius d’intervenció dictades des d’altres entitats supramunicipals (Pla de salut, etc.). Un aspecte que es valorarà positivament és l’existència de processos participatius de la població en aquest nivell.
- b) *Priorització*: sovint no es disposa de recursos per donar una resposta a totes les necessitats de la població. En aquests casos cal fer un exercici de priorització per determinar quines necessitats són més importants. Existeixen diferents eines per a la priorització que sovint tenen en compte la gravetat del tema tractat, el percentatge de població afectada, la possibilitat de canviar coses, etc. És important dedicar atenció a aquests indicadors, ja que ateses les característiques de la PS s’hauria de garantir que els programes que es duen a terme contribueixin a disminuir les desigualtats en salut. Podria passar que el costum de dur a terme determinades intervencions o respondre a la demanda de col·lectius més afavorits,



preocupats per la salut i reivindicatius, contribuís a incrementar aquestes diferències. Així, doncs, es considerarà positivament el fet que la població participi tant en els processos de detecció de necessitats com en el de priorització, però garantint que hi participen els col·lectius més vulnerables.

- c) *Inclusiu d'avaluació de procés*: aquest tipus d'avaluació permet mantenir un monitoratge sobre com s'està implementant el programa i de poder solucionar les dificultats inesperades que sorgeixen a l'hora d'aplicar-lo al territori. Per tant, és un element clau per a la qualitat i l'èxit de la intervenció.
- d) *Nivell de concreció*: aquest indicador es refereix a la minuciositat amb la qual s'han planificat les intervencions. Quant més concretes, definides, temporalitzades i assignades a les persones que se n'han de fer responsables, més garantirem un resultat satisfactori. A més, aquest grau de concreció facilitarà la definició d'indicadors per a l'avaluació de resultats;
- e) *PS basada en l'evidència*: l'aprofitament dels coneixements que arriben de l'evidència disponible sobre les intervencions eficaces és un element que garanteix l'obtenció d'intervencions efectives.

Els indicadors d'aquest criteri es recullen a la taula 7.

**Taula 7. Indicadors i ponderació del criteri de Disseny**

	Ponderació		
	Alta	Mitja	Baixa
<b>Detecció necessitats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indicadors de salut o ondicionants de vida, i</li> <li>○ Processos participatius</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indicadors de salut o condicionants de vida, o</li> <li>○ Encàrrec des de nivells supramunicipals</li> </ul>	No es realitza
<b>Priorització</b>	Processos consultius a la comunitat (poblacions vulnerables)	Mètodes tipus Hanlon	No es realitza
<b>Inclusió avaluació de procés*</b>	Intenció avaluadora i d'ajust d'implementació	Intenció avaluadora	No s'inclou
<b>Nivell de concreció*</b>	Activitats específiques, responsabilitats i cronograma de les activitats	Descripció d'activitats específiques i dels seus responsables	Es descriuen activitats generals
<b>PS basada en l'evidència</b>	Per al projecte s'han dut a terme revisions d'experiències similars prèvies	Té en compte alguna experiència coneguda	No té en compte cap altra experiència

\*Indicadors rellevants del criteri

## 8. Avaluació

Cal distingir tres possibles tipus d'avaluacions i les seves utilitats: l'avaluació de procés, l'avaluació de resultats i l'avaluació d'eficàcia o cost-benefici.

L'**avaluació de procés** pot ser útil com a mecanisme planificat per a la introducció de modificacions i solucions a problemes imprevistos a la implementació. Tanmateix, quan s'adopta una pràctica originalment desenvolupada en un altre context, pot ser útil per garantir l'adaptació i avaluar la replicabilitat (Speller 1997). L'avaluació de procés, en tant que permet

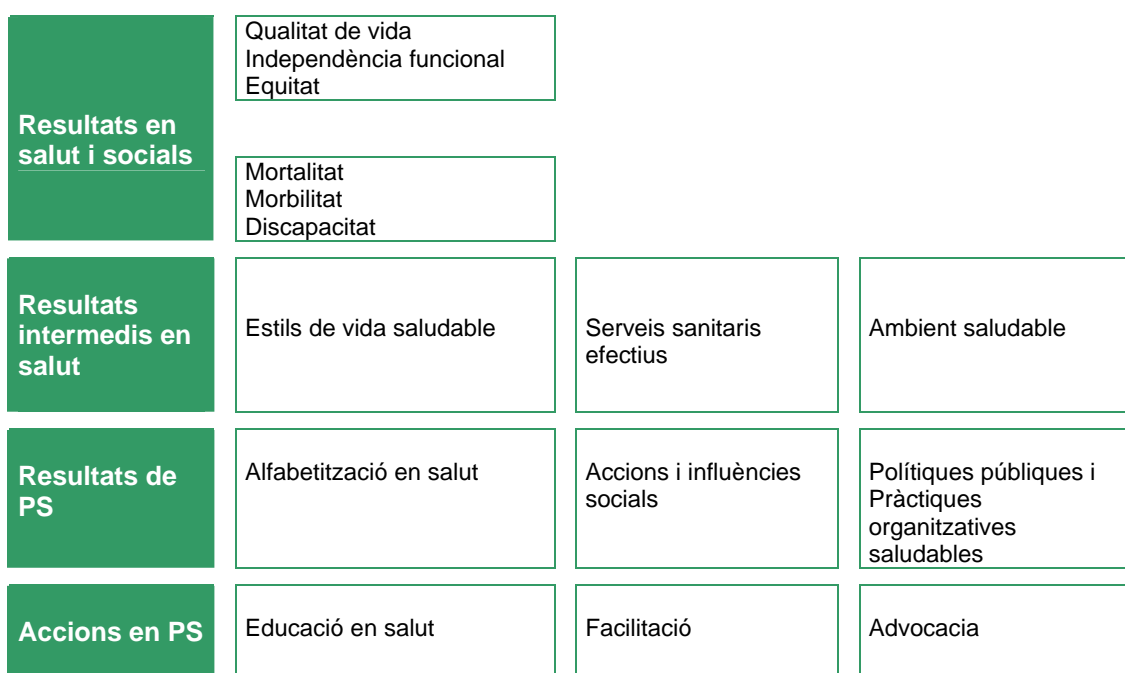
conèixer en quines condicions s'ha implementat la intervenció, pot ser un camí cap a una intervenció amb èxit i una eina per a la millor interpretació dels resultats (com valoraríem un programa que pràcticament no ha obtingut resultats positius, si sabem que no es va implementar tal i com estava planificat?). Pot comprendre tres dimensions bàsiques (Nutbeam 1998):

- L'abast del programa: s'ha arribat a la població diana? Conèixer quina ha estat la permeabilitat del programa a la població objectiu és bàsic a l'hora d'avaluar l'efecte d'una intervenció. Pot ser més o menys fàcil d'avaluar l'abast en funció del tipus de població diana.
- Acceptabilitat del programa: ha estat acceptat per la població diana? L'acceptació que té el programa per part de la població diana és clau per al seu èxit. Es pot recollir la informació de la població diana o els professionals que l'han implementat. Es pot preguntar:
  - el grau en el qual la població se sent implicada,
  - el grau en què senten que el programa respon a les seves necessitats i prioritats,
  - si creuen que pot servir per assolir els objectius,
  - si les accions del programa es consideren factibles.
- Integritat del programa: es va implementar el programa tal com s'havia planejat? Les accions previstes, un cop al territori, es poden diluir o distorsionar. Una possibilitat és triar una subpoblació

reduïda i fer un monitoratge exhaustiu de com s'ha implementat el programa.

L'avaluació de resultats en PS és imprescindible, malgrat resultar difícil per al paradigma d'avaluació predominant en l'àmbit de la salut, clarament esbiaixat cap a metodologia quantitativa (i pel gold standard dels assaigs clínics controlats i aleatoritzats). Aquesta metodologia no resulta adequada per a l'avaluació de processos complexos com els de la PS: resulta difícil traçar el camí causal entre una intervenció en PS i els canvis en salut i socials a llarg termini. Segons el model de resultats en PS (vegeu figura 2), entre les accions de la PS i els efectes en salut encara trobaríem 2 nivells de resultats: els resultats de la PS i els resultats intermedis de salut . Pretendre, doncs, avaluar els resultats en salut de la PS pot resultar poc apropiat i realista.

**Figura 2. Model de resultats en PS de Nutbeam**



Aquestes dificultats, però, lluny de justificar la no avaluació, només suposen que cal esforçar-se en trobar les alternatives per avaluar els resultats de les experiències en PS. Sembla més coherent valorar les intervencions en funció de la seva capacitat d'assolir els resultats en PS definits prèviament a la intervenció, fent servir els mètodes d'avaluació que més s'ajustin a les activitats realitzades (Nutbeam 1998). A l'hora de dissenyar l'avaluació de resultats més escaient a la intervenció, segons Nutbeam, es poden tenir en compte algunes consideracions:

- Definir objectius operacionals: concretar-los tant com sigui possible, de manera que fàcilment s'estableixin indicadors clars dels resultats de les accions planejades.
- Utilitzar la intensitat adequada d'avaluació: davant d'intervencions molt innovadores caldrà un disseny d'avaluació molt acurat i adreçat als resultats, i quan es tracti d'intervencions que ja han demostrat la seva efectivitat caldrà fer avaluació més modesta pel control de qualitat i la rendició de comptes.
- Disseny adequat d'avaluació: cal allunyar-se de la idea que calen avaluacions de recerca experimental i tenir en compte que la combinació de metodologia quantitativa i qualitativa (avaluant cada aspecte amb la metodologia més adequada) pot proporcionar la millor solució a la PS.

L'avaluació cost-benefici, tenint en compte la intenció de la creació d'un banc de BPPS, pot ser una eina de gran utilitat a l'hora de valorar la possibilitat de replicar una experiència. La idea consisteix en què a l'avaluació de resultats s'hi inclou una descripció exhaustiva dels recursos necessaris per implementar l'experiència (recursos humans, desenvolupament de materials, espais, etc.) i es mira de quantificar econòmicament el cost de la intervenció, essent aquest un element més per considerar en l'avaluació de resultats. La taula 8 recull els indicadors que s'han estimat per al criteri d'avaluació.

**Taula 8. Indicadors i ponderació del criteri d'Avaluació**

	Ponderació		
	Alta	Mitja	Baixa
<b>Avaluació de procés*</b>	S'avalua l'abast, l'acceptació i la integritat del programa en la seva implementació		
<b>Avaluació resultats</b>	S'avaluen resultats mitjançant indicadors de resultats vinculats a objectius operacionals i s'hi inclou una anàlisi de cost	S'avaluen resultats mitjançant indicadors de resultats vinculats a objectius operacionals	S'avaluen resultats mitjançant indicadors que no es vinculen a objectius operacionals

\*Indicador rellevant del criteri

### Com ponderar les experiències?

Fins ara s'han vist uns criteris valuosos per a la definició d'una BPPS amb uns indicadors ponderats. Tota BPPS haurà de complir amb uns indicadors mínims de determinats criteris per a ser considerada com a tal. Així, per exemple, es considerarà imprescindible que les BPPS s'adrecin de forma implícita o explícita a millorar determinants o condicionants de vida de la població, que les pràctiques comptin (d'inici o per convenciment) amb el suport

polític, i que incloguin almenys una avaluació de procés que serveixi per garantir una bona implementació i documenti com s'han solucionat possibles dificultats. De la mateixa manera, caldrà que una planificació sistemàtica, amb un bon nivell de concreció de tasques, recursos necessaris, temporització i responsables de les activitats, que quedi reflectida en un document que inclogui l'accés als responsables polítics i tècnics del projecte.

No obstant això, hi ha dos indicadors del criteri de transferibilitat que es consideraran condició sine qua non per poder acceptar una experiència com a BPPS: accessibilitat als responsables del projecte i documentació. Com a mínim s'haurà d'adjuntar un document de projecte inicial i una memòria (cas d'haver completat l'experiència) que, com a mínim, assoleixen una ponderació mitja.

Pel que fa a la resta d'indicadors considerats rellevants per a una BPPS (9 indicadors) i els de valors afegits (14 indicadors), atorgaran a les experiències una doble puntuació que serà màxima a: 9 (rellevants)–14 (valors afegits). Es considerarà que aquelles pràctiques que igualin o superin el 7 (rellevants) seran BPPS. Aquelles amb una puntuació (5 o 6) es consideraran pràctiques significatives. Aquelles que no superin el 4 de puntuació rellevant, o bé no aportin documentació seran considerades com a experiències rebutjades en el moment de l'avaluació. Aquesta classificació inicial no suposa que si es produeixen unes millores en l'experiència, atenent a l'informe d'avaluació com a BPPS, aquestes no puguin tornar a ser avaluades i acceptades en una futura convocatòria.

La taula 9 sintetitza els àmbits i les aspiracions considerades per a tota BPPS, així com els críteris desenvolupats i els seus indicadors. S'han ombrejat aquells indicadors considerats rellevants per a la valoració com a BPPS de les experiències, així com la ponderació mínima requerida.



**Taula 9. Resum de les aspiracions de les BPPS, els críteris i indicadors**

Críteris	Àmbit	Aspiracions		Indicador	
<b>Comuns</b>	<b>Transversal</b>	Les pràctiques en PS han de poder donar resposta de forma innovadora, creativa, i replicable a les necessitats conegudes i emergents de la comunitat i especialment de les poblacions vulnerables.	<b>Innovació</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temàtica</li> <li>• Població diana</li> <li>• Noves solucions / aprenentatges</li> </ul>	Mitja
			<b>Transferibilitat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universalitat d'idees</li> </ul>	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentació</li> </ul>	Mitja
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solucions a la implementació</li> <li>• Accessibilitat responsables</li> </ul>	Mitja
<b>Específics</b>	<b>Rellevància de contingut</b>	Les pràctiques en PS s'han d'adreçar als determinants de salut i als condicionants de la salut, focalitzant especialment les poblacions vulnerables, estimulant les capacitats personals i socials de la població per a tenir cura de la seva pròpia salut i la de la seva comunitat.	<b>Filosofia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poblacions vulnerables</li> <li>• PS explícitament o implícitament</li> </ul>	Mitja
			<b>Empoderament</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitació població</li> <li>• Efecte multiplicador</li> <li>• Creació de xarxa social</li> <li>• Participació en avaluació de procés</li> </ul>	
	<b>Actors</b>	Les pràctiques de PS, la participació de la població en totes les seves fases i la col·laboració de la resta de serveis municipals i ens locals relacionats amb els objectius de les intervencions, des de l'inici del projecte. Les pràctiques en PS inclouran estratègies actives per garantir l'accés a les poblacions vulnerables.	<b>Sostenibilitat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicació i suport polític</li> <li>• Implicació altres serveis municipals</li> <li>• Implicació ens locals</li> <li>• Personal capacitat i estable</li> </ul>	Mitja
			<b>Participació</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previsió de participació</li> <li>• Accessibilitat poblacions vulnerables</li> </ul>	Mitja
	<b>Disseny i implementació</b>	Les pràctiques de PS hauran de tendir a la sistematització, participació i documentació de tota la intervenció des de l'inici. Es tindrà en compte l'evidència disponible en relació amb les intervencions realitzades.	<b>Disseny</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecció necessitats població</li> <li>• Priorització</li> </ul>	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusió avaluació procés</li> <li>• Nivell de concreció</li> <li>• PS basada en la evidència</li> </ul>	Mitja
	<b>Impacte</b>	Les pràctiques en PS s'avaluaran, en la intensitat requerida per a cada intervenció, de forma sistemàtica. L'avaluació s'inclourà en el disseny des de l'inici del projecte.	<b>Avaluació</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaluació de procés</li> <li>• Avaluació de resultats</li> </ul>	Mitja

\* S'han ombrejat aquells indicadors que es consideren rellevants. Els indicadors dels críteris d'**Innovació** (3) i de **Participació** (2), puntuen màxim com 1 punt. El indicadors *Documentació* i *Accessibilitat responsables* es consideren, a més, **INDISPENSABLES**, essent obligatori per a una BPPS obtenir una puntuació mitja. Per tant, hi ha un total de **9 indicadors indispensables**. La resta d'indicadors, de diferents críteris es consideren **valors afegits** de l'experiència, essent un total de **14**.

## **Bibliografia**

Joint Accord Table of the Voluntary Sector Initiative. *A Code of Good Practice on Funding: Building on An Accord Between the Government of Canada and the Voluntary Sector*. Octubre, 2002. Consultat el 27 de maig de 2009 a:  
[http://www.vsisbc.org/eng/funding/pdf/codes\\_funding.pdf](http://www.vsisbc.org/eng/funding/pdf/codes_funding.pdf)

Centre for Health Program Evaluation. *First evaluation report*. Municipal Public Health Planning Framework. Good Practice Program. Novembre, 2002. Consultat el 27 de maig de 2009 a:  
<http://www.health.vic.gov.au/localgov/goodprac/evaluation.htm>

Dahlgren, G.; Whitehead, M. *European strategies for trackling social inequities in health. Levelling up part 2*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on social determinants on health. Studies on social and economic determinants of population health, núm. 3. Liverpool: University of Liverpool, 1993.

Díaz, L. *Criterios para la evaluación de buenas prácticas participativas*. Barcelona: Fundació Carles Pi i Sunyer, 2007.

Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; *et al. Estrategia de vida saludable*, 2006. Consultat el 27 de maig de 2009 a:  
[http://www.osanet.euskadi.net/r85evs/es/contenidos/informacion/estrategia\\_vida\\_saludable/es\\_evs/adjuntos/estrategiaVidaSaludable.pdf](http://www.osanet.euskadi.net/r85evs/es/contenidos/informacion/estrategia_vida_saludable/es_evs/adjuntos/estrategiaVidaSaludable.pdf)

Gil, P. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson, 2003.

Consultat el dia 6 de juny de 2009 a: <http://www.famp.es/>

*"Good practice" in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.*

Consultat el 27 de maig de 2009 a: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=d949deb5aad197cfae106e8b9401760&d=maina>

Good Practice Program. *Final evaluation Report*. Melbourne: Program Evaluation Unit. School of Population Health. Department of Public Health. The University of Melbourne. Abril, 2005. Consultat el 27 de maig de 2009 a:

<http://www.health.vic.gov.au/localgov/goodprac/evaluation.htm>

Hernán García, M.; Ramos Montserrat, M.; Fernández Ajuria, A. "Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles". *Revista Española de Salud Pública* 75 (2001): 491-504.

Juárez, O.; Díez, E. "Prevención del sida en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones". *Gaceta Sanitaria* 13 (1999): 150-62.

Lalonde, M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ministry of National Health and Welfare, 1974. Consultat el 20 de maig de 2009 a: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf)

Nutbeam, D. "Evaluating health promotion-progress: problems and solutions". *Health Promotion International* 13 (1998): 27-44.

Nutbeam, D. "Health promotion glossary". *Health promotion International* 13 (1998b): 349-64.

OMS. *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*, 2000. Consultat el dia 30 de maig de 2009 a:

[http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/marco\\_normativo/conferencias/mexico.pdf](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/marco_normativo/conferencias/mexico.pdf)

OMS. *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo Globalizado*, 2005. Consultat el dia 30 de maig de 2009 a:

<[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)>

OMS; Gobierno Vasco; OPS; et al. *Concepto de las Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar y la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud*, 2006. Consultat el dia 27 de maig de 2009 a:

[http://www.educaragon.org/files/Concepto\\_Buenas\\_Practicas.pdf](http://www.educaragon.org/files/Concepto_Buenas_Practicas.pdf)

Red Andaluza de Ciudades Saludables (RACS). *7.ª Asamblea General de la FAMP. Memoria de Gestión*, 2006. Consultat el dia 30 de maig de 2009 a:

<http://www.famp.es/famp/7ASAMBLEA/memoriaWEB/contenido/14.1.RACS.pdf>

Rodríguez Artalejo, F. "Determinantes de la salud". Dins Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C. *Promoción de la salud y cambio social*. 1.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson, 2000.

Speller, V.; Learmonth, A.; Harrison, D. 1997, "The search for evidence of effective health promotion". *BMJ* 315 (1997): 361-363.

Villalbí, J. R. 2000, "Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviour of an AIDS prevention programme targeting secondary school adolescents". *Promotion & Education* VII(3): 17-22.

Ysa, T; Cortada, M; Crusellas, E. 2003. *Criterios para detectar buenas prácticas locales*. Document Pi i Sunyer 25. Fundació Pi i Sunyer. Barcelona 2003



# **Banc de Bones Pràctiques**



Diputació  
Barcelona

Fundació  
Carles Pi  
i Sunyer