

Osstelba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-16-01

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD DE LAS POLÍTICAS AUTONÓMICAS

Proyecto de Investigación Comisionada

Febrero 2016

INFORME DE EVALUACIÓN

D-16-01

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA
DE CRIBADO PARA LA EVALUACIÓN
DE IMPACTO EN SALUD
DE LAS POLÍTICAS AUTONÓMICAS**

Proyecto de Investigación Comisionada

Febrero 2016

Aldasoro Unamuno, Elena
Bacigalupe de la Hera, Amaia
Calderon Gómez, Carlos
Esnaola Sukia, Santiago
Sanz Tolosana, Elvira
Morteruel Arizcuren, Maite

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2016

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red Bibliotekak del Gobierno Vasco:
<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2006. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
N.º Expediente 2006/01.

Este documento debe ser citado como:

Aldasoro E, Bacigalupe A, Calderon C, Esnaola S, Sanz E, Morteruel M. *Diseño y Validación de una herramienta de cribado para la Evaluación de Impacto en Salud de las políticas autonómicas*. Investigación Comisionada. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2016. Informe Osteba D-16-01.

Autora para correspondencia:

ealdasoro-san@euskadi.eus (Elena Aldasoro Unamuno)

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión, externa o por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª febrero 2016

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Internet: www.euskadi.eus/publicaciones

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Ipar, S. Coop.
Zurbaran, 2-4 – 48007 Bilbao

Equipo de Investigación

Investigadora principal

Elena Aldasoro Unamuno. Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

Miembros del equipo de investigación

Amaia Bacigalupe de la Hera. Departamento de Sociología. Universidad del País Vasco. Leioa. Bizkaia.

Carlos Calderón Gómez. Centro de Salud de Altza. Donostia-San Sebastián.

Santiago Esnaola Sukia. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

Elvira Sanz Tolosana. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

Maite Morteruel Arizcuren. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

Mónica Martínez Cengotitabengoa. OSI Araba (Hospital Universitario Araba). Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz.

Jon Zuazagoitia Nubla. Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

M.ª Luisa Gutiérrez Ibarzabal. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

José Ramón Rueda. Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco. Leioa. Bizkaia.

Koldo Cambra Contin. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Koldo de la Fuente Campos. Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

Justo Aranguren. Departamento de Vivienda, Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.

Apoyo logístico y administrativo

Puy Esparza Liberal. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

Revisores externos

Elena Cabeza. Direcció General de Salut Pública i Consum. Conselleria de Salut. Govern de les Illes Balears.

Angelina González Viana. Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya.

Agradecimientos

Este proyecto no se hubiera llevado a cabo sin la colaboración de los Departamentos de Vivienda y Asuntos Sociales, Transportes y Obras Públicas y Justicia, Empleo y Seguridad Social de la

VIII Legislatura del Gobierno Vasco. Por ello, agradecemos el esfuerzo realizado, tanto por el personal de nivel político como de nivel técnico, en el desarrollo del trabajo intersectorial que no solamente ha hecho posible alcanzar los objetivos del proyecto, sino que ha sido el germen de posteriores iniciativas para incorporar la Salud en la acción política del Gobierno Vasco.

Coordinación y gestión administrativa del Proyecto en Osteba

M.^a Asun Gutiérrez Iglesias, Ana Belén Arcellares Díez e Iñaki Gutiérrez Ibarluzea. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN.....	17
2. OBJETIVOS.....	25
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
3.1. Elaboración de la herramienta de cribado para la EIS de las políticas públicas con incorporación de la perspectiva de las desigualdades sociales en salud.....	31
3.2. Trabajo intersectorial en el proceso de cribado de las políticas autonómicas	31
3.3. Desarrollo de la fase de identificación de impactos en salud mediante la aplicación práctica de la herramienta de cribado	33
3.4. Validación de la herramienta diseñada y el proceso de cribado para la EIS de las políticas públicas.....	34
3.5. Caracterización de la acción de gobierno e identificación de recomendaciones generales para mejorar la salud y la equidad en salud de la población vasca.....	35
4. RESULTADOS	37
4.1. La herramienta de cribado para la EIS de las políticas públicas con enfoque de equidad.....	39
4.2. Trabajo intersectorial en el proceso de cribado de las políticas sectoriales	39
4.3. Definición del proceso de cribado de las políticas públicas del Gobierno Vasco y resultados en cuanto a la necesidad de una EIS posterior	40
4.4. Percepciones sobre la herramienta y el proceso de cribado para la EIS de las políticas públicas	41
4.5. Descripción general del efecto de la acción del gobierno en los determinantes sociales de la salud.....	43
5. CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS	57

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD DE LAS POLÍTICAS AUTONÓMICAS.

Autores: Aldasoro E, Bacigalupe A, Calderon C, Esnaola S, Sanz E, Morteruel M S.

Tecnología: metodológica

Palabras clave: Health in All Policies, Health Impact Assessment, Screening, Social Determinants of Health, Health equity, Public Policies.

Fecha: enero 2016

Páginas: 89

Referencias: 43

Lenguaje: castellano y resumen en castellano, euskera e inglés

INTRODUCCIÓN

La salud además de un derecho humano es una fuente de bienestar y riqueza. La estrategia de Salud en Todas las Políticas plantea que el sector salud, además de organizar y financiar servicios sanitarios, impulse acciones para considerar sistemáticamente la salud y la equidad en salud en las políticas sectoriales. Una de sus principales metodologías es la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) que trata de juzgar los efectos de dichas políticas antes de su implementación e introducir recomendaciones que maximicen su efecto positivo en la salud. De las cinco fases que caracterizan la EIS, el cribado es la primera y es importante porque activa el desarrollo de las etapas posteriores.

OBJETIVOS

Elaborar y validar una herramienta con enfoque de equidad en salud, para el cribado de las políticas, planes y programas autonómicos del Gobierno Vasco susceptibles de beneficiarse de la EIS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de elaboración y posterior validación de una herramienta de cribado para la EIS. La elaboración se basó en el modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Una vez diseñada la herramienta se definió el proceso de cribado y se evaluaron ambos mediante su aplicación a 14 políticas sectoriales del Gobierno Vasco y un estudio cualitativo para conocer las percepciones de las personas responsables de dichas políticas que participaron en el estudio.

Análisis económico: Sí

NO

Opinión de Expertos: Sí

NO

RESULTADOS

El instrumento, tipo *checklist*, se subdividió en tres secciones referentes a la importancia político estratégica de la política sectorial, la identificación de los impactos y la decisión de llevar a cabo una EIS completa.

El proceso de cribado se definió en cinco fases: 1) compromiso, 2) sensibilización, 3) identificación de impactos, 4) decisión sobre la necesidad de una EIS completa y 5) redacción del informe.

Las personas de nivel técnico que participaron en el estudio cualitativo valoraron positivamente el trabajo intersectorial realizado, al igual que la asistencia recibida para comprender la herramienta. Sin embargo, tenían dudas sobre la continuidad de la iniciativa, en parte debido a la tradicional descoordinación entre y dentro de los departamentos. Además, destacaban la importancia de contar con el nivel técnico, en lugar de implantar políticas «desde arriba» y la necesidad de compromiso y formación de quienes toman las decisiones.

Solamente dos de las 14 políticas a estudio requerían la realización de una EIS completa y se correspondían con políticas de nivel estratégico. Para el resto, se estimó que las recomendaciones que surgían del propio cribado eran suficientes para maximizar el impacto positivo en salud. El 95% de los 326 impactos identificados en los determinantes sociales de las desigualdades en salud fueron positivos, y únicamente 18 negativos o inciertos.

Las oportunidades de mejora del efecto del conjunto de la acción de gobierno a estudio eran referentes a las desigualdades de género, clase social, discapacidad y ámbito rural-urbano. También se recomendó la utilización de índices de privación objetivos para caracterizar las áreas geográficas desfavorecidas y además, reforzar la evaluación ex post de las políticas.

CONCLUSIONES

Este proyecto de investigación destinado a validar una herramienta para su uso en el cribado de la EIS de las políticas públicas sectoriales, permitió avanzar en el trabajo intersectorial, conocer las barreras y elementos clave para su desarrollo y los determinantes sociales a los que va dirigida una parte de la acción de gobierno.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: BAHEKETA-TRESNA BAT DISEINATZEA ETA BALIOZTATZEA, EAE-KO POLITIKEN OSASUNEAN IZAN DEZAKETEN ERAGINA EBALUATZEKO

Egileak: Aldasoro E, Bacigalupe A, Calderon C, Esnaola S, Sanz E, Morteruel M S.

Teknologia: metodologikoa

Hitz gakoak: Health in All Policies, Health Impact Assessment, Screening, Social Determinants of Health, Health equity, Public Policies.

Data: 2016ko urtarrila

Orri kopurua: 89

Erreferentziak: 43

Hizkuntza: gaztelania eta laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez

SARRERA

Osasuna giza eskubide bat da, bai eta ongizate- eta aberastasun-iturri bat ere. Osasuna Politika Guzti-tan izeneko estrategiak proposatzen duenez, osasun-sektoreak osasun-zerbitzuak antolatu eta finantzatu behar ditu, baina baita jarduerak sustatu ere, osasuna eta ekitatea politika sektorialetan sistematikoki kontuan hartzeko. Estrategia horren metodologia nagusienetako bat Osasunaren gaineko Eraginaren Ebaluazioa (OEE) da; alegia, politika horien efektuak politikak berak ezarri aurretik balortzea eta osasunaren gainean duten efektu positiboa areagotzeko gomendioak ematea. OEEren bost faseetako lehenengoa baheketa da, eta garrantzitsua da ondorengo atalen garapena aktibatzen duelako.

HELBURUAK

Osasun-arloko ekitatearen ikuspegia duen tresna bat egin eta balioztatzea, OEE aplikatu dakiekeen Eusko Jaurlaritzaren politika, plan eta programa bahetzeko.

MATERIALA ETA METODOAK

OEErako baheketa-tresna bat egin eta, ondoren, balioztatzeko azterlan bat da. Osasun-arloko desberdintasun sozialen determinatzaileen eredia izan zen tresna egiteko oinarria. Tresna diseinatu eta gero, baheketa-prozesua definitu zen. Ondoren, biak ebaluatzeko, Eusko Jaurlaritzaren 14 politika sektorialeki aplikatu zitzaizen eta azterketa kualitatibo bat egin zen, azterlanean parte hartu zuten arduradunen iritzia ezagutzeko.

Azterketa ekonomikoa:

BAI

(EZ)

Adituen iritzia:

(BAI)

EZ

EMAITZAK

Tresna, *checklist* estilokoa, hiru ataletan zatitu zen: politika sektorial horren garrantzi politiko-estrategikoa, eraginaren identifikazioa eta OEE oso bat egiteko hartutako erabakia.

Baheketa-prozesua 5 fasetan antolatu zen: 1) konpromisoa, 2) sentsibilizazioa, 3) eraginaren identifikazioa, 4) OEE oso bat egiteko beharraren erabakia eta 5) txostena idaztea.

Azterlan kualitatiboan parte hartu zuten teknikariek positiboki baloratu zuten egindako sektoreen arteko lana, baita tresna ulertzeko jaso zuten laguntza ere. Alabaina, ekimenaren jarraipenari buruzko zalantzak zituzten, hein batean sailen artean eta horien barnean beti ohikoa izan den koordinazio-faltarengatik. Gainera, nabarmentzen zutenez, garrantzitsua da maila teknikoa izatea, politikak «goitik» ezarri beharrean, eta beharrezkoa da erabakiak hartzen dituztenek konpromisoa eta prestakuntza izatea.

Aztertu ziren 14 politiketako 2k baino ez zuten OEE oso bat behar eta maila estrategikoko politikak ziren biak, hain zuzen ere. Gainerakoetan, uste zen baheketatik bertatik sortutako gomendioak nahikoa zirela osasunaren gaineko eragin positiboa areagotzeko. Osasun-arloko desberdintasunen determinatzaile sozialen gaineko 326 inpaktu identifikatu ziren. Horietatik, % 95 positiboak izan ziren, eta 18 bakarrik negatiboak edo zalantzazkoak.

Aztertu zen gobernu-ekintzaren efektua hobetzeko aukerek lotura zuten genero-desberdintasunekin, klase sozialarekin, desgaitasunarekin eta landa- eta hiri-eremuarekin. Era berean, gabetze-indize objektiboak erabiltzea gomendatu zen inguru geografiko ahulenen ezaugarriak ezagutzeko eta, gainera, politikak ezarri eta gero egiten den ebaluazioa indartzeko.

ONDORIOAK

Politika publiko sektorialen OEEren baheketan erabiltzeko tresna bat balioztatzeko ikerketa-proiektu honi esker, batetik, sektore arteko lana aurreratu ahal izan zen, eta, bestetik, hori garatzeko oztopoak eta nahitaezko elementuak eta gobernu-ekintzaren zati baten onuradun diren determinatzaile sozialak ezagutu ahal izan ziren.

STRUCTURED SUMMARY

Title: DESIGN AND VALIDATION OF A SCREENING TOOL FOR EVALUATING THE HEALTH IMPACT OF REGIONAL POLICIES

Technology: methodological

Authors: Aldasoro E, Bacigalupe A, Calderon C, Esnaola S, Sanz E, Morteruel MS.

Keywords: Health in All Policies, Health Impact Assessment, Screening, Social Determinants of Health, Health equity, Public Policies.

Date: January 2016

Pages: 89

References: 43

Language: spanish, summaries available in spanish, basque and english

INTRODUCTION

In addition to being a human right, health is also a source of wealth and well-being. The Health in All Policies strategy proposes that, in addition to organising and funding health services, the health sector should also promote actions to systematically take health and health equity into consideration in sector-based policies. One of the main methodologies is the so-called Health Impact Assessment (HIA), which aims to determine the effects of such policies prior to their implementation and to introduce recommendations to maximise their positive health effects. Screening is the first of the five phases involved in an HIA and, as such, is important as it activates the conduct of the subsequent phases.

OBJETIVES

To elaborate and validate a health equity-based tool to screen the policies, plans and programmes of the Basque regional government that may benefit from an HIA.

MATERIALS AND METHODS

This is a study to elaborate and subsequently validate a screening tool for HIAs. Elaboration was based on the social determinants of health inequalities model. Once the tool had been designed, the screening process was defined and both were evaluated by application to 14 sector-based policies from the Basque regional government and a qualitative study to determine the perceptions of the people responsible for these policies who participated in the study.

Economic analysis: YES NO **Expert opinion:** YES NO

RESULTS

The instrument, in this case a checklist, was subdivided into three sections regarding the strategic political importance of sector-based policies, identification of the impacts and the decision to undertake a full HIA.

The screening process was sub-divided into five phases: 1) commitment, 2) raising awareness, 3) identification of impacts, 4) decision regarding the need for a full HIA, and 5) report writing.

The technical-level people who participated in the qualitative study evaluated the inter-sector work undertaken, as well as the help provided to understand the tool, positively. However, they had doubts as regards the continuity of the initiative, partly due to the traditional lack of coordination between and within departments. In addition, they highlighted the importance of taking the technical level into consideration instead of implementing policies «from above» and the need for commitment and training for the persons involved in decision-making.

Only two of the 14 policies studied required a full HIA to be performed, with these being policies at a strategic level. For the remainder, it was considered that the recommendations that arose from the screening itself were sufficient to maximise the positive health impact. Some 95% of the 326 impacts identified in the social determinants of health inequalities were positive, with only 18 being negative or uncertain.

The opportunities for improving the effect of the set of government actions studied concerned gender inequalities, social class, disability and the rural/urban setting. The use of objective deprivation indices to characterise disfavoured geographical regions, and the strengthening of ex post policy assessments, was also recommended.

CONCLUSIONS

This research project, which aimed to validate a tool for use in the HIA screening of sector-based public policies, has allowed progress to be made in inter-sector work and the barriers and elements essential for its implementation and the social determinants at which part of the governmental actions are aimed to be understood.

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día la salud no sólo es reconocida como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos(1), sino también como un elemento esencial del bienestar de las poblaciones(2). La salud se considera un motor del desarrollo sostenible y se relaciona con el crecimiento económico, el empleo y la competitividad(3).

La salud es un fenómeno complejo y su visión ha experimentado numerosos cambios, en base a los cuales se han elaborado diferentes marcos conceptuales que incluyen, en cada caso, los principales factores que la determinan.

En las últimas décadas las agendas internacionales de salud han adoptado dos enfoques bien diferenciados. El primero se centra en las tecnologías médicas y las intervenciones de salud pública y el segundo, con una visión social de la salud, requiere formas más complejas de acción política intersectorial e incluso se contempla en una agenda más amplia, la de la justicia social(4).

Uno de los primeros consensos que adoptó este enfoque social de la salud fue la carta de Ottawa (1986) que estableció los nuevos principios de promoción de la salud, planteando ésta no como un objetivo, sino como una fuente de riqueza de la vida cotidiana. Este nuevo paradigma aportaba una visión positiva y holística de la salud que integraba las propiedades del bienestar humano. Desde entonces se han sucedido diferentes declaraciones (Yacarta y Adelaida), al tiempo que se han propuesto modelos explicativos que incorporan los factores sociales. Entre ellos cabe destacar el modelo de los determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead y el de los determinantes sociales de las desigualdades en salud elaborado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud.

Dahlgren y Whitehead elaboraron un modelo multinivel que representa los factores o determinantes sociales de la salud en varias capas superpuestas. En la más interna se sitúan los factores biológicos y la carga genética (individuales), en el estrato superior las conductas relacionadas con la salud, por encima de ésta las redes comunitarias y el soporte social, después los factores relacionados con las condiciones materiales de vida que incluyen el acceso a servicios, y en la capa más externa, las condiciones generales socioeconómicas y medioambientales (Figura 1).

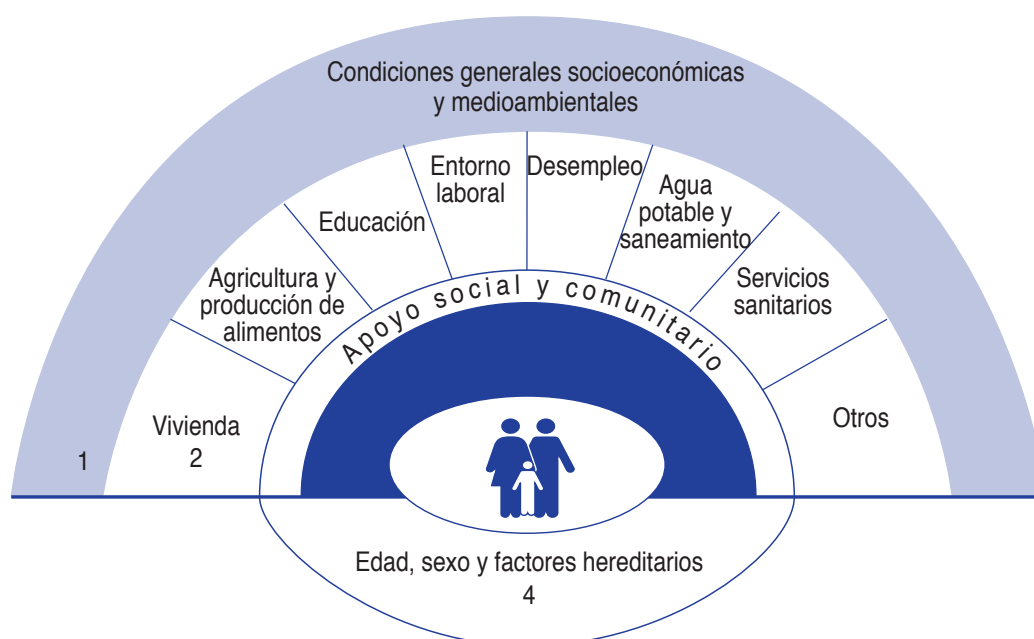


Figura 1. Factores sociales que afectan a la salud. Adaptado de Dahlgren y Whithead, 1991

El segundo modelo, el de la CDSS(4), va más allá de los factores sociales que influyen en la salud y explica los que determinan las desigualdades sociales en salud. Los sitúa en dos niveles partiendo de izquierda a derecha. Los primeros son los estructurales, también llamados «las causas de las causas», y son los causantes de la desigualdad social en salud. Pertenecen al contexto político y socioeconómico, y en función de las decisiones tomadas a dicho nivel y de la cultura y valores preponderantes, se generan o mantienen las jerarquías sociales según diversos ejes de desigualdad. Los determinantes estructurales operan a través de los determinantes intermedios que incluyen las condiciones materiales de vida, y factores de nivel individual como los psicosociales, los biológicos y las conductas relacionadas con la salud. La estratificación social determina diferencias en la exposición y vulnerabilidad a dichos factores dando lugar a las desigualdades en salud (Figura 2).

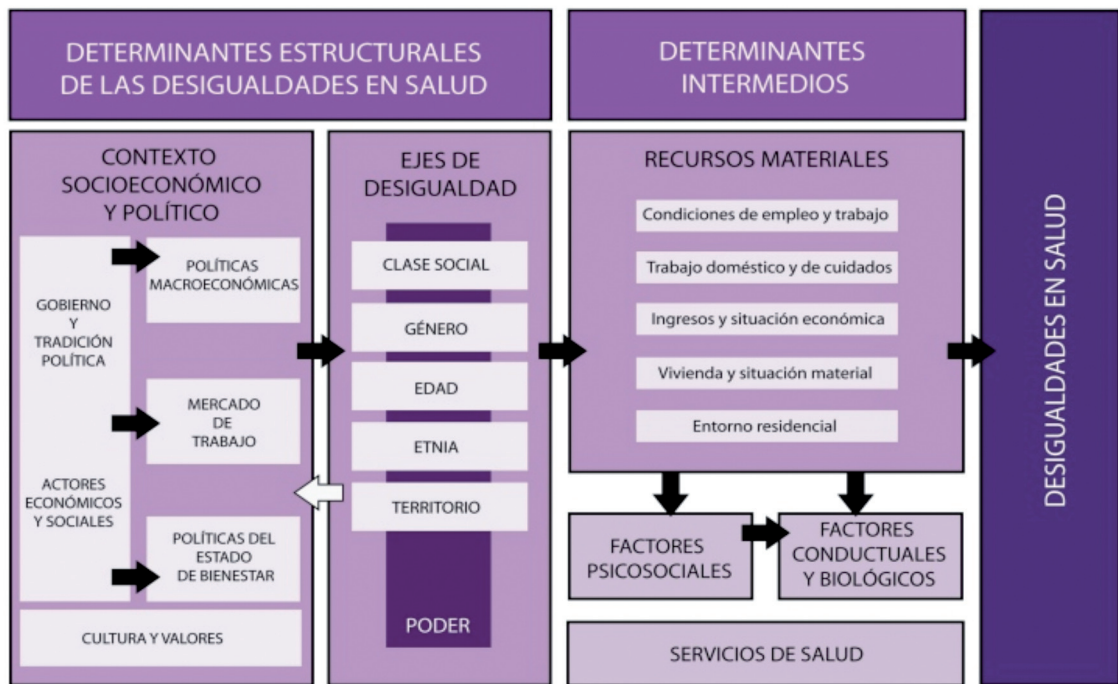
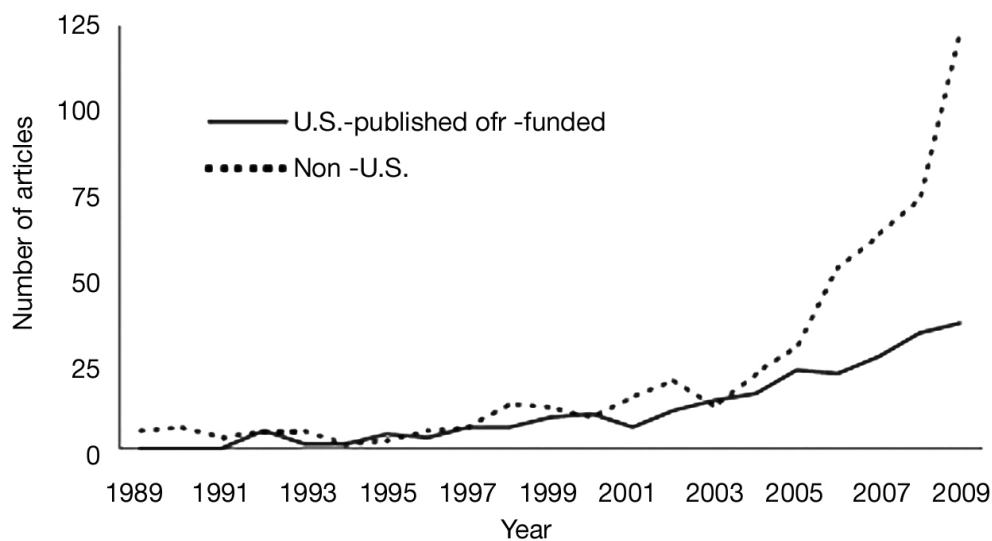


Figura 2. Marco conceptual de la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España adaptado de Orielle Solar y Alec Irwin

La construcción de ambos modelos se ha basado en evidencia científica, obtenida de manera empírica, sobre la relación de la salud y las desigualdades en salud con las características sociales. Este tipo de investigación basada en las causas sociales de la salud ha ido creciendo en los últimos 20 años, al mismo tiempo que el convencimiento de que la atención sanitaria no es capaz, por sí sola, de mejorar adecuadamente la salud global ni de reducir las desigualdades en salud.

Gracias a ello ha sido posible acumular una masa crítica de conocimiento relevante sobre asociaciones, *pathways*, mecanismos de actuación biológicos y papel de los factores sociales en la salud y sus desigualdades. También existen revisiones sistemáticas sobre el efecto de las intervenciones no sanitarias en la salud y la equidad en salud, aunque la evidencia es menos concluyente. La Figura 3 muestra el aumento en el número de estudios publicados sobre determinantes sociales de la salud (DSS) en EE.UU. y en Europa entre 1989 y 2009(5,6).



Fuente: Braveman, Egerter y Williams.

Figura 3. Incremento del número de estudios sobre determinantes sociales de la salud en Estados Unidos y en Europa

La idea de que el sector de la salud, dedicado principalmente a organizar y financiar servicios sanitarios accesibles y de calidad, debe impulsar acciones para considerar de manera sistemática el efecto de las políticas sectoriales en la salud, es la razón de ser de la estrategia Salud en Todas las Políticas (SeTP). Todo ello porque la salud de la población, al igual que las desigualdades en salud, se ven afectadas por el medio ambiente social, físico y económico en que viven las personas y por la diferente distribución de dichos factores entre los grupos sociales(7).

Se ha definido SeTP como una aproximación a las políticas públicas sectoriales que tiene en cuenta sistemáticamente las implicaciones de la toma de decisiones en la salud, que busca sinergias y evita impactos perjudiciales en la salud. Todo ello con el fin último de mejorar la salud poblacional y la equidad en salud. Se fundamenta en los derechos y obligaciones relacionados con la salud e incorpora la rendición de cuentas respecto a los impactos en salud, en cualquiera de las fases y niveles de la formulación de políticas(8).

La integración de la salud en las políticas extrasanitarias significa hacer abogacía por la salud, proveer información y evidencia y cuando es necesario, buscar y negociar soluciones alternativas a las políticas propuestas(7).

El componente esencial de la estrategia SeTP es la acción intersectorial, definida por la OMS como «el proceso mediante el cual los objetivos, estrategias, actividades y recursos de cada sector tienen en cuenta su implicación e impacto en los objetivos, estrategias, actividades y recursos de otros sectores». También se ha definido como «los esfuerzos comunes de diferentes sectores para producir políticas comprensivas e integradas que den respuesta a las necesidades generales»(9). La visión de la salud en sentido amplio requiere apostar por el trabajo intersectorial como una nueva dimensión de la acción en salud, que trata de superar la fragmentación de las políticas y ofrece una nueva vía de planificar, implementar y monitorizar la prestación de servicios de salud.

El tipo de relación que se establece con los otros sectores constituyen el marco de desarrollo del trabajo intersectorial. De este modo, según el nivel de compromiso entre sectores se ha descrito un gradiente de cuatro fases, partiendo de la menor intensidad de información hasta la de integración de la salud en todas las políticas(10) (Figura 4).

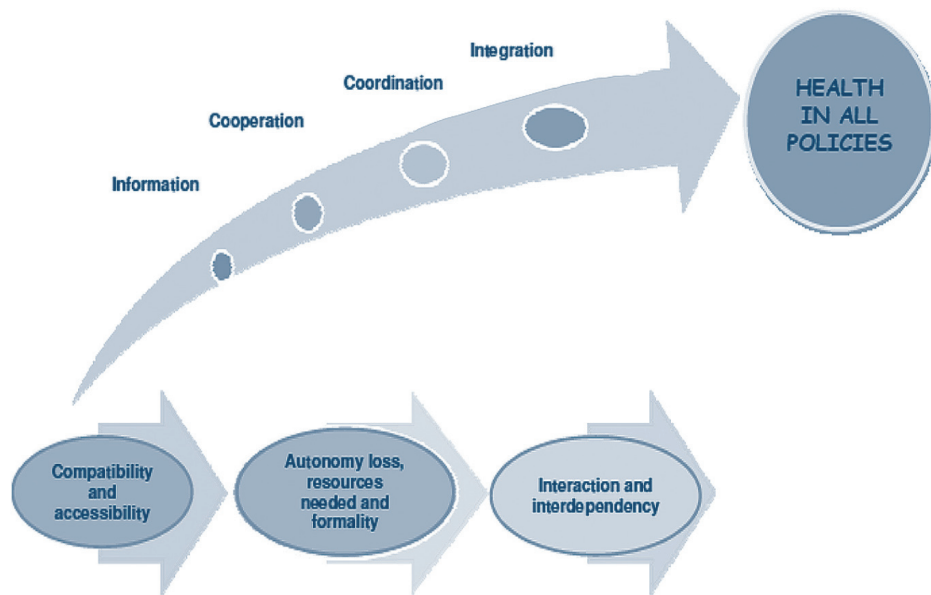


Figura 4. Modelo del rango de niveles de acción intersectorial en salud

La relación de primer nivel es la informativa, basada en el intercambio de información con los otros sectores. Se trata de una relación unidireccional, y generalmente se asocia con instrucciones por parte del sector salud que envuelven a otro sector, pero juega un papel pasivo. En el siguiente nivel se encuentran las relaciones de cooperación que consisten en la interacción entre dos sectores para alcanzar mayor eficiencia. La coordinación, situada en el tercer nivel, supone un cambio importante porque implica un esfuerzo conjunto para ajustar las políticas de cada sector con el fin de ganar eficiencia y efectividad, y apunta hacia un trabajo horizontal (en red) entre sectores.

En el nivel más alto se encuentran las de integración que se definen de manera conjunta con los otros sectores para dar como resultado una nueva política que represente más que el trabajo de un sector. Esto significa la integración conceptual de los objetivos, la integración administrativa de ciertos procesos, y la desaparición de los feudos cerrados de cada sector. Además, la integración afecta a todo el espectro de la planificación, desde el diseño hasta la evaluación.

La SeTP supone avanzar más allá de la integración. La acción intersectorial no se presenta como una estrategia para resolver problemas, sino como un área de desarrollo y producción de nuevas políticas enfocadas al logro de objetivos de mayor nivel, generalmente formulados en términos de calidad de vida y bienestar. Por lo tanto, no se trata solo de la integración en la formulación, diseño e implementación de las políticas de salud con otros sectores, sino de considerar la salud como uno de los ejes de todas las políticas, especialmente las sociales. De esta manera, el resto de los sectores incluye el impacto de sus iniciativas en la salud como uno de sus objetivos estratégicos (mejor salud para el total de la población).

Una de las herramientas de SeTP que operativiza todo lo anterior es la Evaluación de Impacto en Salud (EIS), que sirve para evaluar el impacto en la salud y las diferentes soluciones(11). La EIS se definió por consenso en Gotteburgo como «una combinación de procedimientos que permiten juzgar los efectos de una política, programa o proyecto en la salud de la población y la distribución de tales efectos en dicha población»(12). Es una práctica que fomenta la adopción de políticas públicas saludables(13), mediante la elaboración de recomendaciones que aumenten los efectos positivos de una propuesta y disminuyan los negativos (Figura 5).



Fuente: Putting health in the policy picture. London: Department of Health, 2010

Figura 5. Lo que la Evaluación del Impacto en Salud trata de conseguir

La EIS contribuye a la salud pública permitiendo que las personas que toman decisiones en nombre de la sociedad conozcan de manera anticipada cómo estas decisiones pueden afectar a la salud poblacional y a grupos sociales específicos, dando como resultado políticas más saludables y equitativas(14,15).

El proceso de una EIS consta de las cinco fases siguientes: cribado (screening), establecimiento del grupo de dirección y del plan de trabajo (scoping), evaluación del impacto (assessment), elaboración de recomendaciones, y monitorización-evaluación del proceso y de los resultados(16).

Se considera que la primera fase es la más importante porque acciona el desarrollo de las siguientes etapas, al identificar de forma predictiva las intervenciones cuyo efecto en la salud mejoraría tras la realización de una EIS completa.

Los beneficios de la etapa de cribado tienen mayor alcance que la mera identificación de intervenciones susceptibles de ser evaluadas en términos de salud(17). Por un lado, aporta una primera visión de los DSS y de los grupos de población que van a verse afectados, orienta en el uso del tiempo y recursos y en el tipo de EIS que se necesita acometer(18). Por otro lado, si se decide no continuar con una EIS completa, permite sugerir modificaciones para aumentar su ganancia en salud.

La decisión sobre realizar una EIS se toma teniendo en cuenta si se ha identificado un potencial impacto significativo de la propuesta en los DSS, los resultados en salud, y si hay posibilidades de modificarla. Existen, además, otras razones de orden práctico, político y legal que pueden indicar su puesta en marcha.

Al igual que la EIS puede llevarse a cabo con diferente profundidad (rápida, intermedia o exhaustiva), el tipo de cribado puede variar en función de su finalidad. Se diferencian dos tipos, el cribado sistemático y el cribado en profundidad. El primero, el sistemático, involucra todas las propuestas de un área y sirve para determinar la necesidad de someter, bien un paquete de éstas o solamente opciones concretas, a una EIS completa. En general, suele ser un proceso que requiere intensidad de recursos y se suele llevar a cabo a nivel de despacho (*desk based exercise*) con el uso de *checklist* estandarizados y herramientas de evaluación.

Un cribado en profundidad, sin embargo, se caracteriza por considerar los potenciales impactos en la salud con mayor nivel de detalle. Generalmente, se aplica a propuestas individuales y en la práctica puede haber solapamiento con la EIS rápida, ya que en ocasiones incluye elementos de esta última. Tal es el caso de la incorporación de métodos cualitativos en el cribado, con la inclusión de los agentes de interés (stakeholders) desde el principio del proceso.

Dos de las iniciativas más destacables en el desarrollo de cribados sistemáticos han sido las llevadas a cabo en Suecia(19) y Países Bajos(20). En Suecia se sometieron a cribado, por mandato del Parlamento, todas las políticas del gobierno, con la doble finalidad de identificar los ministerios con mayor número de propuestas de previsible impacto en salud y los objetivos del plan de salud más afectados. En el caso de los Países Bajos, el cribado se realizó para estimar la prevalencia de políticas con potencial impacto en la salud de la población.

Además, Dinamarca(21) e Irlanda(22) fueron pioneros en la elaboración y aplicación sistemática de herramientas de cribado para la EIS. En el ámbito regional han sido destacables las experiencias de Quebec(23), Columbia Británica(24), Westminster(25), Gales(26), Escocia(27), y Minnesota(28). A nivel subregional cabe destacar el caso del Gran Londres (GLA)(29), que desarrolló su propia herramienta de cribado, y la elaborada por el Devon Health Forum(30). También se han desarrollado herramientas de cribado para sectores específicos, como vivienda(31), diseño urbanístico(32) y medio ambiente físico y social(33), o para diferentes dimensiones de la salud, como la salud mental(34).

Es importante destacar que aunque la EIS incorpora en su definición no solo la evaluación del impacto en la salud de la población total, sino también la de su distribución entre los grupos de población, existen iniciativas que enfatizan este aspecto y se engloban bajo el término de EIS con enfoque de equidad (Equity-focused Health Impact Assessment)(35). Sin embargo, no existe ninguna herramienta de cribado que se base en la estructura jerarquizada del modelo de la CDSS, que explica la generación de desigualdades sociales en salud.

En el País Vasco, la primera experiencia en el ámbito de la EIS se llevó a cabo en un plan de regeneración urbana de un barrio de Bilbao(36). Se realizó una EIS exhaustiva que permitió adquirir conocimiento de todas las fases e incluyó un estudio cualitativo en profundidad con la población del barrio.

Tras esta experiencia en el ámbito local, se hacía necesario iniciar el desarrollo a nivel autonómico. Para ello, teniendo en cuenta las numerosas políticas que se ponen en marcha a este nivel y la falta de herramientas validadas en el contexto vasco y en el resto de autonomías, se decidió elaborar y validar una herramienta de cribado, con enfoque de equidad de políticas autonómicas que permitiera valorar la necesidades de una EIS completa posterior.

2. OBJETIVOS

• *Objetivo General:*

Elaborar y validar una herramienta con enfoque de equidad en salud, para el cribado de las políticas, planes y programas autonómicos del Gobierno Vasco susceptibles de beneficiarse de la EIS.

• *Objetivos secundarios:*

1. Elaborar una herramienta de cribado para la EIS de las políticas públicas que incorpore la perspectiva de las desigualdades sociales en salud.
2. Caracterizar el tipo de trabajo intersectorial a desarrollar con los sectores del Gobierno Vasco para llevar a cabo el proceso de cribado de las políticas sectoriales.
3. Establecer las fases del proceso completo de cribado de las políticas públicas con la participación de los sectores del Gobierno Vasco.
4. Validar la herramienta diseñada y el proceso de cribado para la EIS de las políticas públicas con una intervención que aumente la sensibilización de los/as responsables de la toma de decisiones sobre la importancia de la EIS.
5. Caracterizar la acción de gobierno e identificar recomendaciones generales para mejorar la salud y la equidad en salud de la población vasca.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de elaboración y posterior validación de una herramienta de cribado para la EIS basada en el modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en salud de la CDSS. La validez se evaluó mediante su aplicación a 14 políticas sectoriales del Gobierno Vasco y un estudio cualitativo para conocer las percepciones de las personas responsables de dichas políticas sobre la herramienta y el proceso de cribado.

3.1. ELABORACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA EIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CON INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

El desarrollo de la herramienta de cribado se llevó a cabo en el marco del modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en salud de la CDSS (Figura 2).

Se realizó una revisión de la literatura sobre procesos y herramientas de cribado para conocer diferentes experiencias en función de la finalidad del cribado. El diseño y la estructura tipo *checklist* de la herramienta se basó en la revisión de instrumentos de cribado ya validados en otros contextos (Gran Londres; Irlanda, Brithis Columbia, Westminster, Gales, Escocia, Minesota). La sección dedicada a valorar la necesidad de una EIS completa se inspiró en las experiencias de Suecia y Países Bajos.

Para la inclusión de los determinantes sociales específicos en cada apartado de la herramienta se tomó como referencia el listado utilizado por Erika Ison en su trabajo de asesoría⁽³⁷⁾ de la red de Ciudades Saludables (documento interno) y una selección de los contenidos de los instrumentos revisados. Finalmente, debido a que no existía ningún instrumento anterior que categorizara los DSS en dos niveles, y teniendo en cuenta que los referentes al contexto económico-político y a los ejes de desigualdad eran escasos, se añadió una relación elaborada *ad hoc* para esta herramienta.

Los grupos de población considerados en dicha herramienta son también el resultado de la revisión y de la elaboración propia.

3.2. TRABAJO INTERSECTORIAL EN EL PROCESO DE CRIBADO DE LAS POLÍTICAS AUTONÓMICAS

Se seleccionaron tres departamentos del Gobierno Vasco responsables de tres determinantes sociales de la salud sobre los que existía una base sólida de evidencia científica sobre su relación con la salud (vivienda, transporte y empleo). Dentro de los departamentos se contactó con las viceconsejerías y las direcciones a cargo de los diferentes sectores. En la Figura 6 se presenta cada uno de los departamentos.

Viceconsejería	Dirección
Vivienda	Planificación y Procesos Operativos Suelo y Urbanismo Vivienda, Innovación y Control
Asuntos Sociales	Bienestar Social Inmigración Drogodependencias
Transportes y Obras Públicas	Transportes Puertos y Asuntos Marítimos Meteorología y Climatología
Justicia	Derechos Humanos Ejecución Penal
Trabajo y SS	Trabajo y SS Empleo y Formación Economía Social
Inserción Social y Familia	Inserción Social Familia

Figura 6. Departamentos (Viceconsejerías y Direcciones) de la VIII Legislatura del Gobierno Vasco incluidos en el proyecto

El proceso de comunicación con los departamentos se llevó a cabo a nivel político y a nivel técnico. El viceconsejero de Sanidad envió una carta a las viceconsejerías responsables de las políticas sectoriales donde se exponían los objetivos y métodos del estudio. Posteriormente, la Directora de Planificación y Evaluación Sanitaria escribió otra carta a las direcciones implicadas para solicitar una persona de nivel técnico que participara en el proyecto. Finalmente, el equipo investigador, compuesto por personal técnico del Departamento de Salud, se puso en contacto con las personas asignadas para su incorporación al proyecto.

Con el fin de conocer las características de las políticas sectoriales planificadas en los tres departamentos participantes y proceder a su caracterización por tipologías, se solicitó mediante una encuesta la información relativa al total de su acción política. Las tipologías se definieron en base a cuatro elementos: 1) el tipo de planificación de la política (estratégica, táctica y operativa)(38), 2) el nivel de DSS potencialmente afectado (estructural o intermedio), 3) la población diana (población general o grupo específico de población) y 4) el grado de desarrollo en el momento del estudio (en marcha o todavía sin implementar). Con la combinación de estos cuatro componentes se definieron ocho tipologías diferentes. Una explicación más detallada de los métodos, los resultados de esta fase y el proceso de priorización de las políticas se ha expuesto en una publicación anterior(39).

Tras la tipificación de las 97 políticas informadas por los tres departamentos participantes se seleccionaron 14 para estudiar la validez de la herramienta de cribado y del proceso de aplicación (Figura 7). Teniendo en cuenta que interesaba probarla en políticas de diferente nivel de planificación y que afectaran a diferente DSS y población diana, se utilizó como criterio de selección la pertenencia a tipologías heterogéneas. De este modo resultaron elegidos desde planes estratégicos o leyes (plan de transporte, de vivienda, ley de apoyo a las familias) hasta subvenciones para programas específicos (ayudas para instalación de ascensores, para rehabilitación de zonas degradadas o para promoción de la iniciativa empresarial).

1. Plan director de vivienda 2006-2009
2. Ayudas a organizaciones y movimientos sociales que desarrollan actividades a favor de la paz y los derechos humanos en Euskadi
3. Plan territorial sectorial de la red intermodal y logística del transporte de la CAPV
4. Ayudas para la instalación de ascensores o similares en zonas de fractura urbana en municipios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
5. Ley de apoyo a las familias
6. Subvenciones a la formación y al asesoramiento a la promoción de iniciativas empresariales
7. Ayudas para la formación en economía social
8. Defensoría de la infancia y la adolescencia
9. Norma básica sobre derechos y deberes de las ciudadanas y ciudadanos inmigrantes residentes en la CAPV
10. Plan interinstitucional de inclusión social 2007-2009
11. Subvenciones para la rehabilitación del patrimonio urbanizado en Áreas de Rehabilitación Integradas y Áreas Degradadas
12. V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2004-2008
13. Procedimiento operativo en situaciones de temperaturas altas persistentes y temperaturas altas extremas (2008)
14. Plan vasco para la promoción integral y participación social del pueblo gitano

Figura 7. **Políticas sectoriales priorizadas para el proceso de cribado de las políticas autonómicas de la VIII Legislatura del Gobierno Vasco**

Los resultados de esta primera fase, tanto la tipificación de las políticas de los departamentos como la selección de las que resultaron priorizadas, se comunicaron a los departamentos participantes.

Todos los encuentros con las personas responsables de las políticas tuvieron lugar, siempre que fue posible, en espacios externos al Departamento de Salud.

3.3. DESARROLLO DE LA FASE DE IDENTIFICACIÓN DE IMPACTOS EN SALUD MEDIANTE LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA HERRAMIENTA DE CRIBADO

Una vez establecido el compromiso de participación con los departamentos de las políticas sectoriales, se percibió la necesidad de un proceso de sensibilización sobre los DSS dirigido al personal técnico de los sectores. Por ello, se llevó a cabo un taller con las personas asignadas para el estudio. La finalidad del mismo fue la de aumentar la sensibilidad sobre las desigualdades sociales en salud, mediante la exposición de evidencias tanto externas como del contexto vasco. Además, se incluyó un ejercicio práctico que consistía en la aplicación de la herramienta de cribado a un caso real publicado en una revista científica que describía la EIS en una intervención de desahucio(40).

Con el fin de valorar la utilidad del taller se pidió a las personas participantes que trataran de cumplimentar la herramienta antes y después del mismo.

Una vez realizado el taller se aplicó, de manera consecutiva, la herramienta de cribado a cada una de las 14 políticas sectoriales. En cada sesión, que duraba un máximo de dos horas, participaron dos personas del equipo investigador y una persona responsable de la política sectorial.

En dichas sesiones se identificaban los DSS y los grupos de población que podrían verse afectados por la política sectorial, así como su valor político estratégico para el Gobierno Vasco. Además, se hacía una primera reflexión sobre las posibles recomendaciones para maximizar los efectos positivos en la salud y las desigualdades y minimizar los negativos. Finalmente, el equipo investigador elaboraba el informe para transmitirlo al departamento encargado de la política sectorial evaluada.

3.4. VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA DISEÑADA Y EL PROCESO DE CRIBADO PARA LA EIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

La validación de la herramienta de cribado se fundamentó en las bases conceptuales propuestas por Veerman, Mackenbach y Barendregt(41) para su uso específico en Evaluación del Impacto en Salud. Se evaluó la validez aparente (*face validity*) o plausibilidad, que mide el grado con el que una persona observadora considera que el marco teórico es comprensible, aplicable y plausible. En el caso de este trabajo se trataba de evaluar la plausibilidad de la relación causa efecto entre la intervención, los determinantes de la salud y los resultados en salud.

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con las personas de nivel técnico que habían tomado parte en esta experiencia piloto. El interés se centró en conocer las percepciones de los y las participantes sobre la herramienta y el proceso de cribado, el trabajo intersectorial realizado desde el Departamento de Salud y la tradición en este ámbito dentro del Gobierno Vasco, la continuidad de este tipo de iniciativas y las necesidades para seguir avanzando.

Se organizaron dos grupos de discusión en los que participaron 11 profesionales pertenecientes a los tres departamentos del Gobierno Vasco incluidos en el estudio. Las características de las personas participantes en cuanto a sectores de procedencia, titulación profesional, edad, sexo y tiempo de trabajo se resumen en la Tabla 1

Tabla 1. Características de los y las participantes en los grupos de discusión

Procedencia	Sexo	Edad	Titulación	Tiempo trabajado (años)
Inserción social	H	62	Economía	20
Bienestar Social	H	44	Psicología	4
Defensoría infancia y adolescencia (Bienestar Social)	H	35	Trabajo Social	1
Drogodependencias	M	45	Psicología	15
Urbanismo	M	39	Arquitectura	3
Transportes	H	37	Derecho	7
Empleo y formación	H	50	Medicina	1
Familia	M	38	Derecho	4
Inmigración	M	36	Filología	1
Derechos humanos	M	39	Derecho	5
Vivienda	M	43	Derecho	17

H: hombre; M: mujer.

Las sesiones fueron grabadas y conducidas por un profesional externo. Desde la perspectiva del análisis temático se estudiaron las transcripciones y las notas generadas en el desarrollo de los dos grupos de discusión. Para aumentar la validez de los resultados, además de realizar la triangulación de investigadores/as, se compartieron con las personas participantes.

3.5. CARACTERIZACIÓN DE LA ACCIÓN DE GOBIERNO E IDENTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD DE LA POBLACIÓN VASCA

Con la intención de dar a conocer de manera global el impacto de la acción de gobierno, tras la evaluación individualizada de las políticas sectoriales se llevó a cabo una descripción general del efecto en los DSS del conjunto de las 14 políticas. Se estimó el número absoluto y relativo de los impactos, desagregados por los cinco grandes grupos de DSS que recoge la herramienta de cribado. También se estimaron las frecuencias en función del sentido del impacto (positivo, negativo y desconocido).

4. RESULTADOS

4.1. LA HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA EIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CON ENFOQUE DE EQUIDAD

El instrumento construido a modo de *checklist* se estructuró en tres secciones. La primera sirve para valorar la importancia político-estratégica de la intervención para la organización y los grupos de población directa o indirectamente afectados. Dicha valoración se basa en la coherencia con los compromisos estratégicos del Gobierno Vasco y las áreas prioritarias del Plan de Salud.

La segunda sección, destinada a identificar los potenciales impactos de la política en los DSS y en las desigualdades en salud, contiene un listado de DSS organizado en dos niveles (estructural e intermedio) y diferentes subniveles. Los de nivel estructural son los pertenecientes al contexto político, socioeconómico y los referidos a la estratificación social (género, etnia, clase social, etc.). Los de nivel intermedio se agrupan en tres subniveles: los relativos a los factores materiales y las condiciones de vida; los factores psicosociales; y los del ámbito individual y conductual. Para cada DSS se valora el sentido del impacto (positivo o negativo), su graduación y si existen subgrupos de población especialmente afectados.

Finalmente, la tercera sección se ocupa de decidir si es necesaria una EIS completa (u otro tipo de evaluación) o bien, si con las recomendaciones surgidas del proceso de cribado es suficiente para maximizar el impacto positivo en salud de la política sectorial. Para ello, una vez realizado un resumen de los impactos identificados y una propuesta de recomendaciones, se recapitulan los hallazgos con ayuda de una tabla de decisión. El resultado de dicha tabla, más una valoración sobre la factibilidad de introducir las recomendaciones en la política sectorial a examen determinan la decisión. La herramienta se encuentra disponible en el siguiente link <http://bit.ly/1CuclMm>.

La aplicación del instrumento requiere un conocimiento suficiente sobre el efecto en la salud de los determinantes sociales involucrados en la política sectorial a examen. En primer lugar, debe hacerse un análisis de la política sectorial para identificar los DSS implicados y después, una revisión de la literatura científica, incluyendo la semipublicada, sobre su potencial efecto en salud, al igual que sobre las intervenciones efectivas que pueden recomendarse para maximizar su impacto positivo en la salud y la equidad en salud.

4.2. TRABAJO INTERSECTORIAL EN EL PROCESO DE CRIBADO DE LAS POLÍTICAS SECTORIALES

El trabajo con los sectores extrasanitarios tenía varias finalidades. Por un lado, lograr el compromiso de participación en el proyecto, por otro, el trabajo efectivo del personal técnico en la validación de la herramienta (cumplimentación de la misma y participación en el estudio cualitativo) y por último, la sensibilización con los modelos sociales de la salud. No incluía el acuerdo de considerar las recomendaciones emitidas tras la valoración del efecto en salud de las políticas sectoriales.

Según el modelo del rango de niveles de acción intersectorial en salud, en este caso se trataba de un trabajo de cooperación y no alcanzó el nivel de coordinación, que implica un esfuerzo conjunto para ajustar las políticas de cada sector y obtener mejores resultados de los respectivos objetivos. Por llevarse a cabo en el contexto de un proyecto de investigación del Departamento de Salud, el acercamiento tuvo lugar desde el sector salud y el resto de sectores aceptó la propuesta sin una necesidad sentida de modificar sus acciones tras el trabajo con el sector de la salud.

Sin embargo, tras el taller y las diferentes sesiones de interacción (aplicación de la herramienta y participación en grupos de discusión), la sensibilización sobre la relación de su trabajo con la salud se incrementó, especialmente en los sectores de contenido más social como derechos humanos, bienestar so-

cial, inmigración y familia. Según expresaban en el estudio del apartado 4, la experiencia les había ayudado a reflexionar y percibir su trabajo desde una nueva perspectiva más amplia que trascendía el sector en el que trabajaban.

4.3. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE CRIBADO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEL GOBIERNO VASCO Y RESULTADOS EN CUANTO A LA NECESIDAD DE UNA EIS POSTERIOR

Con vistas a la sistematización del proceso de cribado para su futura implementación se definieron cuatro etapas:

- 1) Compromiso: por tratarse de un proyecto de investigación, la solicitud de participación a los sectores extrasanitarios se realizó al mismo tiempo que se informaba sobre el contenido del mismo. Tras los contactos formales, los tres departamentos seleccionados aceptaron la participación y asignaron una persona de referencia con dedicación al proyecto. En total tomaron parte 13 personas de los sectores implicados en las políticas seleccionadas (un técnico fue el referente de dos planes).
- 2) Sensibilización: el taller y el acompañamiento técnico a lo largo del proceso que se prestó desde el Departamento de Salud formaron parte de la evaluación cualitativa. Los resultados de los dos grupos de discusión, llevados a cabo con el objetivo de conocer las percepciones del personal técnico sectorial, mostraron que ambos elementos se consideraban imprescindibles para entender la relación de su contenido de trabajo con la salud.
- 3) Identificación de impactos: mediante la aplicación de la herramienta de cribado en las sesiones de trabajo con las personas responsables de las 14 políticas sectoriales se identificaron, los impactos positivos, negativos e inciertos en los determinantes estructurales e intermediarios de la salud. Asimismo se establecieron los grupos de población potencialmente afectados y las primeras recomendaciones para aumentar el potencial saludable de las políticas a examen. Previamente se llevó a cabo una revisión de la literatura científica (y semicientífica) sobre la relación del sector de la política y la salud.
- 4) Decisión sobre la necesidad de realizar una EIS: tras la recopilación de los resultados en materia de impactos y grupos de población, de haber completado las recomendaciones y considerado la factibilidad de incorporarlas, se valoraba si era o no necesario realizar una EIS completa u otro tipo de evaluación.

De las 14 políticas evaluadas solamente en dos de ellas se consideró necesario hacer una EIS completa. Hay que tener en cuenta que tras la identificación de los impactos se proponían recomendaciones para maximizar los efectos positivos y minimizar los negativos. Por lo tanto, la valoración de una EIS posterior se hacía considerando la política sectorial con las recomendaciones anteriores ya incorporadas. Las dos políticas con resultado positivo (Plan del Transporte y Plan de Drogodependencias) se correspondían con planes de nivel estratégico donde se hacía necesario conocer su despliegue posterior para hacer una valoración de los impactos (Figura 8).

- 5) Redacción del informe: el formato estándar del informe destinado a los departamentos consistía en una introducción sobre el modelo social de la salud, una breve descripción de la política sectorial, un resumen de la síntesis de la evidencia sobre la relación de los elementos de la misma con la salud, la descripción de los impactos identificados (con el mapa causal), la presentación de las

recomendaciones elaboradas y la decisión sobre la conveniencia de una EIS posterior. Al final del mismo se adjuntaba la herramienta de cribado cumplimentada. En el Anexo 1 se presenta a modo de ejemplo el informe del cribado del Plan sectorial de la red intermodal y logística del transporte en la CAPV.

Política Sectorial	EIS completa
Plan director de vivienda 2006-2009	NO
Ayudas a organizaciones y movimientos sociales que desarrollan actividades a favor de la paz y los derechos humanos en Euskadi	NO
Plan territorial sectorial de la red intermodal y logística del transporte de la CAPV	SI
Ayudas para la instalación de ascensores o similares en zonas de fractura urbana en municipios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.	NO
Ley de apoyo a las familias	NO
Subvenciones a la formación y al asesoramiento a la promoción de iniciativas empresariales	NO
Ayudas para la formación en economía social	NO
Defensoría de la infancia y la adolescencia	NO
Norma básica sobre derechos y deberes de las ciudadanas y ciudadanos inmigrantes residentes en la CAPV	NO
Plan interinstitucional de inclusión social 2007-2009	NO
Subvenciones para la rehabilitación del patrimonio urbanizado en Áreas de Rehabilitación Integradas y Áreas Degradadas	NO
V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2004-2008	SI
Procedimiento operativo en situaciones de temperaturas altas persistentes y temperaturas altas extremas (2008)	NO
Plan vasco para la promoción integral y participación social del pueblo gitano	NO

Figura 8. Resultado sobre la decisión de realizar una EIS completa posterior tras el cribado de las 14 políticas sectoriales a estudio. VIII Legislatura del Gobierno Vasco

4.4. PERCEPCIONES SOBRE LA HERRAMIENTA Y EL PROCESO DE CRIBADO PARA LA EIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Como resultado del estudio cualitativo se identificaron cuatro áreas temáticas relacionadas entre sí. Entre ellas se encontraban no sólo las vinculadas más directamente con las particularidades de la herramienta y el proceso de cribado, sino también otras que apuntaban hacia factores de los contextos administrativos, políticos y temporales, tanto de los y las participantes como del Departamento de Salud, promotor de la iniciativa (Figura 9).

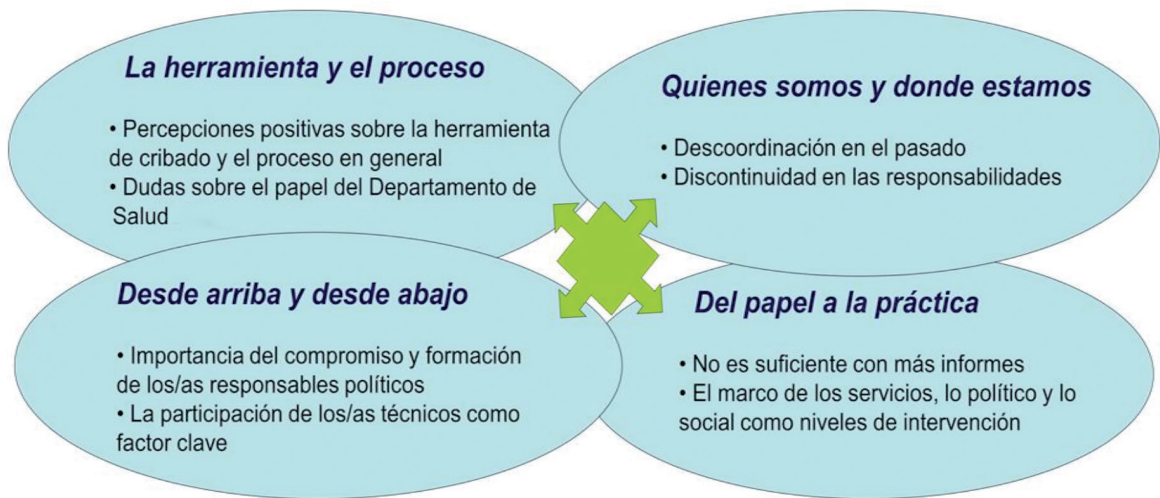


Figura 9. Principales áreas temáticas identificadas en el estudio cualitativo sobre las percepciones de las personas responsables de las políticas sectoriales respecto a la participación en el proyecto

El informe completo de los resultados de este apartado se presenta en el Anexo 2.

Se valoró positivamente el trabajo intersectorial como articulador de las diferentes políticas de forma coordinada y transversal, y especialmente válido en el ámbito de la salud.

Sobre la comprensión y factibilidad de utilización de la herramienta de cribado hubo diferentes percepciones y se subrayaba la importancia de la asistencia recibida por parte de las personas del Departamento de Salud. Se consideraba relevante dicha asistencia, tanto para debatir sobre el marco teórico del proyecto, que incorpora una visión holística de la salud con implicación de los factores no sanitarios, como de aspectos más procedimentales.

Sin embargo, a pesar del reconocimiento positivo de la labor de asesoría llevada a cabo por el personal técnico promotor de la experiencia, surgían dudas sobre la continuidad de la iniciativa, que podría estar originada por insuficiencias en la información aportada y con el contexto institucional y político. A este respecto, se hacía referencia a la tradicional descoordinación no sólo entre los departamentos, sino también entre las diferentes unidades de los mismos. Los sectores más cercanos al sector sanitario mostraban cierta desconfianza motivada por la visión del Departamento de Salud como una organización excesivamente cerrada en sí misma. También se identificaron como factores que contribuyen a la discontinuidad, los frecuentes cambios de estructura de los departamentos y surgían sugerencias sobre la necesidad del compromiso y formación de los/as responsables superiores y apreciaciones sobre la importancia de contar con el personal técnico en lugar de implantar políticas «desde arriba».

Las percepciones de las personas participantes concernían a ámbitos que no son compartimentos estanco, sino que se relacionan entre sí, transitando desde la sociedad en general hasta los /as participantes en el proyecto (Figura 10).

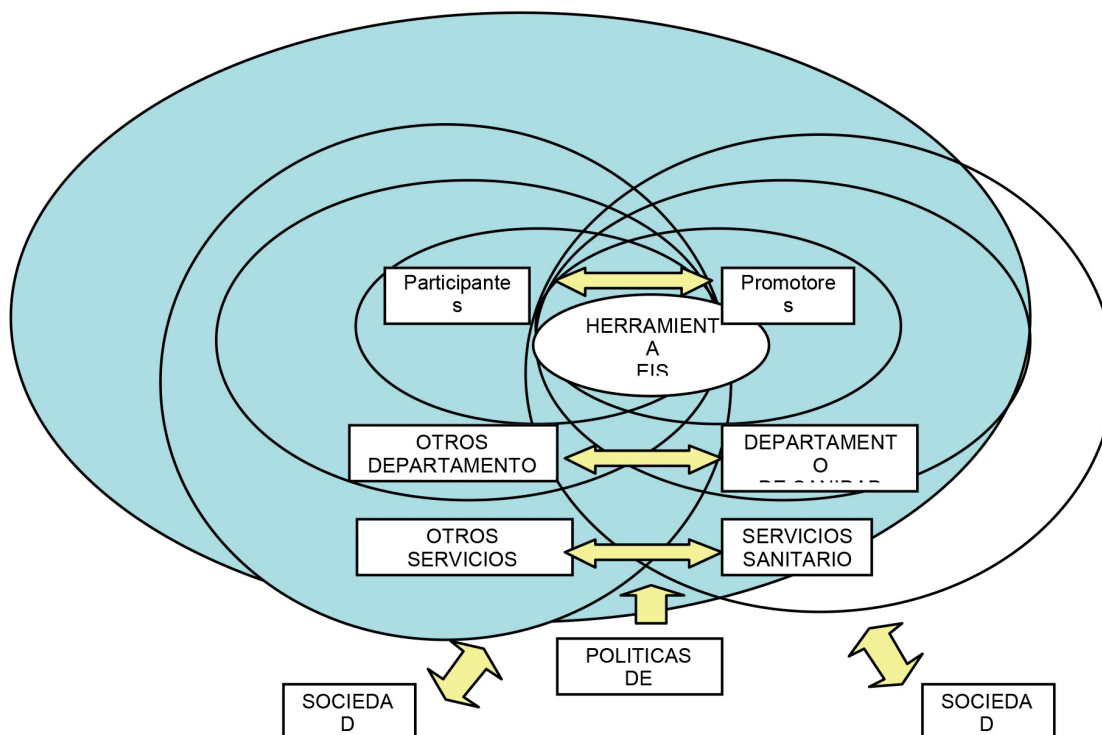


Figura 10. Ámbitos de interacción identificados en el proceso de cribado para la EIS de las políticas no sanitarias

4.5. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EFECTO DE LA ACCIÓN DEL GOBIERNO EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El cribado de las 14 políticas sectoriales dio como resultado la identificación de un total de 326 impactos en determinantes sociales de la salud. El 34% eran determinantes estructurales de las desigualdades en salud, mientras que el 66% se correspondían con determinantes intermediarios. Teniendo en cuenta el total de determinantes, es decir, sin estratificar en los dos niveles anteriores, las políticas a estudio afectaban en mayor proporción a los relacionados con las condiciones materiales de vida (41%), y fueron los de las conductas relacionadas con la salud (11%) los menos impactados (Figura 11).

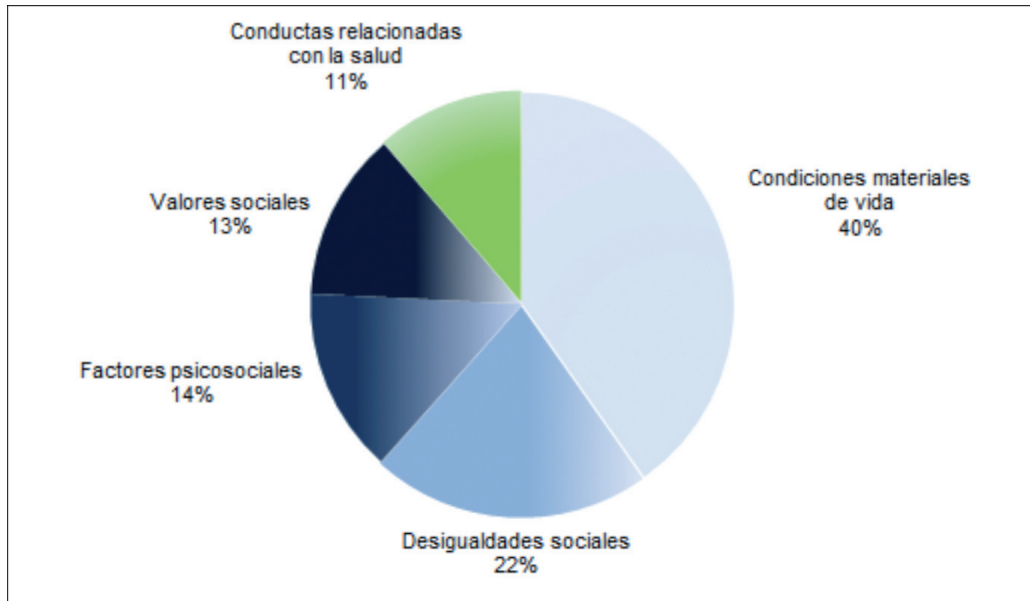


Figura 11. Distribución proporcional de los grupos de determinantes sociales afectados por las 14 políticas sectoriales de la VIII Legislatura del Gobierno Vasco sometidas al cribado sistemático

La Tabla 2 muestra la la distribución y el sentido del impacto en los subniveles de DSS. Para cada política sectorial se ha marcado en **negrita** el dato del subnivel que concentraba la mayor frecuencia de impactos (leer en horizontal). Además, aparecen en el azul claro las casillas si el impacto identificado era positivo para la salud y en azul oscuro si se trataba de un impacto negativo o de naturaleza incierta.

La gran mayoría de los impactos identificados fueron potencialmente positivos para la salud y la equidad en salud (94%). Únicamente en 18 de los mismos (6%) se señaló un efecto negativo o incierto. Aquellos impactos de efecto incierto en los que no fue posible identificar el sentido del mismo (positivo o negativo,) predominaban entre los determinantes relacionados con la localización geográfica (rural-urbano, zonas degradadas), la discapacidad y el acceso a bienes y servicios.

Tabla 2. Distribución del impacto en los determinantes sociales de la salud (%) de las políticas sectoriales y sentido del efecto (positivo o negativo)

	Determinantes estructurales		Determinantes intermedios		
	Valores sociales	Desigualdades sociales	Condiciones materiales de vida	Factores psicosociales	Conductas relacionadas con la salud
Plan director de vivienda	19,0	23,8	38,1	14,3	4,8
Procedimiento operativo en situaciones de olas de calor y temperaturas extremas	27,3	36,4	36,4	0,0	0,0
Defensoría de la infancia y la adolescencia	12,0	32,0	24,0	16,0	16,0
Norma básica sobre derechos y deberes de las personas inmigrantes	12,9	25,8	38,7	12,9	9,7
Ley de apoyo a las familias	11,1	22,2	37,0	14,8	14,8
Ayudas a organizaciones que desarrollan actividades por la paz y derechos humanos	4,0	32,0	20,0	20,0	24,0
Subvenciones para la rehabilitación de Áreas Degradadas	16,7	16,7	41,7	25,0	0,0
II Plan vasco para la promoción y participación del pueblo gitano	7,4	7,4	51,9	18,6	14,8
Subvenciones a la formación y asesoramiento para iniciativas empresariales	19,0	23,8	33,3	23,8	0,0
Ayudas para la formación en economía social	26,7	26,7	40,0	6,7	0,0
Plan interinstitucional de inclusión social	12,9	19,4	41,9	16,1	9,7
Plan territorial de la red intermodal y logística del transporte	14,8	7,4	63,0	0,0	14,8
Ayudas para la instalación de ascensores o similares en zonas de fractura urbana	5,0	20,0	60,0	10,0	5,0
V Plan de Drogodependencias	9,1	18,2	36,4	15,2	21,2

A modo de recomendación general y a la vista de los impactos identificados, sería aconsejable incorporar la perspectiva de equidad por los diferentes ejes de desigualdad de forma sistemática. Si bien es verdad que las políticas se enfocan con frecuencia a grupos vulnerables, la consideración regular y metódica de todas las dimensiones de equidad aportaría una importante ganancia en salud y bienestar a la población vasca. También se desprende de este trabajo la necesidad de mejorar la forma de evaluación *ex post* del proceso de planificación de políticas.

5. CONCLUSIONES

Esta herramienta de cribado para la EIS de las políticas sectoriales es la primera elaborada en el marco del modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud de la OMS y validada a nivel estatal.

El proceso de aplicación del instrumento en 14 políticas sectoriales de la VIII Legislatura del Gobierno Vasco (2005-2009) y el estudio cualitativo sobre las percepciones de quienes desarrollan dichas políticas mostraron su validez, tanto para ayudar a tomar la decisión sobre la necesidad de realizar una EIS completa, como para elaborar recomendaciones basadas en la evidencia que aumenten el potencial saludable de la política a examen.

El proceso de cribado determinó la necesidad de realizar una EIS completa en dos de las 14 políticas sectoriales valoradas. Este resultado está muy relacionado con el nivel de planificación de dichas políticas. Aquellas de nivel estratégico, centradas principalmente en definir la orientación y las prioridades de actuación, no suelen contener acciones suficientemente especificadas como para eliminar la incertidumbre en la identificación de impactos(37). Este era el caso de los dos planes susceptibles de beneficiarse de una EIS completa (Plan Territorial de Transporte y Plan de Drogodependencias).

El resto de políticas sectoriales eran de carácter más táctico u operacional y se definieron con un nivel de detalle que permitía, tras la elaboración de recomendaciones, informar con suficiente conocimiento de los efectos en la salud y equidad en salud. En el caso del Plan Director de Vivienda, que cumplía criterios de plan estratégico, fue posible elaborar recomendaciones de mejora sin necesidad de realizar una EIS completa, porque contenía acciones más detalladas que otros planes del mismo nivel de planificación.

Aunque las políticas sectoriales analizadas en este estudio no fueran representativas de la acción de gobierno en su conjunto, el hecho de haberlas sometido a un cribado sistemático posibilitó la identificación del tipo de políticas que potencialmente podrían ser objeto, bien de una EIS completa o bien de una valoración rápida. Esta diferenciación puede suponer un gran avance en futuras estrategias de SeTP, al ayudar a definir diferentes vías para incorporar la salud en la toma de decisiones políticas.

Las etapas establecidas para llevar a cabo el proceso de cribado incluían entre sus elementos el análisis de la política, la revisión de la evidencia, la identificación de impactos de manera sistemática y la elaboración de recomendaciones para mejorar la salud y la equidad. Dichos elementos junto con la validez de la herramienta para identificar impactos, daban un resultado similar al que se hubiera obtenido en una EIS rápida o de despacho. De hecho si se añadiera una caracterización de la población objeto de la política sectorial y un equipo de dirección explícitamente constituido, el proceso obedecería a la metodología EIS y sus fases.

En lo que respecta al trabajo intersectorial, caracterizado como de cooperación porque buscaba, principalmente, el cumplimiento de los objetivos del proyecto de validación del instrumento, cabe destacar que tanto el proceso de cribado como los métodos de validación tuvieron un efecto directo en la mejora de las relaciones entre sectores. Así, el cribado y la EIS como proceso tienen, por sí mismo, un impacto en la acción intersectorial y en la introducción de la salud en la agenda política.

A nivel de gobierno se toman decisiones de carácter estructural o *up stream*(42), que afectan a los determinantes de las desigualdades en salud, situados a la izquierda del modelo de la CDSS, y que son los de mayor impacto en la reducción de las desigualdades en salud(43). Por ello, avanzar en la acción intersectorial hacia la integración de las acciones de los diferentes sectores del gobierno para lograr objetivos en términos de bienestar, sigue siendo un enfoque clave para mejorar la equidad en salud.

Los DSS donde se encontraron más dificultades para identificar el impacto de las políticas sectoriales fueron los más cercanos al sistema de cuidados, es decir, aquellos que se encuentran aguas abajo (*downstream*), como por ejemplo las conductas relacionadas con la salud. Ello puede deberse a que una parte importante de las políticas de un gobierno autonómico son de nivel estructural (políticas de empleo, vivienda, derechos humanos, etc.), a diferencia de la municipales que suelen centrarse más en el ámbito de los determinantes intermedios (urbanismo, transporte, ocio, etc.).

La herramienta y el proceso de cribado fueron valorados positivamente por las personas responsables de las políticas sectoriales, pero el papel que jugaba el Departamento de Salud no quedaba suficientemente claro. A pesar de dar mucho valor al soporte y al trato recibido por parte de las personas al frente de la iniciativa, las reticencias sobre su futuro parecían sustentarse no solo en una información incompleta por parte del equipo de salud, sino también en la historia de discontinuidad de las decisiones políticas que caracteriza a la acción de gobierno.

Las barreras identificadas en el estudio cualitativo en cuanto a la acción intersectorial efectiva, y a los elementos clave para superarlas, pueden servir para sentar las bases de los futuros planes de acción de Salud en Todas las Políticas en el ámbito autonómico.

Otro de los resultados de este proyecto de investigación fue la caracterización de la acción de gobierno, sometida a estudio, en cuanto a su relación con la salud y la equidad en salud. Desde el punto de vista del tipo de DSS, se observó que los afectados con más frecuencia por las 14 políticas eran los de carácter intermedio, y en concreto los relacionados con las condiciones materiales de vida. Este hecho se debía a que las políticas estructurales también impactan en los DSS intermedios. Este tipo de información puede resultar muy útil para identificar áreas en las que podrían duplicarse esfuerzos y otras en las que sería apropiado actuar para completar el abordaje integral de los factores que determinan la salud y el bienestar poblacional.

Con respecto al tipo de impacto se observó que el conjunto de las políticas evaluadas produciría un impacto positivo en la salud y la equidad de la población vasca. La inmensa mayoría de los impactos (95%) eran potencialmente positivos y únicamente 18 de los 326 identificados se valoraron como negativos o inciertos. La importancia de llevar a cabo una evaluación *ex ante* basada en los DSS, viene dada porque al identificar estos últimos efectos es factible incorporar elementos que aumentan el potencial saludable de las políticas antes de implementarlas. El gran esfuerzo realizado por un gobierno para mejorar el bienestar poblacional puede verse atenuado sino se tienen en cuenta las consecuencias indirectas de las políticas.

A modo de conclusión se podría establecer que existen oportunidades de mejorar el impacto de la acción del gobierno en las desigualdades de género, clase social, por discapacidad o entre áreas urbanas y rurales mediante la incorporación sistemática del enfoque de equidad. Del mismo modo, la elaboración de políticas específicas para áreas desfavorecidas redundaría en un resultado más equitativo si se aplicaran criterios objetivos de desigualdad, como los que aportan los Índices de privación de área. Tradicionalmente se tiende a designar como desfavorecidas aquellas áreas que históricamente así han sido consideradas.

También sería recomendable reforzar la fase de evaluación *ex post* en la planificación de políticas del gobierno, de manera que los sucesivos diseños vayan mejorando lo largo del tiempo en base a la estimación de necesidades más apropiada que brinda la evaluación.

Este proyecto de investigación destinado a validar una herramienta para su uso en el cribado para la EIS de las políticas públicas sectoriales de nivel autonómico, además de efectuar dicha validación, permitió avanzar en el trabajo intersectorial, conocer las barreras y elementos clave para su desarrollo, así como los DSS a los que va dirigida la acción de gobierno y hacer un diagnóstico parcial de la situación en materia de planificación sectorial autonómica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas. Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Observación general N.º 14. E/C.12. Ginebra, 2000.
2. OMS. Promoción de la Salud en un mundo globalizado. 60.ª Asamblea Mundial de la Salud. Documento A60/18. Ginebra, 2007.
3. Jyrki Katainen. Promoting health in all policies, an investment for future generations. Leaders perspectives and priorities. Global Health. 2012: 8-9.
4. Solar Orielle, Irwin Alec. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization.
5. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants on health: Coming of age. *Annu Rev Public Health*. 2010;32(3):1-18.
6. Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64:284-291.
7. Jyrki Katainen. Promoting health in all policies, an investment for future generations. Leaders perspectives and priorities. Global Health. 2012: 8-9.
8. Leppo Kimmo, Ollila Eeva, Peña Sebastián, Wismar Matthias, Cook Sarah eds. Health in all Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health. Finland, 2013.
9. Solar Orielle, Valentine Nicole, Rice Marilyn, Albrecht Daniel. Moving forward to equity in health. Partnership and intersectorial action. Conference working document. Nairobi: 7th Global Conference on Health Promotion, October 2009.
10. Meijers Ever, Stead Dominic. Policy integration: what does it mean and how can it achieve? Berlin: Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies – Interlinkages and Policy Integration, 2004.
11. Ollila Eeva. Health in All Policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011; 39(Suppl 6): 11-18.
12. WHO European Centre for Health Policy, editors. Health impact assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe; 1999.
13. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. The implementation of Health Impact Assessment (HIA) in Canada: HIA pilot project in Montérégie, Quebec. Institute National de Santé Publique; 2011.
14. Aldasoro Elena, Artundo Carlos, Ribadeneira Ana. Health Impact Assessment in Spain. In: Kemm John eds. Health Impact Assessment: past achievement, current understanding and future progress. Oxford: Oxford University Press; 2013.
15. Bacigalupe Amaia, Esnaola Santiago, Calderón Carlos, Zuazagoitia Jon, Aldasoro Elena. La Evaluación del Impacto sobre la Salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit*. 2008;22:1-7.
16. Scott-Samuel A, Birley M, Ardern K. The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Second Edition; May 2001.
17. Taylor L, Gowman N, Lethbridge J, Quigley R. Deciding if a Health Impact Assessment is required (screening for HIA). Learning for practice bulletin; 2003.
18. Vohra Salim. Integrating health into Environment Impact Assessment. Living Knowledge;2008.
19. National Institute of Public Health. The need for Health Impact Assessment: screening the terms of reference of Swedish official government reports; 2004.

20. Varela Put G, Den Broeder L, Penris M, et al. Experience with HIA at national policy level in the Netherlands. A case study. Learning Curve Series n.º 4. Brussels: European Center for Health Policy; 2003.
21. Ravn AK, Nicolaisen H, et al. Screening tool development for Health Impact Assessment of large administrative structural changes. *Scand J Public Health*. 2008;36:789-94.
22. Institute of Public Health in Ireland. Health Impact Assessment: screening for health impacts. Dublin: Institute of Public Health in Ireland; 2005. (Consultado el 07/04/2015). Disponible en: <http://www.publichealth.ie/files/file/HIA%20Tools/Final%20IPH%20HIA%20Screening%20tool.doc>.
23. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Health impact assessment in Quebec: when the law becomes a lever for action. October 2008. Consultado el 07/04/2015. Disponible en: http://www.ncchpp.ca/docs/GEPPS_HIAQuebecANoct2008.pdf.
24. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. Health Impact Assessment toolkit: a resource for government analysts. Canada: British Columbia, Ministry of Health, Population Health Resource Branch; 1994.
25. Westminster toolkit: health and well-being – a screening tool for assessing the impacts of committee reports on health and well-being in Westminster. Westminster city council. Consultado el 07/04/2015. Disponible en: <http://bit.ly/1y0iHHY>.
26. Browsing countryside council for Wales HIA screening tool. Consultado el 07/04/2015. Disponible en: <http://www.apho.org.uk/resource/browse.aspx?RID=47661>.
27. Margaret Douglas. Health impact screening checklist. Lothian NHS Board. Consultado el 07/04/2015. Disponible en: <http://www.healthscotland.com/resources/networks/HIAGuides.aspx>.
28. Health Impact Assessment generic screening tool. Minnesota Department of Health. Consultado el 07/04/2015. Disponible en: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44898>.
29. Greater London Authority. Health Impact Assessment: a screening tool for the GLA. Strategic level. London: GLA; 2001. Consultado el 07/04/2015. Disponible en: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44895>.
30. Devon Health Forum. Health and Wellbeing screening Checklist. A guide to using Health Impact Assessment in your organization; 2003. Consultado el 07/04/2015. Disponible en: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44897>.
31. Douglas M, Thompson H, Gaughan M. Health Impact Assessment of housing improvements .A guide. Glasgow: National Health Service Scotland; 2003. Consultado el 07/04/2015. Disponible en: <http://www.healthscotland.com/documents/1251.aspx>.
32. Forsyth A, Schively Slotterback C, Krizek KJ. Health Impact Assessment in planning: development of the design for health HIA tools. *Environ Impact Asses Rev*. 2010;30:41-2.
33. Buroni A, Hill D, Miller A, et al. Health Impact Assessment spatial susceptibility screening toolkit. Brighton: University of Brighton;2002.
34. Cooke Anthea et al. Mental Well-being Impact Assessment toolkit. National Mental Health Development Unit; 2010. Consultado el 07/04/2015. Disponible en: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=95836>.
35. Mahoney Mary, Simpson Sarah, Harris Elizabeth, Aldrich Rosemary, Stewart Jenny. Equity-Focused Health Impact Assessment Framework. The Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA); 2004.

36. Bacigalupe Amaia, Esnaola Santiago, Calderón Carlos, Zuazagoitia Jon, Aldasoro Elena. **Health Impact Assessment of an urban regeneration project: opportunities and challenges in the context of a Southern European city.** *J Epidemiol Community Health.* 2010;64:950-955.
37. Erika Ison. **The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network.** *Health Promot Int.* 2009 nov; 24 suppl. 1: i64-i71.
38. Pineault R, Daveluy C. **La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies.** Montreal: Editions Nouvelles; 1995.
39. Aldasoro Elena, Sanz Elvira, Bacigalupe Amaia, Esnaola Santiago, Calderon Carlos et al. **Avanzando en la Evaluación del Impacto en la Salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático.** *Gac Sanit.* 2012;26(1):83-90.
40. Kòsa Karolina, Molnár Agnes, Mckee Martin, Ádány Róza. **Rapid health impact appraisal of eviction versus a housing project in a colony-dwelling Roma community.** *J Epidemiol Community health.* 2007;61:960-65.
41. Veerman J L, Mackenbach J P, Barendregt J J. **Validity of predictions in health impact assessment.** *J Epidemiol Community Health.* 2007;61:362–366.
42. Williams D R et al. **Moving up stream: How interventions that address SDH can improve health and reduce social inequalities.** *J Public Health Manag Pract.* 2008 November ; 14(Suppl): S8–17.
43. Ndumbe-Eyoh Sume, Moffat Hannah. **Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review.** *BMC Public Health.* 2013; 13:1056.

ANEXOS

ANEXO I

Resultados del cribado sobre el impacto en la salud del Plan Territorial Sectorial de la Red Intermodal y Logística del Transporte en la CAPV

(Incluye la identificación de impactos en la herramienta de cribado)

1. Introducción

La salud de los individuos y de las poblaciones depende de diversos factores, entre los que se encuentran los factores biológicos, los estilos de vida, el medioambiente físico, económico y social, la posición de las personas en la escala social, y el acceso a los recursos y servicios básicos, como la vivienda, la educación y la atención sanitaria. De ahí que intervenciones realizadas fuera del ámbito sanitario ejerzan un papel determinante en la salud de una (Figura 1).



Fuente: DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.

Figura 1. Modelo sobre los determinantes sociales de la salud

La Evaluación del Impacto en la Salud (EIS) tiene como objetivo introducir la perspectiva de la salud en las políticas públicas no sanitarias y así, maximizar su potencial efecto positivo y minimizar el negativo. Se trata de una herramienta prospectiva basada en una combinación de métodos y herramientas mediante la cual una política, un programa o un proyecto pueden ser evaluados en relación con sus potenciales efectos sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos sobre la misma.

El objetivo de este informe es presentar los resultados obtenidos tras la aplicación de una herramienta de cribado para la EIS, elaborada por el Departamento de Salud, con el fin de evaluar su impacto en la salud. En primer lugar, se presenta una breve descripción de la intervención seleccionada de su dirección. A continuación, la síntesis de la evidencia existente de la relación entre la instalación de ascensores y similares en zonas de fractura urbana y la salud. Seguidamente, se expone la identificación de los diferentes impactos sobre la salud y sus determinantes de dicha intervención, y finalmente, se establecen una serie de recomendaciones y conclusiones. Asimismo, en el anexo se incluye la herramienta de cribado cumplimentada.

2. Descripción de la intervención objeto del cribado

Se trata de un Plan dirigido a fomentar la intermodalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), tanto para viajeros/as a través de la creación de estaciones intermodales, como para mercancías mediante centros o plataformas integradas de mercancías y aparcamientos para los vehículos que las transportan. Es un plan, por lo tanto, dirigido principalmente a dos poblaciones: la población general de la CAPV en su rol de personas usuarias de los transportes públicos (viajeros/as) y al sector del transporte por carretera, lo que implica a conductores/as y al personal que trabaja en las empresas del sector.

3. Síntesis de la evidencia científica sobre la asociación entre transporte y salud*

El tráfico rodado produce accidentes, aumenta la mortalidad y expone a las personas más vulnerables, como ciclistas y peatones, a un alto riesgo de padecer un accidente. Este riesgo varía entre países y está inversamente relacionado con la proporción de ciclistas en la carretera. La evidencia de Holanda, Dinamarca y Alemania sugiere que una masa crítica de ciclistas en la carretera lleva a una disminución del riesgo de accidente, independientemente de los kilómetros recorridos. Hay que considerar que en los países donde los/as ciclistas se aceptan como co-usuarios/as de las carreteras existen medidas educativas y de infraestructura que aumentan su seguridad.

Las características físicas del entorno se han asociado con el nivel de actividad física y de transporte activo (andar y uso de la bicicleta). Este último está muy relacionado con el aumento de la densidad residencial, la conectividad de las calles, el uso mixto del suelo y los servicios y equipamientos dentro de distancias que se puedan recorrer a pie. El uso de transporte público implica desplazamientos a pie y ello ayuda a las personas inactivas a aumentar el ejercicio físico, lo que repercute en un importante descenso de la prevalencia de obesidad.

Se ha evidenciado que las Intervenciones para promover desplazamientos a pie y en bicicleta mejoran la salud general y mental (SF36) y dan lugar a una disminución de los accidentes, ruido y contaminación atmosférica (+-).

El hecho de tener un coche en propiedad ha sido asociado con una mejor salud general, a nivel individual, menos problemas de salud a largo plazo y mejor salud mental. Esta asociación puede explicarse por la relación entre ser propietario/a de un coche y el nivel socioeconómico, aunque los estudios realizados no han conseguido demostrarlo.

Sin embargo, se ha observado menor frecuencia de ejercicio físico en niños y niñas de familias altamente dependientes del coche y asociación entre el tiempo trascurrido en el coche y la obesidad.

Las emisiones de combustible generadas por el transporte rodado contribuyen directamente a la contaminación atmosférica, y tienen un impacto directo en la salud cardiorrespiratoria. Se ha observado un aumento de riesgo de mortalidad y morbilidad por estas causas en personas que viven en las proximidades de las grandes carreteras. En el Reino Unido se estimó que la contaminación atmosférica debida al tráfico es responsable de la mitad de la concentración de PM_{2,5} total, que produce una reducción de la esperanza de vida en meses. Este efecto es similar o algo superior al del tabaquismo pasivo.

El ruido proveniente de las intersecciones de carreteras de alrededor de 50-60 dB es insuficiente para producir déficit de audición, pero da lugar a trastornos del sueño y probablemente hipertensión arterial a largo plazo.

* Thomson H et al. Assessing the unintended health impacts of road transport policies and interventions: translating research evidence for use in policy and practice. BMC Public Health 2008;8:339

En cuanto a la creación de nuevas infraestructuras de transporte rodado, los estudios apuntan a que aumentan el volumen de tráfico pero el número global de accidentes disminuye. El efecto en el ruido, vibraciones, humo y suciedad no está claro, debido a que depende de la cercanía de los barrios. Tampoco hay suficiente evidencia sobre fractura de la comunidad, pero si se ha advertido que las estructuras de *by-pass* además de reducir este efecto, alivian el tráfico de las áreas urbanas con la consecuente disminución de los accidentes, la contaminación ambiental y el ruido.

El transporte accesible económica y físicamente tiene un impacto positivo en la salud porque facilita el acceso a servicios y oportunidades sociales y económicas. Mientras que un transporte inapropiado favorece la exclusión social de grupos vulnerables, como las personas desempleadas, mayores, enfermos, de bajos ingresos y mujeres, ya que supone una barrera para el acceso al trabajo, servicios de salud, educación, tiendas y demás servicios.

4. Impactos del Plan sectorial de la red intermodal y logística de la CAPV sobre la salud

Partiendo del modelo de los determinantes sociales de la salud, los factores que afectan a la salud de las poblaciones exceden aquellos relacionados con la actuación de los servicios sanitarios, incluyendo aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, los factores materiales, las condiciones de vida, los factores psicosociales y los hábitos o estilos de vida.

En el caso de este Plan se prevé un impacto en la salud eminentemente positivo, aunque también se han identificado algunas áreas de incertidumbre que merece la pena tener en cuenta (Figura 12):

- *Contexto socioeconómico y político*: el Plan va a tener un impacto positivo en el fomento de valores sociales relacionados con la sostenibilidad, en el fortalecimiento del Estado de Bienestar, en el desarrollo económico y en avance hacia la gobernanza o el buen gobierno, ya que contempla el trabajo conjunto y, por tanto, la comunicación entre diferentes administraciones dentro de la CAPV. Asimismo, se identificó que tendría un impacto positivo sobre las desigualdades relacionadas con el nivel socioeconómico y el género debido a que el fomento del transporte público y la mejora de sus infraestructuras beneficiará especialmente a aquellos colectivos más desfavorecidos, incluidas las mujeres que cuentan en menor medida con medios de transporte privado. Las personas con discapacidad y mayores se verán también influidas positivamente por el Plan.

Se identificó un área de incertidumbre relacionada con las desigualdades según el lugar de residencia sea rural y urbano. Existían dudas sobre si la concentración, necesaria por otra parte, de las estaciones intermodales en núcleos de población urbanos (concretamente, en las capitales) podría aumentar las desigualdades con respecto a las áreas rurales, si no se actuaba teniendo en cuenta también las necesidades de éstas últimas.

- *Factores materiales y condiciones de vida*: se identificó un impacto positivo del Plan en la reducción de los riesgos laborales ya que mejorará las condiciones de trabajo de aquellas empresas del transporte que operen en la CAPV. Asimismo, en general, se previeron impactos positivos en el medio ambiente, como la mejora de la calidad del aire, la disminución de los ruidos y muy positivos en relación a la reducción de la densidad del tráfico. En relación a las infraestructuras del transporte, se identificó la mejora que conllevará sobre el transporte público y la disponibilidad de estructuras que fomenten la movilidad activa y la reducción del uso del transporte privado.

Igualmente, el Plan mejorará el acceso de la población en general y de las personas sin medio de transporte privado o que habiten en zonas alejadas a servicios y bienes básicos como el empleo, servicios educativos, alimentación, servicios sanitarios y sociales, comercios e instalaciones de ocio y recreo.

Hay que señalar, sin embargo, un probable impacto negativo relacionado con la consecuencia de la reestructuración del sector del transporte por carretera, que conllevará la salida del mercado laboral de una proporción de trabajadores/as.

Se identificó además un posible impacto negativo en el medio ambiente físico de los núcleos de población cercanos a las plataformas intermodales. Probablemente a nivel local empeoraría la calidad del aire y aumentaría la contaminación acústica

- *Factores psicosociales:* se señalaron impactos positivos en cuanto a la reducción del estrés, el fortalecimiento del contacto y el apoyo social entre las personas trabajadoras del sector transporte. Sin embargo, se indicó que la concentración de las mercancías en las plataformas logísticas podría ocasionar un aumento de robos, con el consiguiente aumento de la percepción de inseguridad.

Surgían dudas sobre el impacto del Plan en las desigualdades de género en el colectivo de mujeres transportistas, en caso de que no se considerara la adecuación necesaria de los espacios que tradicionalmente han ocupado los hombres. En este sentido, cobra una especial importancia la garantía de la seguridad física relacionada con la pernoctación en estas plataformas intermodales.

En cuanto a la población general, se esperaba un impacto positivo en la cohesión social.

- *Hábitos o conductas relacionadas con la salud:* teniendo en cuenta los determinantes de la salud que intervienen en la adopción de conductas de riesgo, se identificaron impactos positivos en el aumento de la actividad física de la población general por la mejora de las infraestructuras del transporte público, la dieta, el consumo de tabaco y alcohol. Se identificó como incierta la influencia que el Plan podría tener sobre las prácticas sexuales seguras, especialmente entre los hombres transportistas de larga distancia que pernoctarán en las plataformas.

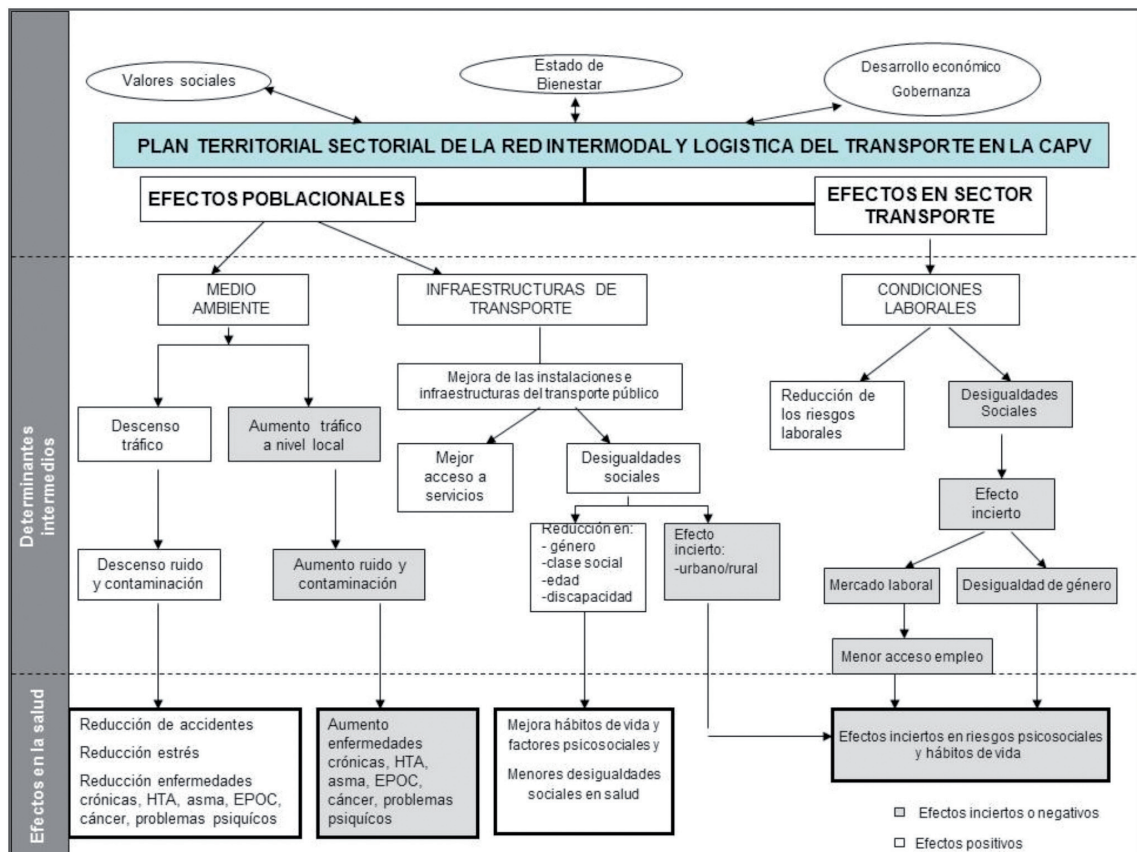


Figura 2. Diagrama causal (Pathway) de los impactos en los determinantes sociales y en la salud del Plan sectorial de la red intermodal y logística del transporte de la CAPV

5. Recomendaciones

En cuanto a las recomendaciones que podríamos realizar, se centrarían en:

- I. Tratar de que el diseño de las plataformas intermodales existentes y las futuras considere:
 - a. La necesidad de que los espacios que tradicionalmente han ocupado los hombres se adapten a una potencial nueva población de mujeres trabajadoras del sector del transporte. El diseño de las plataformas debería considerar las diferentes necesidades de este colectivo, de forma que no se desincentive su incorporación al sector. En este sentido, habría que poner un énfasis especial en la garantía de la seguridad física de todas las personas y que en el caso de las mujeres es de especial relevancia para evitar posibles agresiones sexuales.
 - b. La idoneidad de incorporar infraestructuras de ocio y áreas de recreo para la práctica de ejercicio físico destinado a un colectivo con una alta prevalencia de sedentarismo. Así mismo sería conveniente valorar el interés de intervenir en el sector de restaurantes de las plataformas para la incorporación de menús saludables en su oferta.
 - c. La necesidad de promocionar prácticas sexuales seguras a través de campañas de sensibilización sobre el uso del preservativo.
- II. Considerar, a través de la articulación de alguna intervención específica, el efecto que la disminución de la flota de camiones va a tener en el empleo del sector. A pesar de que se cuenta con ayudas dirigidas a la prejubilación de profesionales del transporte, sería recomendable preguntarse qué sectores de edad se van a ver especialmente afectados en este reajuste y responder a las necesidades de las personas más jóvenes. Por ello, sería interesante que el presente Plan llevara incorporado un programa o directrices para la reubicación del personal que pierda el empleo. Asimismo, debería también tenerse en cuenta la disminución de necesidades de recursos que se producirá en espacios como gasolineras o restaurantes que quedan fuera de las plataformas logísticas integradas.
- III. Construir los accesos a las plataformas logísticas integradas teniendo en cuenta las poblaciones locales, de manera que la contaminación acústica de la incorporación y salida de camiones sea la menor posible. Además, sería recomendable instalar apropiadamente captadores en las zonas poblaciones del área de influencia para conocer los niveles de contaminación y aplicar medidas correctoras si fueran necesarias.
- IV. Evaluar con más profundidad la posibilidad de la localización de las estaciones intermodales en las áreas urbanas (las tres capitales) no necesariamente mejore el transporte a las áreas más rurales o apartadas. Puede ocurrir además, que mejorar el transporte en estas áreas urbanas en mayor medida que en las zonas rurales puede incrementar las desigualdades por razón del lugar de residencia (rural-urbano). Sería recomendable, aunque parece ser que el plan lo tiene en cuenta, estudiar medidas que mejoren el acceso de las zonas rurales a través del aumento de la disponibilidad del transporte público, de una correcta coordinación de los horarios de los diferentes medios de transporte, y de una buena política de precios.

6. Resultado sobre la decisión de llevar a cabo una EIS completa

Se recomienda hacer una Evaluación del Impacto en la Salud completa del Plan Territorial Sectorial de la Red Intermodal y Logística de la CAPV debido a que se cumplen los criterios de decisión. Por un lado, existe incertidumbre sobre el efecto en grupos sociales específicos y en determinantes sociales concretos, e incluso en algún caso de identificaron impactos negativos que requieren un análisis más profundo. Por otro lado, también se descubren áreas de mejora que requieren mayor estudio para la elaboración de recomendaciones (Ver la herramienta de cribado cumplimentada a continuación).

Herramienta de cribado para la EIS de las políticas públicas sectoriales

Evaluación de Impacto en Salud (EIS)

[*Checklist* validado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco mediante la aplicación a 14 políticas públicas autonómicas y un estudio cualitativo para conocer la percepción de los y las profesionales responsables de los sectores sobre la herramienta y el proceso. Se trata de una herramienta de identificación de impactos en los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud para su aplicación en la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) y en otras actuaciones de ámbito autonómico, local y comunitario.]

Equipo Investigador

Elena Aldasoro. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz

Amaia Bacigalupe. Departamento de Sociología. Universidad del País Vasco. Leioa

Carlos Calderón. Centro de Salud de Altza. Osakidetza-Svs. Donostia-San Sebastián

Santiago Esnaola. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz

Elvira Sanz. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz

Unai Martín. Departamento de Sociología. Universidad del País Vasco. Leioa

Maite Morteruel. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz

Agradecimientos

A los Departamentos de Vivienda y Asuntos Sociales, Transportes y Obras Públicas, y Justicia, Empleo y Seguridad Social de la VIII Legislatura del Gobierno Vasco. A las personas tanto de nivel político como técnico por abrirnos la puerta de sus viceconsejerías y direcciones, y por su implicación a lo largo del proceso. A la Vicepresidencia del Gobierno por su ayuda a la hora de explorar la acción política del Gobierno Vasco. Finalmente, al Departamento de Salud por su impulso para llevar a cabo el proyecto.

Introducción

En las últimas décadas las principales mejoras en la salud han sido atribuidas a los avances en un amplio rango de factores que se conocen como determinantes sociales de la salud (DSS). Más allá de un sistema sanitario de calidad, factores como la educación, la vivienda, el urbanismo, el medio ambiente, el transporte, el empleo, la protección social y las políticas fiscales juegan un papel crucial en el nivel de salud de la población y en su distribución social. Una de las herramientas que tiene entre sus objetivos mejorar la rendición de cuentas de los/as responsables de las decisiones en cuanto al efecto en la salud de las políticas, en cualquiera de las fases y niveles de formulación, es la Evaluación de Impacto en Salud (EIS).

La EIS se definió por consenso en Gotemburgo como «una combinación de procedimientos que permiten juzgar los efectos de una política, programa o proyecto en la salud de la población y la distribución de tales efectos en dicha población». Es una práctica que fomenta la adopción de políticas públicas saludables, mediante la elaboración de recomendaciones destinadas a aumentar los efectos positivos de una propuesta y disminuir los negativos, ayudando así en la toma de decisiones informadas.

Existen dos características esenciales que definen la EIS. Por un lado, trata de predecir las consecuencias futuras para la salud de las posibles decisiones y por otro, trata de informar en el proceso de toma de decisiones. Así, la EIS contribuye a la salud pública permitiendo que las personas que toman decisiones en nombre de la sociedad conozcan de manera anticipada cómo estas decisiones pueden afectar a la salud poblacional.

El proceso de una EIS consta de las cinco fases siguientes: 1) cribado, 2) establecimiento del grupo de dirección y del plan de trabajo, 3) evaluación, 4) elaboración de recomendaciones, y 5) monitorización-evaluación del proceso y de los resultados. La primera fase, de cribado, se considera la más importante porque acciona el desarrollo de las etapas subsiguientes. Su objetivo es identificar las intervenciones susceptibles de ser evaluadas en términos de salud.

- Este cuestionario ha sido diseñado como un instrumento para el cribado de las políticas, planes y programas regionales o estatales, con incorporación explícita del enfoque de equidad. Tras una valoración de la importancia de la propuesta, se revisa de manera sistemática la relación de la misma con los determinantes sociales de la salud y, en función del resultado y de la factibilidad de introducir modificaciones, se decide si una EIS completa u otro tipo de evaluación es pertinente.
- El instrumento se estructura en tres partes:
 - **Sección 1:** tiene el doble objetivo de evaluar la importancia político-estratégica de la propuesta para el gobierno autonómico y de identificar los grupos de población potencialmente afectados,
 - **Sección 2:** destinada a valorar el posible impacto de la propuesta sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud,
 - **Sección 3:** examina y sintetiza la información recogida en las secciones anteriores y valora la pertinencia y viabilidad de avanzar más allá de la etapa de cribado y realizar una EIS completa, u otro tipo de evaluación.

Fecha: enero 2009

Título de la propuesta política (norma, plan, programa, proyecto, etc.)**

Plan territorial sectorial de la red intermodal y logística de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Estado actual de desarrollo (en fase de formulación, aprobación o ejecución)

Aprobación

Persona responsable (nombre, organización, puesto)

Javier Rivas. Dirección de Transportes. Departamento de Transportes y Obras Públicas del Gobierno Vasco

Objetivos generales

Se trata de un plan dirigido a fomentar la intermodalidad, tanto para viajeros a través de la creación de estaciones intermodales y centros o plataformas integradas de mercancías y aparcamientos para vehículos de transporte de mercancía por carretera. Es un plan, por lo tanto, dirigido a viajeros de forma general y a trabajadores del sector del transporte por carretera en particular

Sección 1. Características clave de la propuesta política y población afectada

1.1. *Importancia de la propuesta política: Coherencia con los compromisos estratégicos y en salud formulados por el gobierno autonómico****

a) ¿La intervención se desarrolla de acuerdo a alguna de los compromisos del Gobierno Vasco para la VIII legislatura?

Compromisos del programa de gobierno	Sí	No	Dudoso
1. La defensa de los derechos humanos y las libertades	X		
2. La solidaridad y la justicia social	X		
3. El crecimiento y el bienestar	X		
4. La igualdad y el desarrollo educativo y cultural	X		
5. La mejora del medio ambiente	X		
6. La proyección de la presencia de Euskadi en el mundo			
7. El desarrollo de una gestión eficaz y transparente al servicio de las personas			

** A lo largo del documento, los términos «intervención» o «propuesta» se utilizan indistintamente para referirse a normas, planes, programas, proyectos y demás políticas públicas.

*** Esta sección debe ser adaptada a cada caso. Los criterios que definen la importancia de la propuesta dependerán de las líneas estratégicas vigentes en cada organización. Las que se proponen aquí son las que formaban parte de la herramienta validada.

b) ¿La intervención se desarrolla de acuerdo a alguna de las áreas prioritarias del Plan de Salud 2002-2010?

Áreas prioritarias	Sí	No	Dudoso
1. Estilos de vida	X		
2. Desigualdades sociales en salud	X		
3. Enfermedades no transmisibles	X		
4. Enfermedades transmisibles			X
5. Grupos de actuación especial (inicio de la vida, juventud, tercera edad, mujer)	X		
5. Entorno medioambiental, laboral y escolar	X		

1.2. Población potencialmente afectada por la propuesta política

a) ¿A qué población o grupo social va dirigida la intervención? (población diana)

Conjunto de la población de la CAPV

b) Además de la población diana, puede haber otros grupos sociales que se vean afectados por la intervención de manera indirecta. Entre los grupos que se enumeran a continuación, ¿cuál/es de ellos pueden verse afectados directa o indirectamente?

<input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Personas en función de su orientación sexual
<input type="checkbox"/> Hombres	<input type="checkbox"/> Población con diversidad funcional (física o mental)
<input type="checkbox"/> Población mayor de 65 años	<input type="checkbox"/> Población institucionalizada
<input type="checkbox"/> Población joven	<input type="checkbox"/> Población con enfermedades crónicas
<input type="checkbox"/> Población infantil	<input type="checkbox"/> Población inmigrante de países empobrecidos
<input type="checkbox"/> Población estudiante	<input type="checkbox"/> Población inmigrante de otros países
X Población trabajadora por cuenta propia o ajena	<input type="checkbox"/> Personas cuidadoras
<input type="checkbox"/> Personas desempleadas	X Residentes en ámbito rural
<input type="checkbox"/> Población con posición socioeconómica alta	<input type="checkbox"/> Residentes en ámbito urbano
<input type="checkbox"/> Población con posición socioeconómica media	Otros (especificar);
<input type="checkbox"/> Población con posición socioeconómica baja	Población trabajadora del transporte, personas sin coche
<input type="checkbox"/> Personas «sin techo»

Sección 2. Impacto sobre los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud

Este apartado contiene dos tablas con una relación de factores sociales que han sido seleccionados en base a la evidencia científica disponible sobre su relación con la salud y las desigualdades sociales en salud. En concordancia con el modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, dichos factores se clasifican en dos categorías:

Los *determinantes estructurales de las desigualdades sociales en salud* que se agrupan en la **Tabla I**, hacen referencia a los determinantes del contexto socio-político y los ejes de estratificación social más relevantes. Actúan como condicionantes de la posición de las personas en la jerarquía social, en función de la cual se accede de manera desigual al siguiente nivel.

Los *determinantes intermedios*, que se presentan en la **Tabla II**, son los referidos a los factores materiales y las condiciones de vida, a los factores psicosociales y a factores individuales tales como las conductas relacionadas con la salud****.

Recomendaciones de aplicación

- **En primer lugar**, céntrese en establecer si la propuesta va a tener efecto en los determinantes sociales incluidos en la columna de la izquierda. Identifique el tipo de impacto en función de la escala siguiente:

- Muy positivo: ++
- Positivo: +
- Negativo: -
- Muy negativo: --
- Dudoso

Lo más probable es que la intervención no se relacione con todos los determinantes listados, por lo tanto, sólo se valorará el impacto de los que previsiblemente se vean afectados.

- **En segundo lugar**, una vez identificado el impacto en un determinante social de la salud, trate de determinar si existe algún grupo o subgrupo de población potencialmente afectado (no incluidos en la Sección 1.2). Si es el caso, inclúyalo en la columna de la derecha.

**** El modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS enfatiza la prioridad causal de los distintos factores que generan las desigualdades en salud, descendiendo desde los factores más estructurales del entorno político y social hasta las conductas individuales relacionadas con la salud.

Tabla I. Determinantes estructurales de las desigualdades sociales en salud

Contexto socioeconómico y político	Tipo de impacto					
	(++)	(+)	(-)	(--)	Dudoso	Grupos especialmente afectados
Valores sociales (salud, justicia social, equidad, sostenibilidad)	++	+	-	--		
Estado de bienestar (políticas sociales, de empleo, salud, educación, etc.)	++	+	-	--		
Desarrollo económico (políticas redistributivas, políticas fiscales, etc.)	++	+	-	--		
Gobernanza/ Buen gobierno	++	+	-	--		
Factores referidos a la estratificación social (desigualdades sociales)						
	(++)	(+)	(-)	(--)	Dudoso	Grupos especialmente afectados
Género	++	+	-	--		
Origen/etnia	++	+	-	--		
Clase social (ocupación, nivel de estudios, renta)	++	+	-	--		Viajeros/as
Diversidad funcional	++	+	-	--		Viajeros/as
Edad	++	+	-	--		Viajeros/as
Orientación sexual	++	+	-	--		
Localización geográfica (urbano-rural, áreas degradadas, etc.)	++	+	-	--	X	Residentes en áreas rurales
Ideología política	++	+	-	--		
Creencias religiosas	++	+	-	--		
Otros (especificar)	++	+	-	--		

Tabla II. Determinantes intermedios (1)						
Factores materiales y condiciones de vida	Tipo de impacto					Grupos especialmente afectados
	(++)	(+)	(-)	(--)	Dudoso	
Oportunidades de empleo	++	+	-	--		Transportistas
Empleo y condiciones del trabajo						
Calidad del empleo (estabilidad, jornada laboral, ingresos adecuados, etc.)	++	+	-	--		Transportistas y empresas del transporte
Condiciones de trabajo (seguridad e higiene, riesgos físicos y psicosociales)	++	+	-	--		Transportistas y empresas del transporte
Condiciones de la vivienda						
Calidad (estado de la vivienda y del edificio)	++	+	-	--		
Comunicación (distancia a bienes, servicios e infraestructuras)	++	+	-	--		
Calidad del agua, aire y suelo	++	+	-	--		
Ruidos, contaminación acústica	++	+	-	--		
Gestión de residuos	++	+	-	--		
Medio ambiente						
Disponibilidad de espacios públicos adecuados para las relaciones sociales	++	+	-	--		
Densidad del tráfico	++	+	-	--		
Otros (especificar)	++	+	-	--		
Transportes público	++	+	-	--		
Transporte privado	++	+	-	--		
Infraestructuras del transporte / movilidad						
Disponibilidad de estructuras que fomenten la movilidad activa (paseos, carril bici, etc.)	++	+	-	--		
Otros (especificar)	++	+	-	--		
Calidad del sistema sanitario						
Calidad técnica	++	+	-	--		
Continuidad de cuidados, accesibilidad, seguridad	++	+	-	--		
Calidad percibida (satisfacción de los usuarios/as)	++	+	-	--		

Tabla II. Determinantes intermedios (2)

Factores materiales y condiciones de vida	Tipo de impacto					
	(++)	(+)	(-)	(--)	Dudoso	Grupos especialmente afectados
Retención de la riqueza en el área local	++	+	-	--		
Empleo	++	+	-	--		Personas sin coche y que habiten en zonas alejadas
Educativos, formación y habilidades	++	+	-	--		Personas sin coche y que habiten en zonas alejadas
Alimentación	++	+	-	--		Personas sin coche y que habiten en zonas alejadas
Seguridad alimentaria	++	+	-	--		Personas sin coche y que habiten en zonas alejadas
Vivienda	++	+	-	--		Personas sin coche y que habiten en zonas alejadas
Servicios sanitarios	++	+	-	--		Personas sin coche y que habiten en zonas alejadas
Servicios y prestaciones sociales	++	+	-	--		Personas sin coche y que habiten en zonas alejadas
Comercios	++	+	-	--		Personas sin coche y que habiten en zonas alejadas
Instalaciones de ocio y recreo (deportivas, culturales)	++	+	-	--		Personas sin coche y que habiten en zonas alejadas
Otros (especificar)	++	+	-	--		
Seguridad (física, delincuencia, libertad de movimientos)	++	+	-	--	X	Transportistas y especialmente las mujeres
Otros (especificar)	++	+	-	--		

Tabla II. Determinantes intermedios (3)						
Factores psicosociales	Tipo de impacto					
	(++)	(+)	(-)	(--)	Dudoso	Grupos especialmente afectados
Estrés psicosocial (inseguridad laboral, discriminación)	++	+	-	--	X	Positivo en general pero dudoso para transportistas si pierden empleo
Apoyo y cohesión social (redes familiares, vecinales, sociales)	++	+	-	--		En población general y en transportistas
Autoestima individual y colectiva (renombre o prestigio del barrio y/o ciudad)	++	+	-	--		
Percepción de inseguridad (incivismo, delincuencia)	++	+	-	--	X	Mujeres transportistas
Autonomía o autoresponsabilidad del individuo	++	+	-	--		
Otros (especificar)	++	+	-	--		
Factores individuales: conductas relacionadas con la salud						
	Tipo de impacto					
	(++)	(+)	(-)	(--)	Dudoso	Grupos especialmente afectados
Actividad física	++	+	-	--		Población general
Dieta sana	++	+	-	--		Población general
Consumo de tabaco	++	+	-	--		Población general
Consumo excesivo de alcohol	++	+	-	--		Población general
Consumo de sustancias ilegales	++	+	-	--		
Práctica de sexo seguro	++	+	-	--	X	Transportistas hombres
Actividades lúdicas o de ocio que fomenten la relación interpersonal	++	+	-	--		
Otros (especificar)	++	+	-	--		

Sección 3. ¿Sería necesaria una EIS completa u otro tipo de evaluación?

Resumen de los impactos y propuesta de recomendaciones preliminares

El plan tendrá previsiblemente un impacto positivo en la salud de la población general y de las personas dedicadas al transporte. Producirá una disminución de las desigualdades de género, clase social, edad y por discapacidad en la población general, pero puede aumentar las desigualdades geográficas en función del eje rural-urbano. Asimismo existe incertidumbre sobre el efecto en las desigualdades de género entre las personas trabajadoras del transporte. Se prevé un impacto positivo en la calidad del empleo y las condiciones laborales del sector del transporte, pero puede a la vez aumentar el desempleo entre los/as transportistas. Tendrá un efecto positivo en la calidad del aire, en el ruido y en la densidad de tráfico. Mejorará el acceso a los bienes y servicios, disminuirá el estrés y aumentará la cohesión social, al igual que la práctica de ejercicio físico y la alimentación saludable.

Recapitulación de lo hallado

Para responder sobre la decisión de aplicar una EIS completa se debe marcar la respuesta a las preguntas de la siguiente tabla en la primera o la tercera columna.

A favor de una EIS completa	Pregunta	No a favor una EIS completa
Sí	1. ¿La propuesta política es importante para la organización responsable de la misma (coherencia estratégica, contribución a sus fines, controversia, inversión)? (mirar cuestión 1.1 de sección I)a	No
Sí /Dudoso	2. ¿A pesar de las recomendaciones propuestas se prevé que genere desigualdades o aumente las ya existentes? (mirar cuestión 1.2 de sección I y última columna de sección II)	No
Sí	3. ¿Existe incertidumbre en relación a algún grupo social que necesite de una evaluación más profunda para emitir recomendaciones? (mirar cuestión 1.2 de sección I y última columna de sección II)	No
Sí	4. ¿Se ha detectado un impacto negativo en un determinante que necesite de una evaluación más profunda para emitir recomendaciones que lo eviten? (mirar sección II)	No
Sí	5. ¿Se ha detectado un impacto incierto en un determinante que necesite de una evaluación más profunda para conocer su efecto? (mirar sección II)	No
Sí	6. ¿Se ha detectado algún área de mejora que necesite de una evaluación más profunda para emitir recomendaciones?	No

a: Debido a que esta pregunta está muy condicionada por el organismo responsable de la propuesta, los criterios para la respuesta afirmativa deberán establecerse ad hoc. En el estudio de validación de la herramienta se consideró que la respuesta era «**Sí**» cuando se respondía afirmativamente a tres de las bases programáticas, siempre que se viera incluida la primera (derechos humanos y libertades), y además a tres de las áreas prioritarias del Plan de Salud, entre las que debía encontrarse la segunda (desigualdades sociales en salud).

Factibilidad de introducir modificaciones

¿Existen posibilidades reales de introducir modificaciones en la intervención antes de su puesta en marcha?

- Sí
 No
 Dudoso

Elementos facilitadores de la modificación de la propuesta (movilización o preocupación social, colectivos interesados en participar en el proceso, predisposición e interés en la EIS desde las instancias decisorias)

.....

.....

Barreras [*timing* (momento oportuno, plazos de ejecución), limitaciones presupuestarias, falta de sensibilización o de interés]

.....

.....

.....

Decisión final (expresarla en el siguiente cuadro)

Teniendo en cuenta los apartados de la sección 3, se considera que la realización de una EIS completa será recomendable cuando, al menos, se responda «Sí/Dudoso» a una de las siguientes preguntas: 2, 3, 4 o 5.

A pesar del criterio anterior podría ocurrir que una vez realizado el análisis de la sección 2 se considere adecuado recomendar una EIS completa, aun habiendo sido negativas las cuatro respuestas anteriores.

Del mismo modo si a pesar de ser recomendable la realización de una EIS completa, no existe un entorno favorable para ello, se expondrán los motivos en la justificación de no realización de la misma.

Existe además la posibilidad de que tras el análisis sistemático de los DSS se considere apropiado realizar otro tipo de valoración (ambiental, centrada en urbanismo, de género, etc.)

NO REALIZAR UNA EIS

X

Porque:

- No se cumplen los criterios de decisión en la recapitulación de lo hallado
- No existe un entorno favorable a su aplicación, en concreto:
 - Existe falta de recursos (financieros, humanos)
 - No hay un entorno político-institucional favorable.....
 - Existe falta de tiempo para realizar la EIS antes de la toma de decisión.....
- Otras razones, especificar:

REALIZAR UNA EIS

X

Porque:

- Se cumplen los criterios de decisión en la recapitulación de lo hallado **X**

- Existen razones que aconsejan su aplicación:

Existe preocupación social

Existe interés e implicación por parte de la organización

Existen colectivos interesados

- Otras razones, especificar:

ANEXO II

Validación de una herramienta de cribado para la EIS: estudio cualitativo sobre las percepciones del personal responsable de las políticas sectoriales acerca de la herramienta y el proceso

Los Resultados que se presentan a continuación proceden del análisis de las transcripciones y de las notas generadas en el desarrollo de los dos grupos de discusión que se llevaron a cabo con el objetivo de conocer las percepciones de los técnicos que habían tomado parte en la experiencia piloto de la herramienta EIS-institucional.

En total participaron 11 profesionales cuyas características en cuanto a Servicios de procedencia, titulación profesional, edad, sexo y tiempo de trabajo se resumen en la **Tabla 1**. Con la finalidad de preservar la confidencialidad de sus intervenciones, los extractos seleccionados se han señalado como M (mujer) y H (hombre) y con números o letras minúsculas en función del grupo al que pertenecían, y en ellos se ha obviado en lo posible todo aquello que pudiera resultar identificador.

A partir de dicho análisis surgen cuatro áreas temáticas, relacionadas entre sí, y que atañen no sólo a los aspectos relacionados más directamente con las particularidades de la herramienta EIS y el proceso seguido para su cumplimentación, sino que además apuntan hacia factores relacionados con los contextos administrativos, políticos y temporales tanto de los participantes como de los promotores de la iniciativa.

1. La herramienta y el proceso

Comprensión, asistencia técnica, trato y tiempos

En general, las percepciones acerca de la iniciativa, de su justificación y del proceso seguido son positivas. La posibilidad de articular las distintas políticas de manera coordinada y transversal se valora favorablemente, y en el ámbito concreto de la salud dicha transversalidad se reconoce especialmente justificada, aunque desde el comienzo es posible advertir algunos interrogantes acerca de su desarrollo futuro.

*«A mí me ha parecido interesante como experiencia... porque sí que es verdad que funcionamos como departamentos muy estancos, Sanidad, Educación, Cultura, cada uno estamos en lo nuestro, e incluso dentro del propio Gobierno, ya cuando entramos en Administración ni te cuento, pero creo que es bueno estos planteamientos transversales eh,..» **H1***

*«A mí me ha parecido interesante, pues no sé, igual que... las reuniones de Emakunde, lo de igualdad de género, son cuestiones similares ¿no?, son planes transversales de sensibilización respecto a algunos temas y, que siempre vienen bien.» **M1***

*«Yo creo que sí, que es un objetivo de la Administración el trabajar como una Administración, de alguna manera... No sé si la experiencia es, es válida, es suficiente, no sé eh, pero sí que me parece que hay que hacer cosas positivas, de alguna manera, para empujar... pues muchas veces en el ámbito de lo cotidiano, pues no conoces lo del de al lado, y ahí sí que tenemos que, y yo creo que también en el ámbito de la salud además... a lo mejor, en el ámbito de otro programa que el de al lado se entere o no, no tiene demasiada importancia...» **H3***

«...la gente que trabajamos en el área social, pues este tipo de planteamientos digamos, pues es parte de nuestro credo... que la pobreza genera enfermedad y la enfermedad genera pobreza. Entonces que este tipo de planteamiento, vaya calando y en el futuro no sólo en el Departamento de Sanidad si no en otros... haya una orientación a objetivos por parte del Gobierno, una visión de conjunto y que las piezas sean parte de un

*puzzle y... que alguien tenga la visión del puzzle y los efectos que cada pieza tiene en el conjunto... luego ya hay que ver qué medidas vaya a tener, como decía H1...» **H2***

Las valoraciones acerca de la comprensión y factibilidad de utilización de la herramienta como tal son variadas, subrayándose la importancia de la ayuda y la asistencia prestadas por parte de los técnicos promotores. Dicha asistencia se relaciona, por un lado, con la necesidad de comprender y discutir el marco teórico de partida de la iniciativa EIS en sus dimensiones de integralidad del concepto salud y de su dependencia de factores propiamente no sanitarios. Y por otro, con aspectos más de procedimiento y de articulación que no siempre parecen resultar fáciles de interpretar y cumplimentar de manera unánime.

*«—Sí claro, el taller es imprescindible, porque si no, no te enteras nada de la herramienta, yo por lo menos, no tengo conocimientos, ni de sanidad, ni nada, ni... **Md***

*—Yo me acuerdo que cuando estuve rellenando, una compañera que lleva mucho tiempo fuera justo hizo lo contrario que yo, rellenó enseguida, o sea, que esto es relativo... **Ha***

*—Tan distinto... **Todos***

*—Sí, yo quizás lo miraba más objetivamente, lo que quiero decir, yo veía cosas que no tenían ninguna repercusión. Y ella decía «¿Cómo que no? ¡Esto tiene muchísima!...» me parecía que exageraba un poco, pero bueno... Depende de la persona... **Ha***

*—Y luego, pues yo sé que en mi Departamento hay personas que ta, ta, sin pensarlo dos veces y cuando vuelven entonces no, pues el hecho de tener una pequeña reunión con ella, ir reflexionando, aparte de que te obliga a contestar a las preguntas y a las respuestas, es la única forma de que el acto se haga con calidad. **Ma***

*«—Y luego cuando pasas de una perspectiva amplia, a condicionantes intermedios y tal, pues a lo mejor lo que decía M2, ves por fuera, quizás una herramienta que ha querido ser universal para todo tipo de ayudas, pues luego hay problemas a la hora de interpretar para la ayuda en concreto de que se está haciendo, ¿no? Entonces yo entendía, o sea yo cuando contesté la primera vez no tuve dudas, cuando contesté la segunda, empecé a tener dudas, pero era básicamente porque desde vuestro lado percibía opiniones diferentes... para interpretar la comprensión del producto o sea... **M1***

*—Que no es matemáticas esto, yo creo que el apoyo fue bueno **H4***

*—Muy bueno, sí. **M2***

*—Ya, pero una herramienta que va a depender de las opiniones...**M1***

*—Claro claro **Varios***

*—Por eso yo creo que era necesario el apoyo **H4**»*

Las dificultades varían en cierta medida en función de las áreas de trabajo. En determinados casos —vivienda, inmigración...— la vinculación con la salud se advierte más directa que en otros ámbitos, lo cual contribuye a resaltar la importancia de la labor asesora. A su vez, la dilatación de los tiempos entre las diferentes fases de la experiencia tampoco parece haber ayudado a su correcto desarrollo aún a pesar de las percepciones favorables respecto del trato y la atención recibida.

*«—...no tengo mucho conocimiento en lo que son este tipo de herramientas, pero lo que si es clave para añadir, para motivar a la gente a que participe es la charla del principio, es que fue fantástica. **Ma***

*—Fue fantástica... muy bien... **Varios***

—...Bueno con las acciones a mí ya me costaba ver la relación que había entre lo uno y lo otro, porque lo mío era como muy sui generis... entonces a mi me costó, y porque me ayudaron muchísimo ellas,... o sea in-

tentaban explicarme que relación podía tener lo uno con lo otro... Pero a nivel general, yo creo que muy bien, porque nos han situado muy bien, la charla que habéis comentado, también muy gráfico todo... **Md**»

«—Sí, porque han cuidado mucho todos los pasos, pero muchísimo... **M2**»

«—Ahora mismo no sé, en la anterior reunión cuando yo la mantuve con ellas pero puff, han podido pasar cuatro meses, y por eso de verdad, no sé si igual fue antes, no.... **Mb**

—...Después de pasar tres meses ya no me acuerdo de nada. Estamos muy desplazados, y vuelves como... **Ma**»

Por qué y para qué: dudas e inquietudes

Pero en el análisis de los discursos de los grupos se advierte enseguida que las inquietudes de los profesionales participantes trascienden el nivel más instrumental acerca de la herramienta y el proceso seguido, y se orientan a preguntarse el por qué y el para qué de la iniciativa.

«...no sé hasta qué punto el objetivo o para qué, o cómo sirve esto ¿no?. No sé si es muy visible el hacer una evaluación del impacto en salud, al final cómo traduces esto en luego qué cosas, no sé si es más de sensibilización o de que luego lo tengas tú en cuenta a la hora de diseñar tú ciertos programas ¿no?... O desde Sanidad se buscaba más una, una evaluación en el sentido de que bueno, estamos haciendo más cosas a través del Gobierno, con otros programas que son más transversales ... o no sé, que lo mismo también se podría hacer desde, desde otro, desde el impacto social, o desde el impacto cultural, o desde otras opciones... para al final, evaluar la acción de gobierno en, en, el bienestar social o en el bienestar general de la población, por ejemplo... **H1**»

«...Tampoco he entendido si esto era para seleccionar qué plan o herramienta o qué tema de esta Administración era más fácil, no sé si el criterio va a ser la facilidad en la capacidad de, interlocución, no sé cuál va a ser, en eso habéis sido poco claros, porque no está definido, no sé, a mí me surgían preguntas, por qué, al final cómo van a elegir, quién va a elegir al agraciado, el Departamento que se relaciona con Sanidad... **M2**»

«...No, yo me he quedado por momentos,... no sé cómo decirte, ...la idea que yo tenía era validar el cuestionario o sea la herramienta etc. En otro momento, validarlo como un repaso para a continuación, efectivamente darnos una serie de pautas que orienten nuestro trabajo... y punto y se acabó. Pero detrás de eso había una ambición... una experiencia del dos mil nueve que se perpetúe y tal, entonces, al final no sé muy bien, qué peldaño era... y.. hasta dónde llegan... **H2**»

«...Estaba claro, tú rellenas todo muy bien, pero luego dices, ¿pero este decreto va a ser realmente efectivo?, ¿va realmente a tener un impacto?... Hombre pues según, si la administración pone todo lo que te dice, si éste hace todo lo que dice, si el otro también pone... Mi duda principal era esa. **Mc**»

«...A mí me gustaría saber un poquito los objetivos, es decir, para qué va a servir la herramienta en concreto, lo que quiero decir es que si se tiene la intención de irse a aplicar a unos proyectos legislativos elegidos a lo largo del año, no sé... Yo estoy un poco perdida en eso, así como Emakunde por ejemplo ellas tenían muy claro que su herramienta, (HABLAN TODOS) y todo el mundo siempre tenemos que pasar por ellas, se ha convertido en un método burocrático que casi terminas..., esto está claro que quería ser otra cosa, y que quería algo como mucho más real y profundo, pero luego no sé, o sea ¿se va aplicar realmente las acciones de los departamentos, y al final va a tener unas conclusiones que esos Departamentos van a tener en cuenta?, un poquito saber, ¿o esto forma parte de un doctorado y estamos haciendo un experimento...? **Ma**»

«Qué pasos vamos a dar lo único a partir de ahora. Yo no tengo claro por dónde, qué vamos a hacer. **Mb**»

Es decir, aún a pesar del reconocimiento positivo de la labor de asesoría llevada a cabo por los técnicos promotores de la experiencia, permanecen en las vivencias de los participantes interrogantes dirigidos tanto hacia su intencionalidad como a su futuro. Interrogantes que en parte pueden tener su origen en insuficiencias en la información aportada, en cuyo caso habrían de ser tenidas en cuenta para poder ser subsanadas.

Sin embargo, como veremos a continuación, sus fundamentos parecen situarse en percepciones más vinculadas al contexto institucional y político en el que tanto promotores como participantes desarrollan su actividad profesional.

2. Quiénes somos y dónde estamos

Tradiciones descoordinadas

En las repetidas referencias a la realidad del día a día, el atractivo de la transversalidad con la que se identifica a la EIS parece chocar con comportamientos tradicionales de descoordinación en las relaciones inter e intra-departamentales afectando al quehacer cotidiano de los servicios y de los propios profesionales.

«—A mí me parece que es muy difícil coordinar Departamentos para cualquier cosa, o sea yo tardé un año en saber qué hacía cada uno de mis compañeros de mi dirección, entonces si no hay coordinación entre nosotros, no digamos nada, entre direcciones dentro de un mismo Departamento, ...es muy ambicioso, no digo que las utopías no sean necesarias para progresar, pero me parece muy difícil **M1**

—¿Por qué? **Entrevistador**

—Pues por la práctica, por lo que vemos de cómo funciona la Administración, por la experiencia que tenemos todos, no creo que nadie haya puesto cara rara, a lo que he dicho. Sin más, por el día a día, cada uno va a lo suyo, si falta uno, ese trabajo se queda sin hacer, porque ningún compañero sabe lo que haces, como mucho coges el teléfono y, ya sabemos lo que hay, no estoy diciendo nada raro, no, entonces hacer un programa donde intervengan varios Departamentos... **M1**»

«...y por otra parte la verdad, a veces bueno, cuando hablo de «paquete», lo hablo en otros términos, a ver, este es un objetivo de otro Departamento, y claro, todos tenemos un montón de trabajo encima de nuestra mesa y como no es un objetivo nuestro, pues depende del impulso que lo quieran dar supongo los que están por encima de nosotros, pues ese «te ha tocado» o ese «quién quiere de entre todos vosotros» se hace con más o menos fervor, ¿no?, porque además tenemos nuestros objetivos anuales, y hay que llegar, cumplir... **Mb**»

«...Yo estoy un poco con ella, porque a mí también, no sé si porque también nuestra dirección es bastante pequeña, casi me caen todos estos planes transversales que si de salud, de Emakunde, de GaztePlana,... **Md**»

Ante dicha falta de hábito en el trabajo coordinado, el grado de implicación en iniciativas transversales dependerá en gran medida de su origen y del compromiso por parte de los responsables correspondientes.

Salud como origen de la iniciativa

Las tradiciones de descoordinación adquieren matices diferenciados según los Departamentos de que se trate, y en este caso, dado que la iniciativa de elaboración e implementación de la herramienta EIS procede del Departamento de Salud, los participantes —profesionales pertenecientes a otros Depar-

tamentos— se preguntan la intencionalidad del Departamento de Salud en su desarrollo y en su continuidad.

Dichas dudas se hacen especialmente visibles en aquéllos participantes cuyo ámbito de trabajo se encuentra más próximo a lo sanitario. Desde su punto de vista, la transversalidad inter-departamental que de algún modo representa la herramienta EIS constituye una orientación necesaria, y como tal reivindicada repetidamente desde sus ámbitos laborales sin que a lo largo del tiempo haya habido respuesta por parte de un Departamento de Salud al que se le considera excesivamente cerrado en sí mismo.

«...Luego lo que ha dicho H1 a mí sí que me gustaría insistir. Sanidad es super-opaco, es un Departamento que... jamás se ha podido someter a ningún eh, manera de trabajar que le hayan podido aportar otros,... ellos presentan sus programas y da igual lo que les preguntes, que no tienes respuesta. Y después llevamos una historia de veinte años, del espacio socio-sanitario en el que las relaciones han sido horribles que de ahí, entonces luego aparece esto, y yo me alegro muchísimo porque, yo llevo trabajando transversalmente, pues, cerca de quince años..., sí me puede quedar la duda, de después qué uso, cuál va ser la, la relación entre departamentos,... pues ha sido, lo que ha sido, poca participación y desde luego no han intentado nunca ponerse en otras realidades....» **M2**

«—...Bueno, lo voy a decir ahora, el año pasado en enero, hubo unas jornadas en el Euskalduna de desigualdades sociales en salud, pues joder, pues para mí fue una sorpresa que tuvieran detrás desigualdades sociales en salud, es que efectivamente hubiera gente, ! pero sólo sanitarios!... Era sólo del personal médico sanitario... entonces me dio una sorpresa. Entiendo que efectivamente el público general era aquel que se intenta sensibilizar, pero qué mejor forma de sensibilizarlo empezando ya, desde el minuto uno estas jornadas abriendo espacios a cierta gente que estamos trabajando en la salud y directamente no como médicos... **H2**

—... me parece que, que Sanidad eh, cuando nos propone esto a los demás, es un poco desde su ombliguismo ¿no?, a ver, lo mío a lo de los demás, pero de los demás a lo mío... Planteáis una intervención hacia fuera, para evaluarlo fuera, para introducir una metodología, que seguramente proviene de lo sanitario, a pesar de que, bueno el problema es social, pero bueno como que tenéis ahí el empeño no, que es una metodología sanitaria, y ahora os saco yo algo mejor..., igual está quedando esto muy crítico pero, que a mí me ha gustado mucho que os hayáis puesto a hacer esto, y que espero que no sea sólo el trabajo de un equipo muy concretito dentro del departamento porque no sé qué repercusión tiene, o si tiene apoyos o no... **M2**

—Ya me gustaría saber a mí, de dónde ha partido la idea... **M1**»

«...Pero también nos interesaría saber cómo va a complementar, el, el propio sistema sanitario, que también muchas cosas, pues llenará, o tendremos nosotros que decirles o proponer, pues igual hay que poner en este sistema esta figura o esta tal, o este sistema de coordinación...» **H4**

«...¿qué va a suponer digamos, por parte del Departamento de Sanidad, por ejemplo, eh en cuanto al cambio de, de paradigma de actuación?, quiero decir... que la relación del departamento de Sanidad es un poco paralela a la del médico con el paciente,... el Departamento de Sanidad son los que tienen la bata blanca y entonces cuando vas te dice, te escucha, actúa y con esto, no en igualdad de condiciones..., entonces claro eso está bien en un modelo médico... que hay que cambiar un poco... y como decía ella, vamos a entender que hay una nueva, un modelo ecológico en el cual pues la salud es un modelo de tal, resultado de tal, barra y tal, pues bueno bienvenidos a la realidad, que nosotros veníamos reclamando directamente,... entonces ahora me vienes exponiendo como novedoso algo que te veníamos reclamando tiempo atrás, en fin, todos estos puntos estamos de acuerdo pero una vez que tenemos el acuerdo sobre el marco que dijo, la gestión del modelo no puede ser la misma que la de antes.» **H2**

Las particularidades de la evolución histórica de los distintos Departamentos y Servicios, con sucesivas fusiones y separaciones de funciones, contribuirían también a explicar un cierto tono de escepticismo respecto del futuro de la iniciativa así como la demanda de cambios en el sentido de conseguir mayores niveles de coordinación dentro del propio Departamento de Salud.

«...Y además... en otros ámbitos más de lo que es bienestar social, o pobreza o exclusión o inclusión o, que realmente, en realidad, es que venimos de un Departamento que era Sanidad y Bienestar Social, por lo tanto... **H4**

—Exactamente, del ochenta y cinco. **M2**

—Del ochenta y cinco. Es decir que merece la pena porque fundamentalmente la gente o bien o acaban con problemas de drogas, de salud mental, un montón de, de situaciones no o sea que sí que hemos tenido... **H4**

—Y el alejamiento ese ¿lo percibís como negativo? **Entrevistador**

—Pues posiblemente porque lo que es la coordinación de los espacios socio-sanitarios que tantos años estuvo ahí... **H4**»

«...en el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, Vivienda hace ocho años estaba con Medio Ambiente y Ordenación del Territorio... **M1**

—Ya, ya, ya **Entrevistador**

—Entonces claro al final en lo social, la salud es primordial, luego a los dos meses vuelven a separarnos... **Varios**»

«—Pero al hilo de lo anterior, antes de cambiar de tema, esta sensibilización, los objetivos de este proceso participativo, bien podríais hacerlo con los diferentes servicios o direcciones del propio Departamento no, porque parece que hay una desconexión bastante importante, y que estáis solicitándonos a nosotros colaboración con nuestras, con nuestras intervenciones de lo social, pero desde dentro pues parece que hay carencias, ¿no? **M1**

—Seguro, seguro... **Varios**»

Discontinuidad en las responsabilidades

En las percepciones acerca del grado de conocimiento y de la actitud por parte de sus responsables superiores aparecen además de las carencias ya comentadas acerca de la coordinación entre Departamentos, la constatación de una insuficiente continuidad en el compromiso con determinadas tareas y proyectos a medio y largo plazo, especialmente si proceden de Departamentos ajenos. Lo cual, unido a la dedicación que requiere el trabajo rutinario de cada Departamento y Servicio, hace que en un primer momento la participación en la iniciativa EIS se pueda percibir como un trabajo más, no siempre bienvenido.

«—...creo que los departamentos pasan de estos temas, porque creo que como lo hizo mi director yo creo que a los demás les pasaría igual, te dejan de repente el papel, diciendo «y estos, ¿que querrán estos de sanidad?»... A los que tienen poder decisorio no les interesa mucho este tema, no están concienciados del tema, que luego yo creo otra cosa, que ni la gente de sanidad que lleva estos temas, conoce los otros departamentos... **Ha**

—Quizás no tengan mucho interés en la acción concreta, lo hacen simplemente para cumplir el compromiso... **Ma**»

«...Nuestro departamento... lo primero es intentar que a uno no le caiga porque nadie sabe muy bien estas nuevas cuestiones en la mesa de quién va a terminar,... si bueno aparte de que voluntariamente puedas participar, es decir, que cuando ya lo conoces de cerca, entonces ya te lo vas a creer. Mientras tanto lo que hace la gente es decir, «bueno pues a ver si no cae mi mesa» ¿no?, un poco suele pasar así. Es razonable, eh? porque al fin y al cabo luego lo que te van a exigir a ti tus superiores, «quiero resultados de estos otros temas», y sobre esto igual no se van a acordar ni de preguntarme, es una pena también. Tendría que haber aquí Subdirectores o Viceconsejeros...» **Mb**

Por otro lado, dicha falta de continuidad afectaría en ocasiones a la estabilidad en sus puestos de trabajo y en las tareas asignadas a los técnicos participantes y a sus responsables, considerándose asimismo como un factor potencialmente negativo para el asentamiento futuro de iniciativas como la que nos ocupa.

«...Para mí esto es un tema nuevo, el año pasado vino una compañera mía, al primer contacto que hubo y a mí ya me han entregado el cuestionario relleno, que lo hizo el jefe y me dijo: mañana tienes esta reunión. Entonces, todos estos temas son completamente nuevos para mí y no conozco la percepción por parte del departamento, pero es lo que decía también ella en ese sentido, que no es lo mismo la apreciación que puedan tener las técnicas o los técnicos que llevan muchos años en la casa, que han visto pasar un montón de políticos, que la percepción actual del político concreto que ostenta el cargo...**M1**»

«—Yo creo que, por lo que he visto ya en las dos últimas reuniones, estaba bien organizado, en el sentido de que parece ser que se marcaban los objetivos, se hizo la selección de las actuaciones... Pero yo entré tarde, en el sentido de que una mañana me dijeron vete a esta reunión y claro he participado solo en la última parte y creo que eso puede, no sé si os ha sucedido a más o puede suceder en la administración, teniendo en cuenta que yo estoy en una dirección pequeña, hay mucha movilidad de los recursos humanos, y entonces siempre que se lleva a cabo un programa, una acción, cualquier cosa que tenga que tener como un seguimiento en el tiempo aunque sea mínimo, nos puede suceder esto, que quien hizo la selección de las actuaciones de la dirección, o quien dijo que estas determinadas actuaciones son las que hace la dirección, y luego quien viene posteriormente pues claro hay como un desfase... **Mc**

—Entonces veis el problema de la discontinuidad... **Entrevistador**

—De la discontinuidad que tanto se puede dar en la administración. **Mc**

—Ya, ya, ya. **Entrevistador**

—Porque a veces parece que todos llevamos, a mí me ha pasado, 20 años en el mismo sitio y de repente cambias un año y,... la administración se puede enfrentar a estos como dos extremos, ¿no?, que por inercia unos llevan 20 años y por otra, igual hay direcciones en las que un año..., yo ahora casi soy la más veterana quitando a la secretaria, en mi dirección, entonces bueno no se puede comparar igual no sé cómo decirlo, un departamento con otro, una dirección con otra, un servicio con otro... **Mc**

3. Desde arriba y desde abajo

Compromiso y formación por parte de los responsables superiores

A partir de las valoraciones positivas y de las dudas e inquietudes señaladas respecto de la iniciativa EIS, las sugerencias se orientan, en primer lugar, hacia la necesidad de compromiso y de conocimiento acerca de la misma por parte de los responsables superiores.

«—...entonces yo les explique lo que había sido la reunión, que me había gustado mucho y me parecía que además a nuestro nivel,... tenía mucha implicación,... y le dejé el panfleto. **Ma**

—Y la recepción fue favorable... **Entrevistador**

—Sí, sí, me escuchó por supuesto, (Risas) pero bueno cuando le dije que venía para acá otra vez, entonces... **Ma**

—Es un poco triste pero es así. **Mb**:

—Es que has cumplido el compromiso, y bueno, porque no te pueden decir que no, pero bueno preferiría tenerme allí... **Ma»**

«—...Pero he llegado a la conclusión que hace falta un político con mucho empuje para liderar eso que estamos hablando... **M2**

—Sí, nosotros solos... Al hilo de lo que comentabas tú antes, lo importante es verdaderamente quién esté al frente liderando el asunto, da igual que se trate del secretario de fuera, sino también un poco el respaldo explícito que hay detrás. Ahora es el modelo de, que se plantea en este caso, este giro en el modelo de la atención a la salud,... quiero decir que efectivamente quien llegue y ocupe la Consejería o Viceconsejería o lo que fuera, tomará sus decisiones... **H2»**

«Nosotros... somos simples técnicos, entonces mas allá de trasladar... El que pueda llegar a los políticos sólo se llega desde arriba yo creo. El que está por encima del Consejero, que aprieta a los directores y el resto... Desde los técnicos... no es tan fácil y trasladarle un poco esta inquietud, yo creo que esto tiene que llegar un poquito desde arriba. **Ma**

—Yo también en general. **Ha**

—Ese nivel en el que al final se toma la decisión, el nivel de concienciación tendría que... **Varios**

—Pero por eso te está diciendo que a lo mejor estas cosas hay que empezar desde arriba. Si se reunieran aquí los Viceconsejeros a lo mejor ya creen un poquito más en ello. Saben también a quien tienen que elegir... Luego pregunta por la continuidad del asunto, porque yo, dices trasladar, depende de los momentos concretos no es que no me vayan a escuchar, es que «Ah muy bien, vale venga, esto que, muy bien venga». Ya te he escuchado. **Mb**

—Y con los cargos políticos se usa generalmente tácticas como inadecuadas, se les coge el documento porque les encanta el papel, resumen, si, tal, esto, aquí, bien. Pero es muy diferente a que les cuenten la incidencia o el impacto que tiene esto en la salud... en un documento, o que hagan un taller en el que ellos vean, se reflejen, se vean así mismos diciendo que esto tiene poco impacto, y el de al lado dice que mucho, y a ver por qué dices... Y yo creo que a nadie quiere llevar a los cargos políticos, el Director, el Consejero y el Viceconsejero a un taller en el que empiecen a interactuar... **Mc»**

Las referencias en este sentido a otras experiencias como las relacionadas con las políticas de igualdad de género se repiten en ambos grupos. La asunción de dichas experiencias por los distintos Departamentos se vincula en gran medida a sus responsables, lo cual indicaría para algunos el camino a seguir por la EIS, sobre todo teniendo en cuenta que en este caso el desconocimiento de partida es mayor.

«—...Antes de extender la cultura empezar por los cargos... Y luego desde luego por supuesto defender la cultura desde luego con otro tipo de cuestiones..., con esto yo siempre me voy a lo del género que me tiene mareada ahora, pero lo mismo ocurriría en su momento, partiendo de la ley no se qué... hemos llegado a donde hemos llegado, y esto está aquí para todos ya, guste o no guste..., y con esto igual, si se asume como... **Mb**

—Yo un poco la sensación que tengo es que Emakunde tenía yo creo que hilo directo con el Lehendakari y el Lehendakari... **Ma**

—Pues aquí pasaría un poquito lo mismo, tendría que haber un poco de lo mismo... **Mb»**

«—Emakunde fue el primer instituto de la mujer que se creó en España, digamos que yo creo que hay que volver a la idea, yo creo que eso tiene tal desarrollo que la, la personalidad y quién estuviera ahí, quizás influye, pero menos que en un momento inicial que en otro momento, ¿no? **H4**

—Eso ha influido muchísimo. **M2**

—Ha influido muchísimo evidentemente. **H4»**

«—...creo que los Departamentos pasan de estos temas, porque creo que como lo hizo mi director yo creo que a los demás les pasaría igual, te dejan de repente el papel, diciendo «y estos, ¿que querrán estos de Sanidad?... Los que tienen poder decisorio no les interesa mucho este tema, no están concienciados del tema. Que luego yo creo otra cosa, que ni la gente de Sanidad que lleva estos temas, conoce los otros Departamentos... yo veo un poco despistados a los de Sanidad en la parte que yo conozco un poco, y supongo que a los técnicos que encargan a los Departamentos que son a lo primero que se les ocurre, no lo hacen con interés real, y yo creo que pasa lo mismo, lo desconocen todo este tipo de cómo van estas tendencias de la Sanidad. **Ha**

—Quizás no tengan mucho interés de la acción concreta, lo hacen simplemente para cumplir el compromiso... **Ma»**

Importancia de contar con los técnicos

Pero a su vez, merecen ser tenidas en cuenta las apreciaciones de algunos de los participantes acerca del riesgo de formalización excesiva de las políticas apoyadas únicamente en los compromisos «por arriba». En su opinión los cambios reales en las culturas organizativas e institucionales requieren de la implicación de los técnicos y los profesionales encargados de la tramitación de las políticas y que constituyen los estamentos mayoritarios y más estables en la administración pública.

En ese sentido se retoman de nuevo las valoraciones favorables al trato vivido durante la experiencia EIS, y se reclama de algún modo la importancia de trabajar «desde abajo», es decir, teniendo en cuenta el papel de los profesionales y de los técnicos como agentes necesarios para los cambios y a los que en consecuencia habría que dedicar atención y formación específica.

«—...Pero el tema de género yo creo que al final incluso... Yo he estado en varias reuniones con toda la gente que estamos haciendo este trabajo dentro de mi Departamento, y nosotras no estamos concienciadas, o sea que tampoco creo que ellos hayan seguido el buen camino. Hablas de imponerlo desde arriba, pero al final a nosotros nos viene como impuesto, no estamos concienciados para nada, no nos han dado formación para hacer este trabajo, y al final lo único que nos genera es mal ambiente y mala historia. Yo digo que realmente a mí me ha gustado mucho más como se nos ha trabajado a los técnicos desde aquí, mucho más acercamiento, más apoyo a la hora de rellenar unas simples fichas, pero que te genera un trabajo y un estrés porque tú no sabes, o sea, careces de nociones y yo creo que en ese sentido he notado una gran diferencia y yo estoy en los dos temas metida. No sirve de nada que nos impongan desde arriba el que el Viceconsejero vaya a lanzarla muy concienciado, si a mí tampoco me hacen labor de concienciación y no se trabaja conmigo. **Md**

—Estoy de acuerdo contigo, he trabajado muy a gusto en esta, en este proyecto, una gran experiencia... **Mc**

—Yo también con el desconocimiento de la materia no llego a ver eso, pero yo creo que también es importante que lo trabaje luego la persona que va a hacer el trabajo, no solamente al Viceconsejero que se le conciencie... **Md**

—A veces es más fácil igual ¿no?, concienciar a gente que no tenemos capacidad de decisión última, que a otra gente que busca los objetivos políticos,... **Mb**

—Mi experiencia es que realmente las políticas de impacto, se han convertido en un aspecto meramente burocrático. **Ma**

—Exacto **Mb**

(HABLAN TODOS)

—... Y ellos desde luego que no están concienciados. **Ma**

—Eso con el tema del género que parece que es más... **Mb**

—Son posiciones que vienen de arriba (HABLAN TODOS)

—No se cree en ello realmente... **Ma**»

«...Igual digo una tontería, pero estaba pensando ahora viendo lo que dices, eso está en relación, me ha venido con el asunto del impacto de género, esto que a mí también me toca..., yo sí que organizaría algunos tipos de cursos para que sepamos emplear técnicas, para evaluar estos impactos... Y a lo mejor es que también sería muy bueno dado que aquí lo que sí que detectamos es que con todos nuestros planes de acciones, normas, etc., terminamos teniendo un impacto... A lo mejor es que todo esto tiene que ser educativo, y que el IVAP tiene un poco que difundirlo entre todos nosotros, para eso tiene herramientas y se dedican a esto. Nosotros nos convertimos como en pioneros, que si yo quiero un poco introducir esta cultura en mi servicio, en mi subdirección, me va a costar más, me va a costar más que si fuera una acción formativa a nivel general...» **Mb**

4. Del papel a la práctica

No es suficiente con más informes

El riesgo de reducción de las políticas a su formalización a modo de informes o de trámites con escasa repercusión real sobre los problemas que pretenden resolver, se apunta como un aspecto a tener en cuenta en relación al futuro de la EIS.

«—...entonces vosotros pues igual podéis pretender que, que el tema de la salud también sea algo obligatoriamente y que el resultado sea un informe más, que es una de las posibilidades, pues bueno, eh no sé si esto realmente va a ayudar a que el impacto sobre la salud sea mejor, no sé si el ciudadano y la ciudadana van a sentir mucho mejor, si se concreta en algo así. **M2**»

«—...Yo vengo de un sector, bueno de un Departamento un poco específico..., entonces la idea que yo tenía desde el principio era que desde Sanidad estabais analizando pues una viabilidad y utilidad de incluir los criterios de salud, pues en todo tipo de herramientas, planes de ayudas de los distintos Departamentos. Yo..., venía ya con una idea preconcebida, porque en mi Departamento en su día se hizo algo similar, igual con una metodología, digamos, peor diseñada no, yo veo positivo el hecho de que, de que habéis contado con los distintos Departamentos, habéis analizado distintos planes y programas y, y sobre los que pueden tener influencia los aspectos de salud, en nuestro caso, lo que se hizo directamente casi, hacer una ley para crear un informe que tenga en cuenta los aspectos de sostenibilidad... Entonces yo lo, lo que entendía era eso, que lo que se pretende y tal, que querían hacer un nuevo informe eh, de preparación del impacto de salud eh, que vendría desde Sanidad y que habría que añadir al resto... de impactos diferentes..., un poco en relación con lo que decía anteriormente, de que cada Departamento actúa como Departamento estanco, cada uno crea su informe y, y bueno eso al final lo que crea es dificultades a todos... Una de las intervenciones que estaban era el Plan territorial sectorial... y entonces claro, nosotros ya tenemos el informe de declaración de impacto ambiental, tenemos el informe nuestro..., el informe de declaración del territorio, si en su día se hiciera algo semejante con salud, el informe de Salud... **H3**

—Y el de mujer también tenéis **M2**

—Ese también, el informe de igualdad lo habéis hecho vosotros u os lo ha hecho alguien? **H4**

—No tenemos información, pero se pedirá, se pedirá... **M2**

—Tanto informe al final... **Varios**»

Dichos temores relativos al desarrollo efectivo de la herramienta EIS, es decir, al paso de lo que podría ser su plasmación «en el papel» a la realidad de «la práctica», expresan y resumen de alguna manera las consecuencias percibidas por los participantes en relación a los dos niveles o ámbitos de interacción expuestos previamente: a) el protagonizado principalmente por los promotores de la iniciativa y los técnicos participantes, y b) el condicionado por las experiencias previas de coordinación / descoordinación entre los Departamentos generadores y receptores de la iniciativa, y por los papeles asignados tanto a los responsables de dichos Departamentos como a los propios técnicos.

Pues bien, todavía es posible encontrar en los discursos de los grupos otros niveles o ámbitos de influencia menos cercanos, y por tanto, de efectos más indirectos, pero que resulta de interés señalar cara a conseguir una aproximación lo más completa posible a sus valoraciones respecto del desarrollo de la herramienta EIS (**Figura 1**).

El marco de los servicios

Es el caso, por ejemplo, de los servicios y programas de actividades dependientes formal y administrativamente de los Departamentos, pero cuyos gestores y proveedores operan de manera autónoma «fuera» de las estructuras político-sanitarias y en contacto directo con la población. Las inquietudes en este nivel, que hemos denominado como el marco de los servicios, se orientan hacia el impacto final de los planes y proyectos departamentales.

*«En mi caso era bastante complicado, había que imaginar mucho para llegar a la conclusión de que eso podía afectar a tal colectivo o a tal otro, porque teníamos que... a la hora de analizar la acción... analizar un poco a qué colectivos, o qué colectivos estaban recibiendo esas ayudas, esas subvenciones, y ver cómo podía eso repercutir en ese colectivo concreto, pero es un poco lo que comenta ella, yo estoy haciendo un proyecto, imagínate..., pues estupendo y todo suena muy bien, pero luego me lo justifican, me dicen que todo ha ido de maravilla, que muy bien, pero yo no sé realmente cómo llega... porque el papel lo aguanta todo..» **Md***

También aquí las voces de los participantes en ámbitos más cercanos a lo sanitario son las que más llaman la atención acerca de la necesidad de promover actuaciones lo más coherentes posible entre las políticas de los departamentos y las organizaciones encargadas de llevar dichas políticas a la práctica. Desde su punto de vista, para avanzar en transversalidad y en inter-colaboración en materia de salud, no bastaría con contar con instrumentos adecuados a nivel de las políticas, sino que además deberían estar integradas en la labor cotidiana de los servicios y de sus profesionales bien sean éstos sanitarios, trabajadores sociales, educadores u otro tipo de agentes. Lo cual al parecer no se corresponde con lo que ocurre en la actualidad.

*«...En lo social... es algo que se venía reclamando... hace tiempo... ¿no? O sea, a ver,... si les preocupa este tema, pues eso, que se traduzca en que en la red sanitaria haya figuras por ejemplo, de trabajadores sociales, que haya una coordinación con el sistema de servicios sociales ¿eh?, total en un montón de cosas... **H2***

—Yo creo que lo primero que deberíais hacer es revisar esos planes interdepartamentales e institucionales donde participáis y... mirar un poco para adentro y hacer este trabajo de sensibilización dentro de casa, porque el modelo sanitario está —que yo entiendo lo que también tiene de trabajo diario— del médico de familia que tiene uno detrás de otro y que no basta. Pero bueno, que sí que tenéis mecanismos de informa-

ción y de comunicación con vuestra gente en los que se puede transmitir este tipo de enfoque, que es difícil ¿no?, para nosotros también, que en fin, pero bueno también pues que un poco mirar para adentro entre vosotros también... M2»

«...Sí luego ya a otros niveles más altos, igual se mezcla el tema más político, de protagonismo, de, de yo me apunto a esto tú a lo otro,... y al final mira, lo importante es que todo tire y que al ciudadano le llegue esto y tal, entonces yo creo que hay una dificultad también en el, eh en el, en la reacción primaria, en lo más básico. Yo creo que hay también una dificultad de la ambición de lo sanitario, igual en lo social, que la base tenga mayor demanda de esa coordinación por necesidad o por la realidad que se está viviendo. Pero en lo médico, en lo más estrictamente sanitario hay mucha cultura de la atención a lo sanitario y punto... es lo que detecto. Por ejemplo ahora en, en mi labor, en mi campo... el otro día me entrevistaba con un trabajador social de un centro de salud mental infantil y yo le preguntaba... ¿cuántos casos te derivan a ti como trabajador social del centro?, y me decía, derivarme, ninguno. H1»

El marco de lo político

Otro ámbito presente en las percepciones expuestas en los grupos y que también trasciende el nivel de lo departamental englobándolo, es el de lo político, entendido en su referencia a los partidos e ideologías políticas gobernantes y a las dinámicas generadas por los posibles acuerdos y disputas a este nivel.

Las referencias al respecto son en general poco explícitas, pero reflejan su probable influencia en la promoción o en el freno de determinadas políticas, líneas de trabajo, o dinámicas de colaboración/competencia entre departamentos y servicios.

«—Cuando nos explicaron el objetivo, a mí me pareció que el objetivo era muy bueno, ¿no?, realmente ver el impacto que cada una de las actuaciones y los departamentos pudieran tener a nivel, en el ámbito de la sanidad, luego la eficacia práctica, realmente de esos resultados tengo mis dudas. (Ma)

—¿En qué sentido, en cuanto a lo que se va a llevar a cabo luego? Entrevistador

—Sí, supongo que una vez hecha la evaluación de cada una de las acciones, se llegarán a unas conclusiones y esas conclusiones habrá que definir que sería bueno o hacerlo a nivel de Sanidad o si es positivo o negativo y dudo mucho que esas conclusiones al final se vayan a aplicar... en... el Gobierno hay un tripartito en el que cada uno tiene las cosas muy claras, no sé...». (Ma)

«...A mí me hace gracia lo que estamos diciendo, habría que apagar todo esto, pero es que es verdad porque al final resulta que se va a incidir más en aquellas políticas que sean de interés que estén en el plan estratégico del grupo político de turno, etc. Y hay otras cosas que se valoran ya un poquito y se dejan más de lado... Mb»

El marco de lo social

Y por último, cabría señalar un ámbito aún más amplio y más distante respecto de iniciativas concretas como la herramienta EIS, pero que también aparece en los discursos de algunos de los participantes, particularmente en relación a otras experiencias «transversales» como las ya citadas sobre políticas de igualdad de género.

El acento en este caso se pone en el grado de demanda / receptividad social existente a propósito de las propuestas concretas que se quieren llevar a cabo. Así por ejemplo, determinadas políticas relacionadas con la igualdad de género se habrían podido implementar porque obedecían en parte a reivindicaciones sentidas por la sociedad. Mientras que en el caso de la necesidad de corregir la excesiva

«sanitarización» de la salud y promover su abordaje desde perspectivas más integrales e integradoras, el grado de sensibilización social se advierte marcadamente menor.

«...Un compromiso personal y que haya una determinada presión social que en este caso yo creo que existe de la gente de la calle. **Ha**

—Sí, pero hacer un compromiso personal de incluso incorporar en sus discursos lo del ciudadanos / ciudadanas y esto... Aparte de que nosotras somos mujeres, y que bueno, pero... **Ma**

—Ya hay una ley específica de eso. **Ha**

—Ahí está, ahí está. **Mb**

—Sí, pero haciendo un impulso como de un compromiso personal entonces para que esto realmente llegue a calar y tener importancia se utiliza desde arriba. Es que nos quedamos aquí. Estamos implicadísimos... **Ma»**

«...Nosotros venimos del Gobierno Vasco que es un escalafón muy alto a nivel cultural y tampoco conocemos el tema. La gente de la calle menos. Y los médicos que yo conozco muchos, yo alguna vez he participado en el plan de salud, y no es una preocupación para ellos, para muchos que yo conozco. O que no tienen tiempo de, también puede ser eso,... una que estaba aquí me decía yo no tengo tiempo en pensar esto, con todos los pacientes que tengo me voy a poner a pensar, además enfadada, decía que estaba muy enfadada con el sistema, yo creo que a muchos médicos no les llega esto, como para llegar a la población corriente, o con estudios primarios o así, yo creo que no se tiene conciencia de eso... **Ha**

—Mas que llegar la información tendría que llegar los efectos, quizás a quienes tengan capacidad de decisión de poder incidir en los factores que puedan remover el sistema sí que tiene que llegar, pero a la población... que cada vez haya menos diferencias sociales, o que cada vez las condiciones laborales sean mejores, que no se aumenten las horas de trabajo a la semana para que podamos dedicarnos más a nuestros hijos, al final a la población lo que le tiene que llegar más que la información es el plan en concreto... **Ma**

—Pero para eso tiene que haber una demanda social. **Ha**

—Sí, efectivamente, la sociedad no tiene que desconocer eso, tiene que saber que... **Md»**

«...Y la concienciación en la sociedad yo creo que vamos, que es fundamental, porque estoy segura que una ama de casa no sabe exactamente o no calibra todo el trabajo que ella está haciendo, qué repercusión puede tener en su salud, y eso igual tiene que venir del médico de familia que es el que le tiene que dar unas pautas, y decirle, ¿no?, Es complicado... **Md»**

«...Creo que no hay conciencia a nivel de calle, ni de políticos, de que temas de desigualdades sociales tengan repercusión en la salud. Porque no hay conciencia tampoco en la gente. Le oyes hablar a (los promotores), pues eso, ¿habías pensado alguna vez en esas cosas?... **Ha**

—Para nada, yo salí sorprendidísima también... lo que tú dices, a mi director no, pero a la responsable le estuve tres días hablando. Y eso viene porque me impresionó mucho, por eso, porque es un desconocimiento absoluto. **Md**

...—O sea que hay una cierta presión social, que no la veis a nivel de lo que puede ser la... **Entrevistador**

—Que es como muy difícil... cambiar a la sociedad en general de sensibilidad, pues es complicado también, porque además no depende del estatus sino del que de arriba siempre es como mejor salud, yo lo que quiero es estar ahí arriba, ser rico y... **Mc»**

Como se puede observar, lo político y lo social no se presentan como compartimentos estancos, pero quizás convenga reflexionar sobre la conveniencia de que en el futuro los ciudadanos no permanezcan totalmente ajenos a las razones y perspectivas de iniciativas como la EIS.

