

Osagin Txostenak 2

Biztanleriaren osasunaren gaineko ikerketa eta berrikuntza
Investigación e innovación en salud poblacional

Percepción de los y las profesionales de la Salud sobre las utilidades y aplicabilidad de la Evaluación de Impacto en Salud (EIS)

Experiencia de 3 talleres en la Comunidad Autónoma del País Vasco
Vitoria-Gasteiz, Donostia-San Sebastián y Bilbao.



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Percepción de los y las profesionales de Salud Pública y Planificación Sanitaria sobre las utilidades y aplicabilidad de la Evaluación de Impacto en Salud (EIS)

Experiencia de 3 talleres en la Comunidad Autónoma del País Vasco
Vitoria-Gasteiz, Donostia-San Sebastián y Bilbao.

Elaborado por:

Elvira Sanz, Elena Aldasoro, Santiago Esnaola, Amaia Bacigalupe
Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Viceconsejería de Calidad, Investigación e Innovación Sanitaria

Beatriz Nuin, Jon Zuazagoitia
Dirección de Salud Pública. Viceconsejería de Sanidad

Vitoria-Gasteiz, Diciembre 2011

Populazioaren osasuna
OSAGIN
Salud poblacional

Indice

1.	El taller, su contenido y el producto	3
2.	El modelo de los determinantes sociales de la salud	5
3.	Vías para implementar la Evaluación de Impacto en Salud (EIS)	7
4.	Barreras y dificultades	13
5.	Beneficios esperados de la Evaluación de Impacto en Salud (EIS)	17

Anexos

A.	Relación de areas de trabajo propuestas por el personal técnico sobre posibles aplicaciones de la EIS	21
B.	Listado de factores identificados como barreras para introducir la EIS	25
C.	Relación de los beneficios de aplicar la EIS expresados por los y las participantes	27

1. El taller, su contenido y el producto

El taller sobre “Evaluación de Impacto en Salud: conceptos básicos y experiencias en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)”, se celebró los días 9, 15 y 22 de junio de 2010 en Donostia-San Sebastián, Vitoria-Gasteiz y Bilbao. Se dirigió principalmente a los y las profesionales que trabajan en Salud Pública y Planificación en Salud, en el ámbito del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

El objetivo general del taller fue presentar las bases conceptuales de la Evaluación del Impacto en Salud (EIS), así como las experiencias desarrolladas en la CAPV, en el marco de la estrategia de “Salud en Todas las Políticas” y en la estrategia integrada de Promoción de la Salud del Departamento de Sanidad y Consumo.

Un total de 70 personas, 19 en Vitoria, 25 en Bilbao y 26 en Donostia-San Sebastián, tomaron parte en el mismo.

El contenido del taller fue el siguiente:

- Los determinantes sociales de la salud y la Estrategia de “Salud en Todas las Políticas”.
- Estrategia integrada de promoción de la salud del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco
- EIS: Conceptos clave, principios y metodología.
- Experiencias de EIS en la CAPV:
 - El cribado de las políticas públicas autonómicas en la CAPV
 - EIS del Plan de Reforma Integral del barrio de Uretamendi - Betolaza - Circunvalación (Bilbao).
- Ejercicio práctico. EIS del proyecto presentado por Londres a la candidatura de los Juegos Olímpicos de 2012.

El taller fue de 10 horas de duración en modalidad semipresencial (7h presenciales y 3h no presenciales), con una metodología activo-participativa que combina sesiones teóricas con otras de carácter eminentemente práctico. Una vez finalizado el taller, a modo de ejercicio práctico obligatorio para obtener la acreditación del curso, se propuso a las personas asistentes que elaboraran un documento con los siguientes contenidos:

- Descripción en un párrafo del modelo de los determinantes sociales de la salud. ¿Consideras necesario que este modelo se tenga en cuenta en el desarrollo de tu trabajo?
- Vías para introducir la EIS. Nombra un par de áreas de trabajo en las cuales veas posibilidad de utilizar la herramienta EIS.
- ¿Qué barreras observas para su implementación?
- Resultados esperados. ¿Qué beneficios crees que se podrían obtener de la aplicación de la herramienta?

El objetivo de este informe es el de presentar el análisis de las percepciones de los y las participantes en los tres talleres, expresadas a través de los trabajos recibidos.

Se recibieron un total de 33 documentos, que en unas ocasiones fueron individuales (16) y en otras, recogían las reflexiones llevadas a cabo en grupos compuestos por varios/as asistentes (17).

Tabla nº1. Participación en los trabajos analizados según Territorio Histórico y método de trabajo.

	Individuales	En grupo	Total
Donostia-San Sebastián (G)	6	6	12
Vitoria-Gasteiz (V)	7	5	12
Bilbao (B)	3	6	9
Total			33

2. El modelo de los determinantes sociales de la salud

Como ya se ha mencionado anteriormente, en el primer ejercicio se plantearon dos cuestiones. En primer lugar, se les pidió que describieran brevemente el modelo de los determinantes sociales de la salud. Y en segundo lugar si consideraban necesario que este modelo se tuviera en cuenta en el desarrollo de su trabajo.

La comprensión del modelo no presentaba ninguna dificultad para el personal técnico, que a menudo corroboraba la influencia de algunos determinantes en su trabajo diario.

Mayoritariamente consideraban que el modelo de los determinantes sociales de la salud, en tanto que marco explicativo amplio e integral de los factores que intervienen en la salud, resulta de gran utilidad en el ámbito de la Salud Pública. Según estas personas, obliga a evaluar no sólo las intervenciones impulsadas desde el sector sanitario, sino también todas aquellas iniciativas, que desarrolladas desde otros sectores, pueden redundar en mayores o menores oportunidades de disfrutar de una vida saludable. Además, argumentaban que el Plan de Salud de la CAPV, 2002-2010 recogía la necesidad prioritaria de desarrollar políticas de salud encaminadas a reducir las desigualdades y para ello veían necesario actuar desde este modelo.

La adhesión a su posible implantación variaba de intensidad. Desde alguna persona que consideraba una “negligencia” el hecho de no adoptarlo como marco de referencia y lo encontraba “imprescindible”, pasando por aquellas que lo valoran como algo positivo y útil, hasta quienes lo rechazan.

“Es evidente que no cabe otra respuesta que la de concluir que es totalmente necesario trabajar dentro de Salud Pública en la identificación de esas desigualdades y la utilización de la EIS como herramienta para tales fines” (G1).

“Creemos, así mismo, que nuestras políticas son sanitarias, y se toman decisiones en función de riesgos ya evaluados por otras vías. Por lo tanto, pensamos que no hay determinantes externos a la propia política sanitaria que pudiera definir otras actividades diferentes” (V2).

3. Vías para implementar la Evaluación de Impacto en Salud

La principal vía identificada para la implantación y normalización de la EIS en la Administración, y en el quehacer cotidiano de los y las profesionales es la obligatoriedad normativa. Valoraban como mejor opción la introducción de esta herramienta por ley en todas las políticas, justificando que el cribado se encargará de determinar si es necesario o no realizar una EIS. Para argumentar su posición ponían como ejemplo la evaluación del impacto ambiental (EIA) y la de riesgos laborales. En este sentido, la voluntariedad de su aplicación junto con el carácter no vinculante de sus resultados lo veían más como un problema que como una alternativa posiblemente válida para su institucionalización.

Lógicamente, como elemento clave para su integración, destacaban la necesidad de una voluntad institucional, aspecto que hace referencia a la necesaria inversión económica para su inicio (recursos humanos y materiales) y a la voluntad política para que se dé el impulso definitivo.

Una segunda vía propuesta era la de su integración en otras herramientas de evaluación existentes y operativas en la Administración, especialmente a través de la Evaluación de Impacto Ambiental (EIA), y/o su acoplamiento a las Autorizaciones Ambientales Integradas.

“Existe por tanto una gran oportunidad de introducir la EIS en el marco de la EIA, ya que en dicha normativa ya se hace alusión a que deben tenerse en cuenta los efectos sobre el ser humano y la población. Se podría tratar de adaptar la metodología de EIS y encajarla en el procedimiento ya existente de evaluación de impacto ambiental, para aprovechar las sinergias existentes, tratando de integrar la perspectiva de la salud en los diferentes momentos y documentos del procedimiento: en el estudio de alternativas que se realiza incluyendo la alternativa 0 (o no intervención), en la valoración de los impactos posibles, en la propuesta de medidas protectoras, correctoras o compensatorias para evitar o reducir el coste “ambiental” de las propuestas con incidencia negativa...etc” (V8).

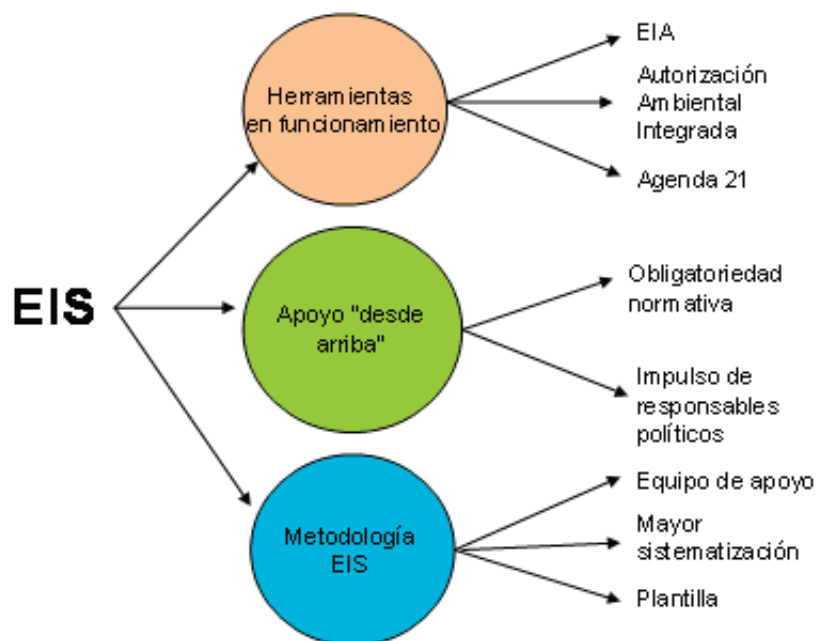
“...creo que el considerar los determinantes de salud en los informes sanitarios dentro del procedimiento EIA sería algo muy positivo” (B4).

Otros/as apostaban por la implantación de la EIS a través de la Agenda 21 y de esta forma implementarla a nivel local o municipal, mientras hay quienes consideraban más factible su integración a través de los Planes de Ordenación del territorio.

Asimismo, la estandarización y sistematización de esta metodología se veía como un paso necesario para su implementación. Consideraban que el hecho de que no exista un procedimiento normalizado para su aplicación sistemática de una forma sencilla y rápida, dificultan su introducción de manera rutinaria. De hecho, la formación es identificada como el engranaje necesario para su funcionamiento y su generalización.

“Pero, dado el estado actual tanto de los conocimientos como de la falta de aplicación entre los Técnicos de Salud Pública, opino que éste último abordaje es el que debería, en lo posible, emprenderse de modo prioritario, desde un grupo de trabajo que se estableciera al efecto, cuya primera tarea sería sistematizar de algún modo (por ejemplo, mediante una plantilla análoga a las utilizadas por los técnicos que realizan estudios de EIA) de aplicación en la elaboración de los informes sanitarios de EIA por los TSP que, de este modo, irán tomando la forma de una cada vez más sólida EIS” (B4).

Figura 1. Vías de implantación de la EIS



En general, las personas participantes han valorado especialmente la integración y la aplicación de la EIS en su trabajo diario, en los programas y proyectos que desarrollan habitualmente (anexo A). Así, tomando en cuenta las diferentes áreas de trabajo en Salud Pública (vigilancia epidemiológica, sanidad alimentaria, sanidad ambiental y promoción de la salud), se puede observar a un nivel más cercano vías más explícitas de cómo y dónde se podría aplicar la EIS según el personal técnico.

En el área de vigilancia epidemiológica, el personal técnico demandaba de forma reiterada incorporar nuevas variables a las encuestas y a los registros y facilitar canales de intercambio de información para el desarrollo de la EIS.

“La Unidad de Vigilancia Epidemiológica de xxxxx podría generar indicadores fiables y útiles en la EIS. Para ello, proponemos las siguientes áreas de mejora e innovación dentro de la Unidad:

- 1. Incluir pormenorizadamente dentro de los actuales sistemas de vigilancia, nuevas variables que recojan aspectos de la evaluación del impacto de la Salud: calidad del aire, calidad del suelo, concentración de contaminantes, indicadores sociales, mapas de nivel de ruido, etc.*
- 2. Dotar a los actuales sistemas de vigilancia de nuevas herramientas que permitan la introducción de dichas variables y su evaluación temporo-espacial. Ello permitirá evaluar, en mayor medida el impacto sobre la Salud. En este sentido convendría adoptar estrategias de trabajo más flexibles y dinámicas y reforzar los sistemas de intercambio y almacenamiento de la información.*

Toda esta información debería ser accesible para poder ser utilizada e integrada en el contexto de una EIS” (B7).

“...podríamos realizar alguna adaptación que nos permitiera mejorar la recogida, traducción, validación, análisis y difusión de la información para evitar que, al menos, ésta se convierta en un foco de posibles desigualdades en salud” (V5).

En el área de sanidad ambiental, el personal técnico mostraba mayor sensibilización con el modelo de los determinantes sociales de la salud, gracias en parte al desarrollo continuado de evaluaciones de impacto ambiental (EIA), y valoraba positivamente el valor añadido que supone la EIS. Sin embargo, la EIS era representada como un valor complementario a la EIA, más que como herramienta independiente de evaluación.

“Pero, en los planes o programas ya sometidos a evaluación ambiental (principalmente los de ordenación territorial y urbanismo), se debiera aprovechar la evaluación ambiental para integrar la EIS. Si engranáramos las piezas para que ambos estudios de impacto pudieran integrarse, se produciría una sinergia de la que nos beneficiaríamos todos” (V3).

En el área de sanidad alimentaria, conscientes de la relevancia de los determinantes sociales de la salud y habituados a la evaluación de riesgos alimentarios, apostaban por la integración de la EIS.

“Pero las actuaciones de gestión de riesgos alimentarios además de sus consecuencias directas y buscadas sobre la salud de los consumidores, también pueden tenerlas sobre determinados sectores económicos y productivos y a través de ellas, podrían tener repercusión en la salud o incluso generar desigualdades. Por ejemplo, la recomendación de consumir menos de determinados alimentos porque puedan ser vehículos de determinados contaminantes (como las dioxinas o el mercurio que acumulan algunos pescados) no puede obviar la potencial influencia sobre el sector pesquero correspondiente, en el que la repercusión económica puede traducirse en repercusión sobre la salud. En este sentido, la aplicación de la EIS antes de implantar las decisiones de gestión puede mejorar dichas decisiones” (V12).

“Por otro lado, hay muchas otras áreas de trabajo relacionadas con los alimentos en la Dirección de Salud Pública en las que no es tan patente la importancia y la necesidad de una evaluación como parte del método de trabajo. Estas áreas se beneficiarían todavía más de la aplicación de una EIS al conseguirse de manera “indirecta” una mejor planificación y evaluación” (V12).

En el área de la promoción de la salud, la aceptación de esta herramienta y su rol de liderazgo en su desarrollo era prácticamente unánime.

“...queda claro que EIS es una herramienta clave de la promoción de la salud” (G3).

“...los posibles modos de comenzar a hacerlas:

- 1. Realización de EIS retrospectivas de programas realizados por los Servicios de Promoción de la Salud. Podrían incluirse aquí actividades o estudios incluidos en programas como tabaquismo, actividad física o en planes incluidos en proyectos PIPES, iniciativas municipales o similares. En algunos casos, para años próximos podrían realizarse de modo prospectivo.*
- 2. Realización de estudios concurrentes o prospectivos en planes de promoción de la salud realizados por entes locales en los próximos tiempos.*
- 3. Realización de estudios concurrentes o prospectivos en proyectos de infraestructuras que afecten a la comunidad” (G3).*

“Que empiece la Unidad de promoción para luego una vez conseguida la obligatoriedad sea aplicada por todas las unidades” (B5).

La colaboración interdepartamental era percibida como un requisito clave para el desarrollo de la EIS y con numerosos beneficios. Como paso previo a esta cooperación, algunos resaltaban la necesidad de “trabajar” primero en “casa”, es decir, en el Departamento de Sanidad y Consumo en general, y en Salud Pública en particular. En este sentido, se demandaba mayor sensibilización tanto con el modelo

de los determinantes sociales de la salud como con una cultura organizativa más cooperativa y evaluativa.

“Estos programas los venimos ejecutando durante años pero nunca hemos hecho una evaluación de sus beneficios en salud” (B3).

Otro aspecto a destacar es la alusión a la idea de hacer EIS a aquellos proyectos con demanda o polémica social, como por ejemplo la planta de coque de Petronor en Muskiz.

“Algunas denuncias pueden ser el motor para realizar una EIS y proponer mejoras en una zona” (B2).

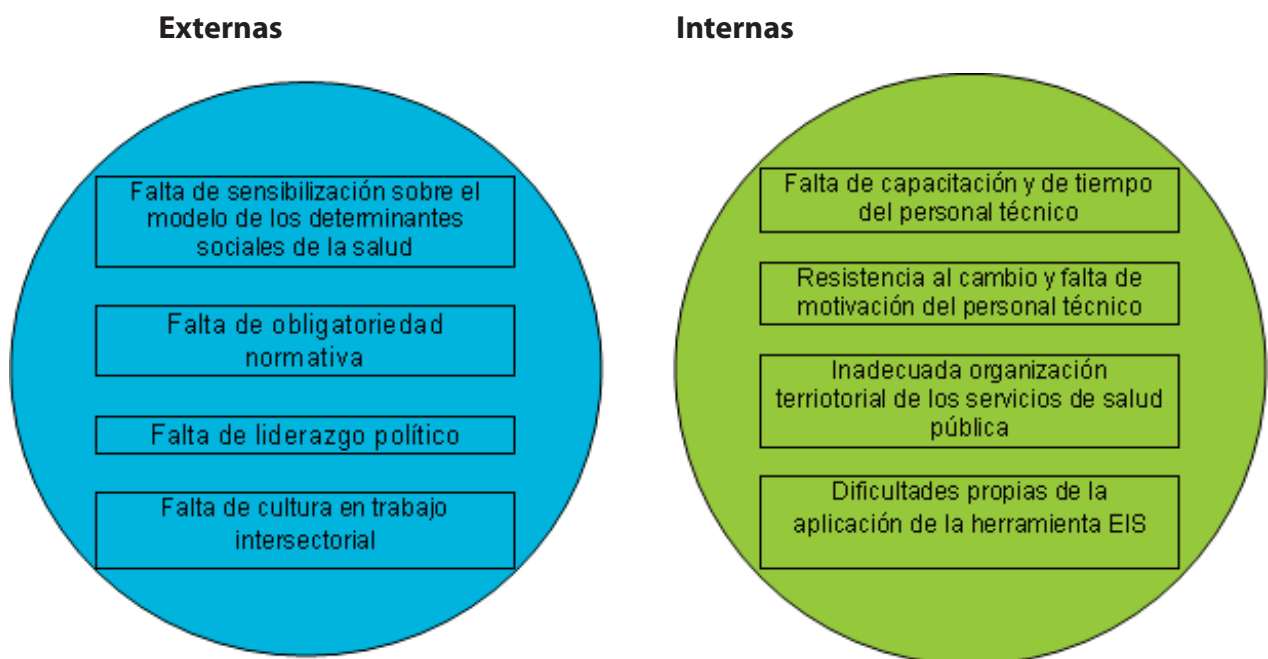
Y por último, cabe resaltar la existencia de personas que no veían factible su aplicación en su área, ni en el trabajo diario.

“Creemos que no tiene cabida, y desconocemos como se podría introducir una EIS en nuestro ámbito de control y vigilancia” (V2).

4. Barreras y dificultades

Las dificultades identificadas (anexo B) por el personal técnico para la implantación de la metodología EIS se podrían clasificar en dos grandes grupos, según procedieran de un ámbito externo al propio personal técnico, o interno por relacionarse con las características de la organización en la Administración Pública. A continuación, se presentan las dificultades mayoritariamente enumeradas.

Figura 2. Barreras para la implantación de la EIS.



A menudo, la falta de visión y sensibilización en el modelo de los determinantes sociales de la salud aparecía como la principal causa subyacente que condiciona el desarrollo de la EIS. Una cuestión que no se limita de forma exclusiva a los y las responsables políticos sino que se extiende al resto de la población vasca e incluso al personal técnico. Sin embargo, la barrera externa identificada con mayor frecuencia fue la falta de obligatoriedad normativa, tanto en los debates del taller como en los trabajos realizados.

“Para ello requerimos de una normativa de apoyo. La labor técnica quedaría desvirtuada si no se dispone de elementos de presión para hacer cumplir las condiciones establecidas en el informe de conclusiones” (G5).

“La falta de regulación normativa o reglamentaria de apoyo para definir el tipo de intervenciones que deben ser sometidas a EIS” (V9).

En relación a la responsabilidad de los/as políticos/as, el personal técnico criticaba su falta de liderazgo para impulsar esta herramienta en la Administración Vasca. Algunas personas señalaban como posible causa la incertidumbre generada por la EIS ante sus posibles resultados.

“Posiblemente la principal barrera es la falta de interés de los promotores de las actividades a que se realice una EIS sobre lo que se plantean hacer. Esto es de aplicación tanto a las grandes infraestructuras como a una pequeña política que no se necesite de reflejo físico. Entre las posibles razones estarían:

- 1. Desconocimiento previo de las implicaciones de su realización, ya sean positivas como negativas.*
- 2. Miedo a que implique un costo o cambiar el proyecto.*
- 3. Miedo a la intervención de otros estamentos distintos al del promotor.*
- 4. Miedo a que signifique un retraso en su realización*
- 5. Por parte de los intervinientes, miedo a que sus aportaciones no se tengan en cuenta, en aras al bien mayor.” (G3).*

Por otro lado, la implementación de la EIS en la Administración Pública se toparía con otro obstáculo importante. El trabajo intersectorial se representaba como uno de los principales desafíos de esta herramienta, dada la escasa experiencia y cultura de cooperación bajo la que subyace la lucha de competencias en este ámbito organizativo. La estructura de la administración organizada de forma sectorial junto con la inexistencia de canales interdepartamentales constituyen factores que dificultan notablemente la transversalidad necesaria para integrar la EIS. Para solucionarlo proponían establecer vías de colaboración y el refuerzo de los elementos comunes.

“será necesario reforzar los elementos y vías de colaboración intra e interdepartamentales a nivel de Gobierno Vasco, así como con otras Administraciones Públicas. Aparte de las vías formales existentes (Comisión Ambiental, COTPV, etc) puede ser conveniente establecer otros cauces de coordinación a nivel técnico como ya se suele hacer en aspectos puntuales” (V6).

“Dar la información a otros departamentos que pudieran estar implicados y ayuntamientos con objeto de concienciar sobre la importancia y objetivos de la EIS y promover su aplicación en todas las políticas” (B3).

Atendiendo a su cotidianeidad laboral, los y las profesionales participantes destacaban la falta de tiempo para el desarrollo de la EIS, la ausencia de formación y habilidades en esta metodología, y la no existencia de personal de apoyo para su realización.

“Escasos recursos (materiales/humanos) y falta de tiempo (aumento de carga de trabajo y mismo personal” (B4).

“Formación de los técnicos de salud pública sobre la herramienta EIS. Tiempo extra en el horario laboral” (B9).

“Será necesario destinar recursos humanos suficientes pues de lo contrario se corre el peligro de convertir el procedimiento en un mero trámite a salvar” (V6).

En ocasiones iban más allá, y afirmaban que la resistencia y/o reticencia al cambio es un factor importantísimo a tener en cuenta. La falta de ilusión y motivación por afrontar nuevos retos eran obstáculos identificados de forma significativa por los propios participantes de la salud.

“En resumen, una resistencia descomunal por parte de los y las trabajadoras asentados y acomodados en el sistema y una falta de interés general en los responsables políticos” (B2).

“La resistencia al cambio de la forma de trabajar, algo que es bastante común y difícil de cambiar, aunque no imposible” (B7).

“La falta de motivación y formación de los técnicos en la actualidad” (V8).

Y por otro lado, otros criticaban la estructura organizativa como factor que imposibilita su participación en el diseño y gestión de las actividades de promoción de la salud en general y que afectaría al desarrollo concreto de la EIS.

“Como ocurre con otras actividades de promoción vemos muy difícil el intentar llevar a cabo actuaciones generales que lleguen de modo homogéneo y amplio a toda la sociedad contando únicamente con una estructura organizativa interna que “solo” incluye a la unidad central y a las unidades territoriales sin contar con la estructura que incluye al mayor número de TSP y ASP, las Comarcas de Salud Pública. La no inclusión dentro de las Funciones y Tareas más representativas en los puestos de TSP y ASP y Coordinador Comarcal, de aquellas relacionadas con la promoción de la salud y la falta de formación en el ámbito de la EIS de los técnicos son barreras muy importantes” (G1).

Finalmente, en relación a la herramienta, el personal técnico destacaba las dificultades derivadas del propio carácter innovador e incipiente de la misma como son el desconocimiento de la metodología, la falta de experiencia y de rodaje. Afirmaban que usar esta herramienta sobre un sistema que por definición tiene que mejorar la salud “les pone en la encrucijada”.

5. Beneficios esperados de la Evaluación de Impacto en Salud

Los beneficios que se esperaban tras la aplicación de la EIS coincidían mayoritariamente con los expuestos por la evidencia, es decir, maximizar las ganancias en salud, minimizar los efectos negativos que una intervención podría tener para la salud de la población, reducir las desigualdades en salud, y mejorar y facilitar la toma de decisiones.

“En ocasiones, el mayor esfuerzo y carga de trabajo en Salud Pública se dedica a diseñar y poner en marcha políticas, programas o proyectos, olvidando que el objetivo de esas medidas es mejorar la salud de las poblaciones. Llevar a cabo este análisis final a través de la EIS, presentando las limitaciones y oportunidades del proceso de análisis, evaluación, y asesoramiento, aumenta la probabilidad de que las intervenciones propuestas en la política, programa o proyecto evaluado alcancen los resultados en salud para lo que inicialmente fueron diseñadas, y que todo el proceso está lo suficientemente estudiado como para poder obtener información de las acciones que mejores resultados arrojan, y poder reproducirlas en situaciones futuras” (V11).

La aplicación de la EIS a las diferentes políticas ayudaría no sólo a identificar todos los condicionantes socioeconómicos y ambientales que afectan a la salud, sino también a mejorar su conocimiento y a obtener mejores resultados en términos de impacto en salud de la población. De esta forma, se priorizarían aquellas actuaciones con un previsible mayor beneficio para la salud.

“Por otro lado, esta metodología, a la larga, permitiría, tener mejor conocimiento de todos los condicionantes socioeconómicos y ambientales que afectan a la salud. Lo que llevaría a establecer en las políticas sanitarias programas de prevención y promoción de la salud más cimentados en las propias realidades, demandas sociales y ayudaría a reducir las desigualdades sociales en salud” (G5).

Una de las principales novedades del Plan de Salud de Euskadi (2002-2010) fue su orientación hacia mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales en salud. En este sentido, varios profesionales veían esta herramienta como una oportunidad para trabajar en línea con este objetivo estratégico enfatizando que su aplicación será más beneficiosa tanto para las personas más desfavorecidas como para las áreas o zonas más deprimidas.

La inclusión de esta herramienta en el quehacer de salud pública requeriría la revisión de los actuales programas, una nueva organización del trabajo y una nueva forma de trabajar. Es decir, adoptar una visión integradora de la salud, la incorporación del valor salud en otros departamentos, colaboración intra e interdepartamental, participación ciudadana, y la optimización de los recursos.

“Visión global de los determinantes en salud ponderando cada uno de ellos en base a su impacto real en salud” (G8).

“Intervención en áreas en las que pueda haber impacto en salud pero en las que las normas sectoriales sean inexistentes o poco desarrolladas” (G8).

“Por otro lado el sólo hecho de trabajar para actuaciones o políticas no sanitarias incluyendo un punto de vista sanitario en ellas es de por sí un beneficio ya que hará que se tome en cuenta la salud como una responsabilidad social, y no sólo una responsabilidad individual o de políticas sanitarias concretas” (G10).

“...que podría ser un método para “forzar” la necesidad de una mayor planificación y evaluación de todos los programas y políticas de seguridad alimentaria en salud pública. Y de conseguirse, esto constituiría un gran avance en nuestra gestión” (V12).

Asimismo, la incorporación de la participación ciudadana en la planificación de los programas y actuaciones, además de mejorar el conocimiento y el diagnóstico, produciría un sentimiento de satisfacción en la población al sentirse implicada en la toma de decisiones y percibir una mayor protección sanitaria. Una mayor satisfacción y seguridad eran también posibles beneficios identificados para el personal técnico.

“Creo que la participación de grupos de ciudadanos en el desarrollo de la EIS es uno de los aspectos más atractivos, ya que nos permite conocer y aprender sobre las expectativas de salud de la ciudadanía, su percepción del riesgo, y sobre las distintas concepciones de lo que se puede entender como saludable” (G9).

“Se revalorizaría la imagen de la Dirección de Salud Pública ante otros departamentos e instituciones y ante la población” (B9).

“A nivel emocional individual de los trabajadores de las administraciones, una mayor satisfacción individual, de trabajar en conjunto y de una forma mas coherente de lo que se está haciendo ahora” (B2).

Y además, consideran que se haría un mejor uso de los recursos.

“Se lograrían beneficios en la optimización de recursos dentro de nuestro ámbito de trabajo” (B9)

A modo de conclusión, algunas técnicas apuntan a que el tener esta herramienta es ya de por sí un beneficio para todos y todas.

“Además del beneficio en salud, el beneficio importante para nuestro trabajo es el instrumento en sí. Tener una herramienta común que nos ayude a valorar la influencia en la salud de proyectos o programas, ya que habitualmente actuamos por intuición y de acuerdo a nuestras experiencias, formación o área de trabajo, sin tener unos criterios unificados” (B3).

ANEXOS

A. Relación de áreas de trabajo propuestas por el personal técnico sobre posibles aplicaciones de la EIS

EIS de planes y programas de promoción de la salud tanto de los elaborados por salud pública como por los entes locales.

II Plan de igualdad de oportunidades de mujeres y hombres

Desigualdad de oportunidades de diferentes colectivos (jóvenes, ancianos...) de municipios urbanos frente a rurales y/o pesqueros; núcleos de población aislados frente a casco urbano (ej.: Beizama/Azpeitia, Getaria/Orio, Aia/Zarautz)

Acceso gratuito a Internet, programa piloto Orio

Política de empleo frente a la actual crisis. Inmigrantes. Programa INEM – Mancomunidad Urola Kosta: orientación y formación para la búsqueda activa de empleo por internet

La ley municipal impulsada por EUDEL

Creación de Fundación Loiola Berrikuntza organismo de colaboración público-privada para impulsar el desarrollo de la zona

Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres

Contrato programa para el ejercicio físico en patologías crónicas

Creación de consultas on-line de traumatología para los pacientes de consultorios rurales

Servicio de hemodinámica en el hospital público de Donostia

Experiencia piloto de rehabilitación a domicilio en Gipuzkoa

Programa de dotación de ordenadores personales a los alumnos y alumnas

Disminución de horas de educación física entre los escolares de la CAPV

Implantación de la jornada continuada en comparación con la jornada partida

Proyectos de infraestructuras que afecten a la comunidad.

Puerto exterior, metro de Donostialdea, soterramiento de líneas de alta tensión o nuevos trazados, infraestructuras viarias, tren de alta velocidad

Regeneración de la bahía de Pasaia

Urbanización de los terrenos de RENFE

Movilidad y transporte. Soterramiento ferrocarril en Zarautz

Políticas de actuación viaria en Zarautz. Red bidegorris, OTA

Azpeitia-Azkoitia: Bidegorri entre Lasao y Azpeitia

Nuevo paseo y parque en el barrio Floreaga de Azkoitia

Nuevo trazado del vial Azkoitia -Urretxu

Nuevo proyecto de canalización del río Gobela

Proyecto de reestructuración del edificio sanatorio pequeño de la bahía Gorkiz Plentzia

Nuevo centro tecnificación de remo de Orio

Intervenciones del área de sanidad alimentaria

EIS a la PAC (Política Agraria Común) para mejorar la nutrición y la salud pública de los y las ciudadanas europeas

Al suministro de alimentación saludable en los lugares de trabajo y escuelas

Sistemas de cultivo locales y ecosostenibles

Ubicación idónea de asentamiento de las industrias agroalimentarias

Plan Genérico de Autocontrol en Hostelería

Planificación de programas de ámbito alimentario

Inspección de establecimientos alimentarios

Intervenciones del área ambiental

Niveles de contaminación atmosférica en las 11 cuencas

Autorización de instalaciones de gestión de residuos

Planes de gestión de residuos peligrosos

Diseño de las subvenciones (pliego de condiciones) a empresas que realizan actividades de protección del medio ambiente

Programa anual de legionella (en colaboración con el ayuntamiento de Donostia)

Nuevas zonas de baño

Programa de fluoración de las aguas de consumo de la CAPV

A nivel local mediante la Agenda 21

B. Relación de factores identificados como barreras para introducir la EIS

BARRERAS	Puntuaciones
Falta de obligatoriedad normativa. / Su aplicación está sujeta a la voluntariedad	12
Escasez de recursos: tiempo, personal, económicos	10
Falta de decisión política, de liderazgo	6
Falta de formación	6
Resistencia-reticencia de los/as trabajadores/as al cambio	5
Falta de conocimiento	5
No existe un procedimiento normalizado. / No sistematización y novedad de la herramienta	5
Falta de visión del modelo de los determinantes sociales	3
Lucha o disputas por las competencias. Conflicto de intereses	3
Estructura de los registros y las aplicaciones informáticas que los gestionan. / Dependencia de otros registros del mismo Departamento de Sanidad y de otros	3
Miedo de los resultados (políticos o promotores)	1
Desconfianza de otros departamentos	1
Dificultad de implicar a otras administraciones	1
No cuentan con las comarcas como en otras actividades de promoción que es donde más número de Técnico de Salud Pública y Auxiliar de Salud Pública	1
La promoción no se incluye dentro de las funciones y tareas más representativas de TSP, ASP, y coordinación comarcal	1
El "por dónde empezar"	1

C. Relación de los beneficios de aplicar la EIS expresados por los y las participantes

BENEFICIOS	Puntuaciones
Mayor conocimiento de todos los condicionantes socioeconómicos y ambientales que afectan a la salud. / Mayor sensibilización en el modelo de los determinantes sociales	8
Maximizar las ganancias en salud. / Contribución al aumento de la esperanza de vida y la calidad de vida	7
Combatir mejor las inequidades en salud. Beneficioso sobre todo para los más desfavorecidos (áreas incluidas).	7
Incorporación del valor salud. Visibilidad de los beneficios sobre la salud	4
Facilitar la toma de decisiones	3
Participación ciudadana	3
Ayuda a una buena publicidad	2
Facilitar una forma de trabajar diferente	2
Disponer de este instrumento o herramienta	2
Dirigir el esfuerzo hacia aquellas actuaciones que suponen un mayor beneficio sobre la salud o prevención de la enfermedad	1
Impacto más adecuado sobre los determinantes	1
Fomentar la salud como una responsabilidad social y no sólo algo individual o de políticas sanitarias concretas	1
Mejora de la nutrición y la salud pública	1
Intervención en áreas en las que pueda haber impactado en salud, y no existan normativas sectoriales o estén poco desarrolladas	1
Mayor planificación y evaluación de todos los programas	1
Mayor confianza de la población en las instituciones	1
Optimización de los recursos	1
No se ven beneficios	1

