

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

Valoración de la efectividad y sus determinantes de las Evaluaciones de Impacto en Salud en el Estado español

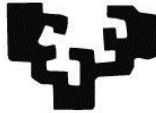


Maite Morteruel Arizcuren

Tesis doctoral dirigida por Amaia Bacigalupe de la Hera y Elena Aldasoro Unamuno

2017

eman ta zabal zazu



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina

Valoración de la efectividad y sus determinantes de las Evaluaciones de Impacto en Salud en el Estado español

Maite Morteruel Arizcuren

**Tesis Doctoral dirigida por Amaia Bacigalupe de la Hera y
Elena Aldasoro Unamuno**

2017

Ilustraciones: Ana Rosa Sánchez (@anusca_rosa)

AGRADECIMIENTOS

*Papa, la casa huele a mama,
necesita una mano de pintura.
Necesito un as y una herradura
para vivir como me dé la gana.
Papa, la casa huele a mama,
y la vida siempre pasa la factura.
Necesito luz, infraestructura,
para pensar en pasado mañana.
Batiendo mis propias alas,
perdiendo en una apuesta segura.
Necesito un frac y una armadura
para seguir esquivando las balas.
Luchar con la puta culpa,
saber si necesitas ayuda,
dormir con las botas puestas,
soñar entre canciones de cuna.
Necesito luz en la última curva
para vivir como me dé la gana.*

...

(Robado y adaptado de "La casa de mis padres", canción de Quique González)

Tener las condiciones y los recursos necesarios para saltar y echar a volar, detrás de los sueños. Supongo que, en el fondo, y pensando en las poblaciones, de esto va la salud pública. Y no hace falta irse muy lejos para entenderlo. En mi caso, he vivido en primera persona lo importante de una buena mochila repleta de recursos, de confianza y de amor para poder crear y seguir mi propio camino, y llegar a metas como esta. Una tesis es fruto de un proceso, de una trayectoria profesional y vital. Y en todo este camino, no he podido sentirme más rica.

Gracias Amaia, por tu presencia incondicional. Por tu perseverancia, por tu rigor, por tu buen hacer, por ser ejemplo en lo profesional y en lo vital. Pero, sobre todo, por tu amistad, por confiar en mí y no dejarme caer. Gracias Elena, por compartir y enseñarme tanto. Por seguir inoculándome esa pasión por esto.

Gracias Unai, por tu confianza siempre. Por esa genialidad y a la vez, ese carácter humilde, que tanta falta hacen. Gracias Santi, por tu sabiduría, por compartirla siempre con tanta generosidad conmigo. Por todo tu trabajo, por ser un referente y luz en el camino, a veces tan arduo. Gracias a la gente del Departamento de Salud, por cuidarme tanto en mi estancia allí. Gracias a OPIK, por ser las mejores compañeras en el camino. Espero seguir compartiendo mucho más con vosotras en esta nueva etapa, llena de luz natural, ilusión y nuevos proyectos.

Gracias al Master de Salud Pública de la Pompeu, a aquella promoción 2007-2009 que me llevó a conocer la fuente de John Snow y que dio un vuelco a mi cabeza y a mi corazón. Gracias a la

buena gente de la Agència de Salut Pública de Barcelona, especialmente al SPIP, por acogerme y enseñarme tanto. Gracias Élia, por darme aquella primera oportunidad para conocer este mundo, por el cariño, la confianza y el empuje. Gracias Carme, por tu apoyo y compromiso, por mostrarme que, además de ser una increíble profesional, eres una gran persona. Gracias a la ciudad de Barcelona y sus habitantes, por todo lo vivido, por ser acogida y el mejor lugar para crecer.

Gracias a todas esas personas, profesionales y activistas de la salud pública en la lucha, con las que tanto he aprendido y disfrutado: Maribel, Elena, Ana, Carlos, Francisco... Esto no hubiera sido posible sin vosotras y vosotros y sin vuestro compromiso.

Como decía, la tesis forma parte un viaje vital. Y también decía que no puedo sentirme más rica. Supongo que, aunque esta gente no lo sepa, aquí dentro hay mil trocitos de cada una. Gracias a mis amigas. A las Reinis, por permanecer. Somos afortunadas y nos seguimos compartiendo, a cada paso. Gracias por permitirme ser, por la toma a tierra que sois. Cualquier tesis no puede decir que tiene una banda sonora, ¡gracias Bel! Gracias a las Cuchis, por lo compartido. Os debo más de una presentación y, aun así, tengo vuestra presencia y cariño siempre. A mis mujeres sabias, Anna, Núria y Angelina, por poner el 'Cor' en el centro, por nuestro espacio de lujo, libre de todo lo demás, ¡amunt! A la Transfronteriza, Axel y Ana, por las conspiraciones compartidas, por ser ejemplo de lucha, desde el cuidado y el cariño en lo que se cree. Al mono salsero, por la *riso-salsa-terapia*, por ser la mejor compañía y refugio en estos años y ¡porque hoy se baila!

Pero, como dice Benedetti, "ahora no quedan más excusas, porque se vuelve aquí, siempre se vuelve". Gracias a mi familia. Sois la base de la mochila y el espacio amable al que siempre se vuelve. Gracias Luis, Mercedes, Lore, Luis y Carolina, por tener la puerta abierta siempre, por el soporte, el cariño y la presencia incondicional.

Gracias a mis hermanas Elvira y Miriam y a mi hermano Txarli, por ser los mejores aliados que una podría tener. Por quererme como lo hacéis, por vuestra presencia incondicional en el camino, por vuestro apoyo siempre. Por ser ejemplo de vida y de tantas cosas que descubro cada día. A Miguel, David y Marta, por lo compartido, por el cariño y la complicidad. Gracias a mi sobrinada, por dejarme ser una más y molestaros hasta el infinito. No puedo disfrutar más aprendiendo tanto de cada uno de vosotros y vosotras. Gracias por pisar fuerte, por recordarme las cosas que no quiero dejar perder por el camino y aquellas por las que merece la pena luchar.

Gracias papá y mamá, por la luz en la última curva. Como en aquella noche que me fui con la maleta y os quedasteis conmigo para siempre, allí donde estéis. Por vuestro amor, por el empuje y la confianza. Por el ejemplo de esfuerzo, de trabajo y de bondad. Nunca os he llegado a explicar bien qué es lo que hago y, sin embargo, fuisteis la máxima inspiración para que decidiera escoger este camino. ¡Gracias infinitas!

Y, por último, gracias Carlos, por tu amor y por no dejar de hacerme tan feliz. Un auténtico lujo, esta media vida a tu lado. Por todos los capítulos y los que vendrán. Por la ilusión viva. Por confiar en mí más que yo misma, por darme las alas y empujarme a ser lo mejor que puedo llegar a ser. Brindemos, que hoy es siempre todavía...

ÍNDICE

RESUMEN	15
1. INTRODUCCIÓN	19
1.1. LA SALUD, SUS DETERMINANTES Y LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD	20
1.1.1. La evolución conceptual de la salud: del modelo biomédico al modelo social	20
1.2. LA GOBERNANZA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	23
1.2.2. La nueva gobernanza pública.....	26
1.2.3. Desafíos en la aplicación de la gobernanza	27
1.2.3.1. La participación social	27
1.2.3.2. La desafección política	30
1.2.4. La Gobernanza local: hacia un nuevo municipalismo	32
1.2.4.1. La evolución de la gobernanza local: de la supremacía estatal al potencial del gobierno local.....	32
1.2.4.2. El avance hacia una agenda local más innovadora y transversal	34
1.2.4.3. La participación social en el contexto de la gobernanza urbana	35
1.3. LA GOBERNANZA Y LA SALUD	36
1.3.1. La gobernanza en salud y la gobernanza por la salud	37
1.3.2. La Salud en Todas las Políticas o el avance hacia la gobernanza para la salud	38
1.3.2.1. La evolución de la gobernanza horizontal por la salud.....	39
1.3.3. La puesta en marcha y el desarrollo de la Salud en Todas las Políticas	41
1.3.4. La acción intersectorial en salud como vía para implementar la Salud en Todas las Políticas.....	42
1.3.4.1. Los factores que favorecen la acción intersectorial en salud.....	44
1.3.5. La gobernanza urbana por la salud	45
1.3.5.1. La gobernanza urbana y las desigualdades sociales en salud	45
1.3.5.2. Los elementos facilitadores y las barreras para la gobernanza urbana para la salud	48
1.3.6. La regeneración urbana, la salud y la Salud en Todas las Políticas.....	49

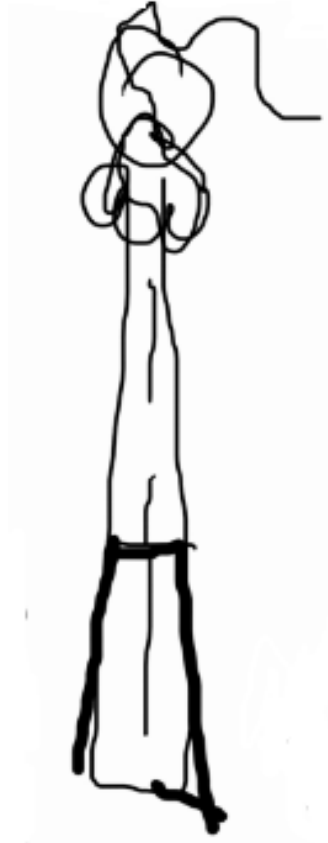
1.3.6.1. La relación entre la regeneración urbana y la salud: retos conceptuales y metodológicos.....	50
1.3.6.2. La Salud en Todas las Políticas en el ámbito de las políticas urbanas.....	51
1.4. LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD Y SU EFECTIVIDAD	53
1.4.1. La EIS: definición, principios y aplicación de la herramienta.....	53
1.4.1.1. La definición de la EIS y el enfoque de la salud adoptado.....	54
1.4.1.2. Principios, tipologías y fases sistemáticas de la EIS.....	54
1.4.2. La aplicación de la EIS: sus diferentes enfoques y tipologías	58
1.4.3. La evaluación de la efectividad de la EIS: evolución de su definición y de sus retos ante la complejidad	61
1.4.3.1. ¿Qué se entiende por una EIS efectiva?.....	61
1.4.4. Los marcos conceptuales para evaluar la efectividad de la EIS y su evolución.....	63
1.4.4.1. La perspectiva “reducida” de la efectividad: Los marcos conceptuales de Parry y Kemm y de Wismar.....	63
1.4.4.2. La perspectiva “amplia” de la efectividad y sus determinantes: los marcos conceptuales de Harris-Roxas y Harris y de Haigh et al.....	65
1.4.4.2.3. Limitaciones y retos de los marcos conceptuales de Harris-Roxas y Harris y de Haigh et al.	70
1.4.5. Futuros pasos en el análisis de la efectividad de la EIS	71
1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	74
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	75
2.1. OBJETIVOS.....	75
2.2. HIPÓTESIS	76
3. METODOLOGÍA.....	77
3.1. Diseño de la investigación.....	77
3.2. Material de estudio	78
3.3. Marco conceptual para el análisis de la efectividad de las EIS	80
3.4. Recogida y análisis de la información	85

4. RESULTADOS	89
4.1. RESULTADOS RELATIVOS A LOS CASOS-ESTUDIO DE LAS EIS	89
4.1.1. Caso-estudio 1. La EIS de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación	90
4.1.1.1. La efectividad directa de la EIS.....	91
4.1.1.2. La efectividad indirecta de la EIS	94
4.1.1.3. Los factores determinantes del contexto	98
4.1.1.4. Los determinantes del proceso de la EIS.....	104
4.1.1.5. Los determinantes relativos a aspectos transversales al contexto y al proceso....	110
4.1.1.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de efectividad de la EIS de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación	111
Tabla 4.1.1.3. Tabla-resumen de la efectividad y sus determinantes de la EIS de UBC	113
4.1.2. Caso-estudio 2. La EIS de Vitoria-Gasteiz	114
4.1.2.1. La efectividad directa de la EIS.....	115
4.1.2.2. La efectividad indirecta de la EIS	115
4.1.2.3. Los factores determinantes del contexto de la EIS.....	121
4.1.2.4. Los determinantes del proceso de la EIS	125
4.1.2.4.2. Los procedimientos de la EIS	127
4.1.2.5. Los determinantes relativos a aspectos transversales al contexto y al proceso....	128
4.1.2.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de la efectividad de la EIS de Vitoria-Gasteiz.....	129
Tabla 4.1.2.1. Tabla-resumen de la efectividad y sus determinantes de la EIS de Vitoria-Gasteiz	130
4.1.3. Caso-estudio 3. La EIS de Barceloneta	131
4.1.3.1. La efectividad directa de la EIS.....	132
4.1.3.2. La efectividad indirecta de la EIS	136
4.1.3.3. Los factores determinantes del contexto de la EIS.....	142
4.1.3.4. Los determinantes del proceso de la EIS.....	148
4.1.3.5. Los determinantes relativos a los aspectos transversales al contexto y al proceso	155
4.1.3.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de efectividad de la EIS de Barceloneta	155
Tabla 4.1.3.3. Tabla-resumen de la efectividad y sus determinantes de la EIS de Barceloneta	157
4.1.4. Caso-Estudio 4: LA EIS DE Alcalá de Guadaíra	158

4.1.4.1. La efectividad directa de la EIS.....	159
4.1.4.2. La efectividad indirecta de la EIS	163
4.1.4.3. Los factores determinantes del contexto de la EIS.....	167
4.1.4.4. Los determinantes del proceso de la EIS	172
4.1.4.5. Los determinantes relativos a aspectos transversales al contexto y al proceso....	179
4.1.4.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de efectividad de la EIS de Alcalá de Guadaíra	179
Tabla 4.1.4.3. Tabla-resumen de la efectividad y sus determinantes de la EIS de Alcalá de Guadaíra	181
4.1.5. Caso estudio 5. La EIS de Pasaia	182
4.1.5.1. La efectividad directa de la EIS.....	183
4.1.5.2. La efectividad indirecta de la EIS	186
4.1.5.3. Los factores determinantes del contexto de la EIS.....	192
4.1.5.4. Los determinantes del proceso de la EIS	201
4.1.5.5. Los determinantes relativos a los aspectos transversales al contexto y al proceso	208
4.1.5.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de efectividad de la EIS de Pasaia	210
4.2. RESULTADOS RELATIVOS AL CONJUNTO DE CASOS DE LAS EIS.....	212
4.2.1. La efectividad directa de las EIS	212
4.2.2. La efectividad indirecta de las EIS.....	215
4.2.3. Los determinantes de la efectividad en las EIS	222
4.2.3.1. El contexto de las EIS.....	222
4.2.3.2. El proceso de la EIS.....	234
4.2.3.3. Los aspectos transversales al contexto y al proceso de las EIS	243
5. DISCUSIÓN.....	247
5.1. Resumen de los resultados	248
5.2. Comparación de los resultados con otros estudios	252
5.3. Limitaciones	257
5.4. Implicaciones políticas y líneas futuras de investigación.....	259

BIBLIOGRAFÍA 263

ANEXOS 275



RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La Evaluación de Impacto en Salud (EIS) es una herramienta para la acción intersectorial en salud que tiene el fin de incorporar la salud y la equidad en salud en la toma de decisiones políticas. En el Estado español se han realizado cinco EIS en base al modelo de los determinantes sociales de la salud y según las guías Merseyside de la EIS, sobre proyectos urbanísticos municipales. El marco conceptual para evaluar la efectividad de la EIS de Haigh et al. (2015) es una referencia novedosa que contempla la efectividad no únicamente desde el impacto que ha tenido la EIS en referencia a la implementación de las recomendaciones, sino desde una perspectiva amplia, teniendo en cuenta otros logros y avances derivados de la experiencia de la EIS. Para mejorar la práctica de la EIS en el contexto español y avanzar en la implementación de la estrategia de la Salud en Todas las Políticas, resulta esencial conocer la efectividad que han tenido las EIS y aquellos factores determinantes, relativos al contexto y al proceso que han influenciado en ella.

OBJETIVO

El objetivo general de esta tesis ha consistido en analizar la efectividad de las experiencias de EIS realizadas en el Estado español de 2006 a 2014 desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de acuerdo a la metodología de las guías Merseyside, así como los determinantes más relevantes que las han condicionado.

MÉTODO

Se diseñó un estudio basado en metodología cualitativa sobre el análisis de las cinco EIS desarrolladas en base al modelo social de la salud y de acuerdo a las guías Merseyside realizadas en el Estado español de 2006 a 2014. La recogida de información y de análisis para la evaluación de la efectividad de las EIS se basó en la utilización de tres tipos de métodos: 1) un análisis de contenido discursivo en base a entrevistas en profundidad a personas participantes en las EIS; 2) un análisis de contenido documental de artículos y publicaciones científicas relacionadas con las experiencias de EIS analizadas, informes o publicaciones institucionales, leyes, proyectos urbanísticos, noticias de prensa, blogs digitales y mapas digitales; y 3) una observación no participante de algunos de los escenarios donde se llevaron a cabo las EIS analizadas.

RESULTADOS

Esta EIS arrojó resultados en dos vertientes: 1) la efectividad de las EIS y 2) los factores que determinaron la efectividad. En cuanto a la primera vertiente, todas las EIS analizadas fueron efectivas en introducir la salud y la equidad en salud en la toma de decisiones de los proyectos sobre los que se aplicaban. La efectividad directa se dio, aunque en grado variable, en todas las EIS en las que los proyectos se llevaron a término. Tres EIS lograron incorporar recomendaciones con importante calado urbanístico y social. Por su parte, las EIS influyeron en la gran mayoría de las dimensiones de la efectividad indirecta, principalmente mediante la generación de aprendizaje en las personas participantes y dando lugar a otras actuaciones. En cuanto a los determinantes de la efectividad, aquellos relativos al contexto que resultaron favorables fueron la institucionalización del modelo social de la salud, la alineación de los objetivos de los proyectos y la EIS, el buen entendimiento y un estado de planificación de los proyectos óptimo para la EIS. Por su parte, aquellos factores contextuales que limitaron la efectividad de la EIS fueron, la ausencia de un mandato político sustentado en los valores de la EIS, el carácter voluntario de la herramienta y, en general, la falta de cultura y elementos a nivel institucional para la acción intersectorial y la participación ciudadana. Asimismo, los factores del contexto sociopolítico y económico, como la crisis económica, la coyuntura electoral y la conflictividad socio-institucional y factores del contexto de toma de decisiones, como la ausencia de alineación de los valores de los proyectos y de la EIS, limitaron la efectividad de las EIS. En cuanto a los elementos del proceso que contribuyeron a la efectividad de la EIS, se identificaron la base en la evidencia y el conocimiento

disponible, los recursos económicos y la flexibilidad y capacidad de adaptación de la EIS. La participación e implicación de agentes clave para la toma de decisiones y de la comunidad en la EIS fue un factor favorable a la efectividad de la EIS. Los aspectos transversales positivos para la efectividad fueron la actitud proactiva y la agencia individual.

CONCLUSIONES

Las EIS analizadas en esta tesis resultaron efectivas, arrojando todas ellas resultados para ambos tipos de efectividad. Los determinantes relativos al contexto institucional, sociopolítico y de toma de decisiones resultaron menos favorables para la efectividad de las EIS, con respecto a los del proceso y a la acción individual transversal. Es necesario avanzar en la elaboración de un marco conceptual que explique la importancia de los factores relativos al contexto español para avanzar en la implementación de la estrategia de la Salud en Todas las Políticas.



1. INTRODUCCIÓN

Este apartado se expondrán las cuestiones teóricas que han sustentado la justificación de la tesis, sus objetivos, los métodos utilizados y la interpretación de los resultados. Se comenzará haciendo un repaso de los principales marcos teóricos que conceptualizan el modelo social de la salud, sobre el que se asienta la investigación, para posteriormente explicar los nuevos modelos de gobernanza pública, basados en la horizontalidad y la multiplicidad de actores, y algunos de sus desafíos. Sobre la gobernanza se asienta la estrategia de la Salud en Todas las Políticas, que se explicará a continuación, haciendo un énfasis especial a su aplicación a nivel local. Finalmente se expondrán las bases y los principios de la Evaluación de Impacto en Salud, una herramienta catalizadora de la Salud en Todas las Políticas, así como la definición de su efectividad y algunos marcos conceptuales utilizados para su evaluación.

1.1. LA SALUD, SUS DETERMINANTES Y LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

La salud ha sido, en todas las sociedades, un bien preciado. Sin embargo, la manera de concebirse la salud y de protegerse de la enfermedad ha variado a lo largo de los tiempos, las sociedades, las culturas y las corrientes de pensamiento. No sería posible entender la promoción de la salud actual, dirigida de manera especial a las cuestiones “ajenas” a la salud, sin conocer la trayectoria que ha tenido el concepto de la salud y de los factores que la determinan.

1.1.1. La evolución conceptual de la salud: del modelo biomédico al modelo social

Fue a mediados del siglo XIX, con el inicio de la medicina social, cuando se tomó conciencia por primera vez acerca de las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. Y es, por tanto, en ese momento de mano de nombres como Virchow o Duncan que fueron los primeros en exponer estas relaciones y reivindicar las mejoras de dichas condiciones para todas las personas, cuando se forman los fundamentos conceptuales de la promoción de la salud (Restrepo y Málaga, 2001). Sin embargo, hasta mediados del siglo XX la visión de la salud se limitó a una concepción biologicista de la misma, limitada a la ausencia de enfermedad y por tanto, la atención estaba orientada en el conocimiento de las causas de enfermar y en la prevención de las mismas, así como en el tratamiento de sus consecuencias.

Tras la Segunda Guerra Mundial, tuvieron lugar un conjunto de fenómenos sociales, como el avance científico-tecnológico y de los medios de comunicación, el conocimiento de la historia natural de las enfermedades el cambio en el patrón epidemiológico, la difusión del conocimiento, etc., que arrimaron al debate científico la relación entre salud y los determinantes que la influyen (Palomino et al., 2014). Fruto de esta evolución del concepto de la salud la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1946 la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En el seno de esta evolución, llegaron aportaciones relevantes, como la de Lalonde (1973), quien representó los distintos determinantes de la salud en función de su relevancia a la hora de causar enfermedades, —los estilos de vida (43%), la biología humana (27%), el medio ambiente (19%) y el sistema sanitario (11%)—. Asimismo, llamó la atención sobre la falta de concordancia de esta relevancia con los recursos destinados a cada determinante en Canadá, siendo la atención sanitaria la que acumulaba la mayor intensidad de estos recursos.

Tomando el relevo de Lalonde, Dahlgren y Whitehead (1991) fueron precursores de uno de los modelos que más claramente han descrito cuáles son los principales determinantes sociales de la salud. Tal y como se expone en la figura 1.1., este modelo expone los diferentes determinantes de la salud como estratos o capas de influencia y sitúa en una parte central aquellos factores intrínsecos a las personas y que no son modificables, como la edad, el sexo o los factores hereditarios. En torno a estos factores, se disponen distintas capas de factores que pueden ser

modificados por la intervención de políticas diversas. Así, en la segunda capa, se muestran las conductas relacionadas con la salud, como los hábitos tóxicos, la dieta o la actividad física. En una tercera capa, se muestran aquellos factores relativos al apoyo social y comunitario. En una cuarta capa, aparecen factores como las condiciones de vida y trabajo, el sistema alimentario o el acceso a bienes y servicios básicos, como el sistema sanitario, que influye en el acceso a las oportunidades de las personas para mantener su salud. En último lugar, se representan los factores relacionados con las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y medioambientales más macro, dentro de las cuales se sitúan las sociedades, y que condicionan la forma en que los determinantes sociales antes citados influyen sobre la salud de las personas y las comunidades.

Figura 1.1. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead

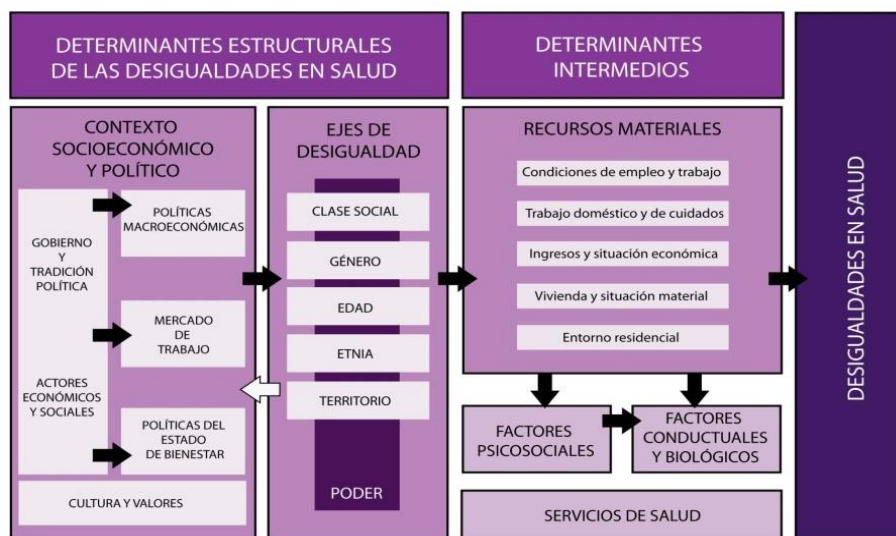


Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1991

Un siguiente paso en esta conceptualización de los determinantes sociales de la salud, fue el reconocimiento de su impacto sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población. La OMS definió el concepto de desigualdades sociales en salud como “las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas” (OMS, 1946), asignando al concepto una dimensión moral y ética. Además de estas características, las desigualdades son persistentes a lo largo de la historia y consistentes en los diferentes contextos, de tal manera que los grupos socioeconómicos mejor posicionados se benefician en mayor medida de aquellos recursos y actuaciones de naturaleza sanitaria y social orientados a la mejora de la salud (Daponte 2009). Al igual que los resultados en salud, la generación de las desigualdades sociales en salud es compleja y dependiente de múltiples interacciones entre los determinantes de la salud. Con el objetivo de ordenar los factores principales que explican la aparición de las desigualdades sociales en salud, la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud (2010)

adoptó un modelo que se muestra en la figura 1.2. Así, puede observarse que la equidad en la salud está condicionada por los denominados determinantes estructurales y los determinantes intermedios. Los primeros incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, que hacen referencia a las características de la estructura social de una sociedad. Se trata de la tradición política de los gobiernos y sus consiguientes políticas macroeconómicas y sociales relacionadas con el mercado laboral, la vivienda, la educación y el bienestar social. Entre estos factores del contexto socioeconómico, se incluyen también la gobernanza, los valores sociales y normas culturales imperantes en una sociedad, así como el valor colectivo dado a la salud. Todos estos factores contextuales ejercen una gran influencia sobre los patrones de estratificación social, que determinan la posición social que las personas ocupan en la sociedad según su nivel socioeconómico, género, nivel de estudios, lugar de nacimiento y otras dimensiones. Esta posición social desigual genera, a su vez, desigualdades en la distribución de los determinantes intermedios, que incluyen las condiciones de vida y de trabajo, los factores psicosociales -como la extensión y calidad de las redes sociales, el estrés y la percepción de control sobre la vida propia- y las conductas relacionadas con la salud -como el consumo de alcohol, tabaco, la dieta o la práctica de actividad física-.

Figura 1.2. Marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010

Este marco inspiró una serie de propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España, evidenciando que dicha reducción únicamente puede venir de la mano de un compromiso por una sociedad más justa y más sana, impulsado desde todas las políticas. En concreto, se hacía especial mención a las políticas públicas, como catalizadoras para la mejora de las condiciones de vida a lo largo de la vida (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012). En los siguientes capítulos se expondrán las

bases conceptuales de los nuevos modelos de gobernanza pública, como punto de partida para el establecimiento de una gobernanza por la salud, o aquel modelo institucional alineado con la estrategia de la Salud en Todas las Políticas.

1.2. LA GOBERNANZA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

La sociedad del siglo XXI presenta nuevos retos, propios de una nueva era. La sociedad industrial que caracterizó buena parte del siglo XX ha dado paso a la era de la información y del conocimiento. Los avances de la tecnología y la conectividad y el conocimiento generado a partir de ellos han dado paso a un nuevo escenario de conocimiento, de interacciones y de relaciones de poder entre distintos actores desde la esfera global a la local. Por otra parte, la sostenibilidad de la vida se ve amenazada hoy en día por nuevos problemas (como el cambio climático, la transición demográfica y epidemiológica, las crecientes desigualdades sociales, las crisis económicas, etc.) que se caracterizan por su complejidad e interdependencia Kickbusch (2012).

Las respuestas a estos problemas no pueden brindarse de manera unilateral, sino que requiere alcanzar la conciliación de los intereses de instituciones públicas, privadas e individuos para llevar a cabo una acción colaborativa (Commission of Governance, 1995). Dicha conciliación no es asunto sencillo. A nivel global, gobiernos, organizaciones internacionales, empresas multinacionales, tratados transnacionales, etc., han de llegar a acuerdos en base a intereses, a menudo, contrapuestos y sujetos a enormes diferencias de poder. Los fenómenos y marcopolíticas en la esfera global tienen grandes repercusiones en el ámbito local, mediadas por un poder estatal que, cada vez ve más reducida su capacidad de influencia.

Kickbusch (2012) señala tres dinámicas que han conducido y que caracterizan el paradigma de gobernanza actual: a) la extensión del poder de gobernar más allá de las fronteras del estado; b) la democracia monitorizada; y c) el valor compartido.

El primer elemento hace referencia a las formas en que el poder es compartido entre el gobierno y todos los demás actores. Esta extensión del poder está basada en la creación de sistemas de producción de servicios públicos basados en redes, que redistribuyen el derecho a definir y juzgar el valor de lo que está siendo producido, lo que se conoce como sistemas de co-producción. En estos sistemas, adquieren un papel importante las relaciones que se establecen en el interior y entre las redes, conformadas por el sector privado, el sector público y el tercer sector, en los distintos niveles de gobierno -supranacional, nacional y subnacional-. Esta extensión de la gobernanza más allá del estado para dar solución a una realidad compleja, es la base de los enfoques conocidos como el "conjunto de gobierno" -o "whole of government"- y el "conjunto de la sociedad" -o "whole of society"-, que definiremos más adelante y sobre los que pivota la estrategia de la Salud en Todas las Políticas.

En segundo lugar, la democracia monitorizada en la actual gobernanza se relaciona con un sistema en el que la participación política ciudadana se ve reforzada por unos mecanismos escrutadores

del poder (Keane, 2009). El concepto, acuñado por John Keane, parte del hecho de que la democracia ya no puede entenderse como un sistema político basado en el voto de una ciudadanía meramente espectadora del poder circunscrito a unas elites cerradas (Feenstra, 2013). Más allá de su participación en las urnas, la ciudadanía debería supervisar las decisiones de sus representantes y dar cuenta del buen uso y la legitimidad de ese poder asignado, para lo cual es necesaria la transparencia y la rendición de cuentas de la actividad política. De esta manera, como señala Feenstra (2013), a la representación le acompañaría la posibilidad de que “la periferia se constituya como una esfera capaz de incidir sobre el centro político”. Este fenómeno es resultado de múltiples factores, como la conciencia por la defensa de los derechos humanos y su puesta en relación con la democracia; el crecimiento de organizaciones y conformación de redes, las movilizaciones ciudadanas, etc. Todo ello apoyado por las nuevas posibilidades que ofrece el avance tecnológico sobre la conectividad y la información (Subirats, 2011; Feenstra, 2013). Por último, el valor compartido hace referencia al reconocimiento de las ganancias que se obtienen de llevar a cabo políticas o actuaciones conjuntas (entre el sector industrial o empresarial y el sector social). Estas ganancias tienen que ver con la potenciación recíproca de resultados económicos y sociales, basada en el aporte del bienestar social a la productividad económica y viceversa.

Los retos sociales, económicos y ambientales y las dinámicas nombradas dan cuenta de que un gobierno basado en la supremacía del Estado -y a menudo limitado a él- supone una respuesta ineficiente y deslegitimada a los problemas de la ciudadanía. Es necesario, por tanto, rediseñar las formas de liderazgo, las herramientas, estructuras y procesos de gobierno. Estos nuevos procesos en los que el estado incorpora a los sectores del mercado y de la sociedad civil en el acto de gobierno son los que engloba la palabra “gobernanza”.

1.2.1. La gobernanza como fenómeno político y como aproximación analítica

La gobernanza es un término vagamente definido, que ha sido utilizado de manera indistinta para nombrar conceptos diferentes. Una distinción conceptual que resulta interesante poner de manifiesto para esta investigación es la siguiente: la gobernanza como fenómeno político y la gobernanza como aproximación o enfoque descriptivo o analítico:

En primer lugar, la gobernanza como fenómeno político se ha definido como “un nuevo estilo de gobierno en el que opera la negociación y un mayor grado de cooperación entre actores públicos y privados que se organizan en redes de carácter mixto” (Mayntz, 1998). La Comisión de la Gobernanza (2005) la definió como: “...las múltiples formas en que los individuos e instituciones, públicas y privadas, gestionan sus asuntos comunes. Es un proceso continuo a través del cual se lleva a cabo una acción cooperativa y en el que los distintos intereses en juego tratan de conciliarse. En dicho proceso, instituciones y actores tratan de llevar a cabo el cumplimiento de los

acuerdos formales o informales que de manera conjunta se han establecido o son percibidos de interés mutuo”.

La estructura que da respuesta a este estilo de gobierno se basa en redes conformadas por una pluralidad de actores públicos y privados. Esta participación implica a los diferentes niveles - estatal, regional y local- de gobierno y de la administración (participación vertical), a los diferentes departamentos y sectores (participación horizontal), así como a actores de otras instituciones y de fuera del ámbito institucional, como empresas, organizaciones y actores sociales. Cuanto más amplia y heterogénea (en cuanto a número y naturaleza de actores) sea la red en torno a una política, más fragmentación de intereses acogerá y más propicio será el escenario para la aplicación de proceso democrático y legitimador (Subirats et al., 2009).

La dinámica que se establece en el seno de las redes es la interacción, el diálogo y la negociación y entre ellos, orientados a la solución de problemas colectivos complejos desde el consenso con presencia tanto en el diseño, como en la implementación de las políticas públicas. Además, los poderes públicos en este modelo político, adoptan nuevos roles, relacionados con el liderazgo y coordinación de la actividad y la participación en las redes.

En segundo lugar, la gobernanza como aproximación o enfoque de análisis, se refiere a las características que componen un modelo ideal o paradigma a la hora de dar respuesta a la realidad compleja de la sociedad actual. Respondería, por tanto, a lo que se conoce como “buena gobernanza” y se alinea con lo que consideraría un buen gobierno. Estos principios provienen en buena parte de los intentos de aplicar estándares de buena práctica en las empresas y grandes corporaciones y en los últimos tiempos han sido adoptados por entidades no gubernamentales (Kickbusch, 2012). A la hora de definir la buena gobernanza en el seno de los gobiernos, la aportación del Banco Mundial (2011) acerca de la gobernanza en general puede resultar aclaratoria. Así, se refiere a ella como “las tradiciones e instituciones a través de las cuales la autoridad en un país es ejercida por el bien común. Estas incluyen: 1) El proceso por el cual los agentes que ejercen la autoridad son elegidos, monitorizados y reemplazados; 2) La capacidad del gobierno para gestionar de manera efectiva sus recursos e implementar políticas; y 3) El respeto de la ciudadanía y el estado a las instituciones que gobiernan las interacciones económicas y sociales entre ellos”.

La OECD (2012), por su parte, señala como buena gobernanza aquella que “permite reforzar la democracia y los derechos humanos, promueve la prosperidad económica y la cohesión social, reduce la pobreza, mejora la protección ambiental y el uso sostenible de los recursos naturales y contribuye a la confianza en el gobierno y la administración pública”. Por su parte, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas la define como “aquella comprometida con la rendición de cuentas, transparente, con capacidad de respuesta, equitativa e inclusiva, efectiva y eficiente, participativa, orientada al consenso y respetuosa con la ley” (Kickbusch, 2012).

Cuando nos referimos a la buena gobernanza, por tanto, hacemos referencia a un conjunto de principios-guía que trascienden políticas, sectores y actores específicos. Se orienta en mayor grado al proceso que a la meta y a las dinámicas, más que al estado estático de las cosas. Por último, se

trata de un ideal cuya aplicación no puede ser ajena al contexto (caracterizado por condiciones no ideales) en el que pone en marcha (Kickbusch, 2012).

1.2.2. La nueva gobernanza pública

La trayectoria de la Administración Pública ha atendido a tres modelos o paradigmas que han regido su actuación y organización. Desde finales del siglo XIX y hasta el fin de la Segunda Guerra Mundial, estuvo presente el conocido como modelo tradicional de la Administración, caracterizado por ser vertical y jerárquico, basado en la primacía del Estado y en el uso de su instrumento legal para implantar el recién estrenado estado de bienestar. A este modelo le siguió, entre las décadas de 1970 y 1980 de mano del paradigma neoliberal (Ardila, 2003), la implantación de la Nueva Gestión Pública (o "New Public Management"). Se trataba de un modelo gerencial centrado en las técnicas propias del sector privado, ya que introducía la competencia y se orientaba al logro de resultados, a la calidad de los programas públicos y a mayor aceptación social del gobierno y una mayor confianza en su capacidad directiva (Aguilar-Villanueva, 2014). Establecía, además, una descentralización de los servicios públicos y el establecimiento de partenariados público-privados. Su propuesta de gobernanza realmente no ofrecía un carácter demasiado innovador, ya que daba continuidad a un estilo de gobierno jerárquico y sectorializado, poco abierto a actores no institucionales y opaco.

La Nueva Gobernanza Pública, por su parte, comenzó a instaurarse a principios del siglo XXI en respuesta a la interdependencia de los problemas que la Administración Pública debía abordar, así como su complejidad y que hacían necesaria la transición hacia una administración más horizontal e integradora de múltiples actores, más allá de la propia administración. Para ello, este paradigma en la administración pública se basa en dos enfoques: el del "conjunto de gobierno" (o *whole of government*) y el del "conjunto de la sociedad" (o *whole of society*).

El enfoque de "conjunto de gobierno" contempla una acción de gobierno conjunta entre todos los niveles de toma de decisiones (local, regional, nacional y supranacional) y sectores, tanto procedentes de la administración como externos a ella. Se considera el enfoque más adecuado para generar actuaciones que den respuesta a problemas complejos, ya que parte de establecer un entendimiento común de los mismos y establecer un compromiso también compartido orientado a su solución. Para ello son necesarios elementos que conforman una cultura favorable a este enfoque, como la confianza, la asunción de un código ético común, un elevado grado de cohesión, así como nuevas habilidades dentro y fuera de la administración para trabajar de esta forma. Debe contar con el pleno soporte al enfoque a lo largo de la estructura que atraviesa, así como de una apuesta política de primer orden. Su aplicación implica la coordinación e integración de las actividades de gobierno, así como de los objetivos o metas sociales que el gobierno representa (Kickbusch, 2012).

El enfoque de "conjunto de la sociedad" va un paso más allá con respecto al enfoque anterior y extiende la participación del conjunto de gobierno al sector privado, al sector parlamentario, medios de comunicación, instituciones, organizaciones, asociaciones voluntarias, sociedad civil e individuos. Es un enfoque colaborativo que promueve la calidad democrática, en cuanto que fomenta la confianza y la transparencia. Conduce a una gobernanza menos prescriptiva, menos centralizada y menos jerárquica. Por su parte, implica la creación de herramientas, cauces de comunicación y medios de colaboración, así como de capacidades dentro y fuera de la administración (Kickbusch, 2012).

1.2.3. Desafíos en la aplicación de la gobernanza

La actual democracia representativa ofrece canales de participación institucional o convencional, entre los cuales el principal es el voto electoral. Existe un claro consenso acerca de lo limitado del sistema representativo por sí solo, en relación con su incapacidad deliberativa y de rendición de cuentas, el déficit de control ciudadano que brinda, así como relativas a su escasa capacidad a la hora de incluir a la totalidad de sectores sociales o de recibir y dar respuesta las demandas de la ciudadanía (Subirats, 2011; Cebrián, 2013). La democracia participativa es un sistema que trasciende los canales institucionales de participación aportando vías alternativas de expresión ciudadana. El debate acerca de la democracia participativa es divergente en cuanto al papel que esta debe asumir, bien como nuevo paradigma democrático que avance en el camino de sustituir al representativo o bien, como instrumento que venga a subsanar y complementar las carencias del sistema representativo (Subirats, 2011; Cebrián, 2013).

Sin embargo, existe acuerdo acerca de que el actual sistema presenta se le presentan importantes retos a la hora de dar respuesta a los principios del buen gobierno. A continuación, abordaremos dos cuestiones que ilustran dichos desafíos: la participación social en los procesos políticos y la desafección política.

1.2.3.1. La participación social

La participación social es un elemento inherente al concepto de buena gobernanza y su puesta en marcha de manera efectiva y sistemática en torno a las políticas públicas es un factor predictor de legitimidad democrática (Martí-Costa, M., y Pybus, M. (2013). Constituye uno de los mecanismos de redistribución de poder, al otorgar a las esferas externas al mismo, mayor espacio de acción e intervención en la jerarquía social existente (Vázquez et al, 2002). En este sentido, cada vez es mayor la literatura que evidencia la efectividad sobre la equidad -y la equidad en salud- de procesos que incorporan la participación en la toma de decisiones. De Leeuw (2016) pone como ejemplo los presupuestos participativos y su capacidad de alcanzar un gasto público más

equitativo, mejorar la transparencia y la responsabilidad pública por parte de las instituciones, incrementar los niveles de participación de la población más desfavorecida, así como de aumentar el aprendizaje democrático (De Leeuw, 2016).

Sin embargo, bajo el término de "participación" conviven múltiples modelos y grados de desarrollo de la misma. Bajo un paradigma de buena gobernanza, se referiría a la presencia que la ciudadanía tiene en las redes de políticas públicas, las estructuras básicas en las que se desarrolla el proceso de creación de las políticas públicas. Así, en la producción de una determinada política, la legitimidad de las redes es mayor cuanto más y mejor representada está la ciudadanía en ellas, en relación con otros actores como instituciones gubernamentales o empresas privadas (Martí et al., 2016).

Para analizar esta representación, hemos de fijarnos en tres aspectos, dentro de la composición de las redes: por un lado, en el peso de la ciudadanía organizada o de las asociaciones con respecto a actores institucionales o actores del sector privado; en segundo lugar, en la adecuada representación de la comunidad según los distintos ejes de estratificación social; y por último, en la capacidad de participación y de influencia que se brinda a los colectivos más desfavorecidos (Martí et al., 2016). En relación a esta última cuestión, hay que tener en cuenta no únicamente la inclusión de colectivos excluidos, sino también su habilitación como actores políticos, es decir, la dotación equitativa de recursos que son capaces de movilizar (tiempo, conocimiento, etc.) y la capacidad de incidencia de los mismos sobre los resultados de la política.

Por su parte, la calidad deliberativa de la participación resulta otro elemento clave en el análisis de la legitimidad democrática de un proceso político (Martí et al., 2016). En este sentido, el carácter deliberativo de las técnicas o metodologías que se lleven a cabo ejercerá un papel muy importante en las diferencias de poder entre los diferentes actores y, en consecuencia, en la capacidad de incidir de los actores sociales y comunitarios (Martí, 2009).

1.2.3.1.1. Los grados de la participación

La participación se ha conceptualizado en función de las distintas técnicas participativas utilizadas en el proceso de planificación y de los objetivos que estas alcanzan a cubrir (Figura 1.2) (Davidson, 1998). La rueda del empoderamiento de Davidson ofrece un marco para promover el nivel de implicación ciudadana necesario con el fin de alcanzar objetivos establecidos en el proceso de planificación. En realidad, estos objetivos responden al grado de poder compartido con los actores sociales que las instituciones están dispuestas a asumir. Así, a medida que se hace uso de técnicas más deliberativas, se avanza a lo largo de cuatro "estatus de poder" que culminan con el empoderamiento de la ciudadanía. Estos son: 1) El nivel de "información" comprende desde la ausencia de comunicación por parte de la institución, hasta el aporte de información a la ciudadanía en base a lo que ella requiere conocer. 2) El siguiente nivel, de "consulta", comprende desde brindar una información limitada para que la comunidad responda, al establecimiento de

un diálogo entre la institución y la comunidad acerca de una decisión que la primera está pensando en llevar a cabo. 3) El tercer nivel, de "participación", avanza desde la petición a la comunidad de realizar propuestas acerca de posibles soluciones a un problema, a la resolución del mismo de manera conjunta para, en un siguiente nivel, pasar a la toma de decisiones sobre asuntos concretos por la propia comunidad. 4) Finalmente, el cuarto nivel o "empoderamiento", implicaría desde la delegación a la comunidad de la toma de decisiones relativas a un área o proyecto, hasta el ejercicio de la ciudadanía en la toma de decisiones sustanciales.

Figura 1.2. Rueda de la participación



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012

El avance en un paradigma de buena gobernanza, por tanto, deberá transitar por una mejora de la legitimidad democrática en torno a los procesos políticos. Esto implica una mayor y mejor representación de la ciudadanía en los mismos, atendiendo a la mayor presencia relativa con respecto a otros agentes, así como por la búsqueda activa de la participación efectiva de los grupos socioeconómicamente y políticamente excluidos. Además, este avance contempla la voluntad de una co-producción del valor público, es decir, por parte de todos los actores, con el

papel especial de la ciudadanía. Para ello es preciso el uso de metodologías participativas que apunten hacia objetivos de empoderamiento de la comunidad.

1.2.3.2. La desafección política

La desafección política ha sido definida por Torcal (2003) como “el sentimiento subjetivo de las personas relacionado con la falta de poder, el cinismo y la falta de confianza en el proceso político, los agentes políticos y las instituciones democráticas, pero sin el cuestionamiento del régimen político” (Torcal, 2003). Así, posee dos dimensiones: una relacionada con una postura ciudadana separada y alejada de la política, reflejada en la falta de interés e implicación en el proceso político y la desconfianza general hacia la acción política; y otra relacionada con la percepción de ineficacia política a nivel individual e institucional. Así, en un contexto de desafección, las percepciones valorarían negativamente la competencia política personal a la hora de entender la política y de llegar a incidir en ella; y por otro, considerarían que las autoridades políticas e instituciones tienen una escasa capacidad de respuesta, y revelarían una escasa confianza ante las instituciones de representación política y sus representantes (Montero et al., 1997).

Por tanto, es importante diferenciar la desafección política de conceptos como descontento o insatisfacción. Mientras que estas son fruto de una divergencia entre unas expectativas positivas con respecto al sistema político y su funcionamiento real, la desafección política se basa en visiones desconfiadas y contradictorias de la esfera política, fundadas en mayor profundidad y más reacias al cambio (Montero et al., 1997). Por tanto, las consecuencias tienen mayor calado para la política democrática.

En un análisis comparativo entre diferentes democracias de Europa y América, Torcal (2003) trató de estudiar algunos factores explicativos de la desafección política y comparó los resultados de desafección entre democracias viejas o aquellas de la primera y segunda ola democrática (entre el siglo XIX y mediados del siglo XX) y nuevas o democracias de la tercera ola (a finales del siglo XX). La desafección política estaba presente, en grado variable, en todas las democracias estudiadas y no existía un patrón claro en función del tiempo en democracia. Sin embargo, se daba una tendencia incremental de los índices de desafección política en aquellas democracias “nuevas” con respecto a las viejas. Así, los países del sur de Europa evalúan más negativamente a instituciones como el parlamento, la administración pública y el sistema legal y perciben en sus naciones una menor apertura o capacidad de respuesta democrática. España, por su parte, en un estudio desarrollado por Montero et al., (1997) se mostró como el país europeo con mayores índices tanto de desinterés político, como de percepción de ineficacia política, a nivel individual y por parte de las instituciones. Estos niveles elevados de desafección se habían mantenido desde el fin de la dictadura, con lo cual la juventud de la democracia por sí sola no se presupone un factor explicativo.

Torcal apuntó a que estas percepciones de desafección son una respuesta al “tiempo vivido en una democracia representativa dominada por instituciones excluyentes o prácticas que sistemáticamente han puesto en cuestión las instituciones básicas o la representación política y conducido a la desmovilización política” (Torcal, 2003). Sería por tanto el grado de incorporación de la ciudadanía en el proceso político y las prácticas democráticas desarrolladas en ese tiempo un posible factor explicativo de la presencia de este fenómeno.

Siguiendo este argumento, el Estado español no vivió los niveles altos de democratización política y de participación social que disfrutaron las democracias de Europa Occidental a partir de mediados del siglo pasado. Casi con el fin del periodo de la transición democrática española, sobrevinieron los importantes cambios sociales y económicos de finales del siglo XX, con los que las democracias europeas han visto progresivamente reducida la capacidad popular de influir en la acción de gobierno, quedando limitada a los cauces formales e institucionales de la participación (Subirats, 2011). Por otra parte, la exclusión política de ciertos sectores sociales ha sido una constante en los regímenes liberal-democráticos y se ha visto acuciada con la corriente neoliberal y la globalización económica, con la fuerte entrada de agentes empresariales y económicos (Subirats, 2011).

Esta escasa exposición a un tiempo de democracia “sana” podría, parcialmente, explicar la estable desafección política que forma parte de la cultura política española.

1.2.3.2.1. La desafección y la participación electoral: la exclusión social y política

La participación social en la vida política y cómo esta es ejercida por la ciudadanía se ha considerado como un factor predictor de la desafección política. En la literatura, se han estudiado por separado las diferentes formas de participación -formal (a través de los cauces institucionales) e informal (alternativa a los cauces institucionales)- para conocer de qué manera la desafección determina cada una de ellas. Algunos autores han defendido que la desafección contribuye a una búsqueda por parte de la ciudadanía de nuevas formas de expresión y al desarrollo de formas de participación informal a la vez que esta se rebela al estado no participando mediante los cauces formalmente establecidos (Torcal, 2003). Para Torcal, sin embargo, existen diferencias en este patrón según el tipo de democracia: en las viejas democracias, la desafección política produce un efecto agitador que desencadena formas de participación no convencionales, las cuales dan lugar, a su vez, a ejercer un mayor control de la acción política, mayor rendición de cuentas y responsabilidad política, nuevas maneras de expresar las preferencias políticas, así como innovación democrática e institucional. En definitiva, en estos países estas formas de participación favorecen la calidad democrática de sus gobiernos.

Mientras tanto, en las nuevas democracias, la participación no convencional no es sustitutiva de la participación formal, sino que siempre va de la mano de esta. En estos países y de manera contraria a aquellos con mayor recorrido democrático, la desafección política afecta negativamente a ambas formas de participación. Esto conlleva un mayor alejamiento entre la ciudadanía y sus

representantes políticos y el avance hacia democracias más elitistas y herméticas a la participación social.

Hemos visto cómo la participación política se ejerce de manera diferenciada en función del contexto político. Sin embargo, hay otras variables que explican la participación o, en su caso, la abstención, hablando de la asistencia a las urnas. En el Estado español han surgido en los últimos tiempos análisis orientados a este fenómeno y su relación con las variables socioeconómicas de las poblaciones. Así, Gómez y Trujillo (2016) estudiaron la distribución de la abstención ciudadana por secciones electorales, constatando que ésta se sitúa de manera muy clara en áreas caracterizadas por su exclusión social. El principal argumento es la alta concentración en estas zonas de personas desconectadas de la vida laboral (desempleadas), carentes de capital social - un determinante clave del voto- y alejadas de los recursos digitales y de buena parte de la información política (Gómez y Trujillo, 2016). También aglutinan a sectores sociales no habilitados legalmente para votar, como población inmigrante y población de etnia gitana, excluidas de la vida política. Entre los sectores excluidos es mayor el sentimiento de ineficacia política, con respecto a la ciudadanía incluida (Gómez y Trujillo, 2016).

1.2.4. La Gobernanza local: hacia un nuevo municipalismo

Las características, los escenarios y los retos señalados para la Nueva Gobernanza Pública se trasladan a la esfera local, la cual se reconoce como escenario propicio para el desarrollo de este paradigma. Por un lado, los nuevos modelos de desarrollo han revalorizado sustantivamente lo relativo al territorio y el gobierno local ha adquirido un aumento de peso de su poder y autonomía; y por el otro, por las posibilidades que la proximidad ofrece para dar respuestas concretas a nuevas demandas sociales (emergidas a partir de la fragmentación de la estructura social, las mayores dinámicas de individualización, etc.) que requieren ser abordadas de manera integral (Subirats, 2015).

En este punto hablaremos de las políticas públicas locales y de las políticas urbanas. Ambas han seguido una trayectoria paralela, enmarcada en el desarrollo de la nueva gobernanza pública en la esfera local.

1.2.4.1. La evolución de la gobernanza local: de la supremacía estatal al potencial del gobierno local

En las últimas décadas del siglo XX en el Estado español se produjo una enorme transformación estructural y funcional del gobierno local, que ha avanzado más acuciada por la necesidad que siguiendo una planificación estratégica (Iglesias et al., 2011). Tras el franquismo fue necesario dar

respuesta a necesidades básicas hasta entonces no cubiertas (asfaltado, alumbrado, limpieza, ordenación viaria, etc.) y la principal esfera de toma de decisiones era la estatal, desde la que se distribuían los recursos con el fin de promover el desarrollo económico en todo el territorio nacional (Martí-Costa & Tomás, 2016). Los cambios sociales, económicos, tecnológicos y culturales experimentados a partir de los años 80, resituaron el bienestar concebido desde la esfera estatal como una demanda comunitaria e individual (Subirats, 2015). "Lo local" se pasó a concebir como la esfera con mayor potencial para abordar preocupaciones ciudadanas como la cohesión social, la inclusión laboral y la mejora de las condiciones de vida en las ciudades y pueblos. Y a su vez, en respuesta a la corriente neoliberal, las ciudades se convirtieron en motores de producción y de desarrollo económico al servicio del capital (Iglesias, et al, 2011), a la vez que los gobiernos locales trataban de acomodar estos efectos sobre el territorio, lo que se conoce con el neologismo de "glocalización".

La globalización económica se manifestó en las políticas urbanas a través del urbanismo "empresarial" o aquel orientado a atraer a dichas ciudades a polos de capital público y privado (Harvey, 1989). Así, fueron priorizadas soluciones orientadas y pensadas para el mercado, como es el caso de la movilización de instrumentos financieros especulativos, con el fin de obtener mayores beneficios económicos (Martí-Costa & Tomás, 2016). Entre los elementos de atracción a nivel urbano destacaban las grandes infraestructuras y macro-proyectos dirigidos a la comunicación y el transporte (puertos, aeropuertos, trenes de alta velocidad, etcétera), pero también orientados a otros usos fuertemente vinculados al turismo, uno de los grandes pilares de las economías urbanas contemporáneas, a modo de justificar su utilidad y valor social (Díaz-Orueta, 2009). Fruto de esta lógica productivista, elementos no económicos propios del capital local, como la cultura o el ocio, pasaron a ser ejes de promoción económica y los estados, en respuesta a las presiones globales, adoptaron un modelo de privilegio económico a aquellas ciudades más competitivas (Martí-Costa y Tomás, 2016).

Este contexto de oportunidad, sin embargo, llegó de la mano de nuevos retos en los ámbitos social y ambiental. En el primer caso, se había de hacer frente a una sociedad compleja, más individualizada, con nuevas formas de familia y más heterogénea, sobre todo en las ciudades. Los procesos de urbanización al servicio de la globalización económica profundizaron en la segregación y segmentación social en el plano de la ciudad (Iglesias et al., 2011), acrecentándose la separación entre las formas de vida del mayor sector de la población y aquellos más desfavorecidos, situados en zonas concretas, normalmente del extrarradio de la ciudad. Más allá de esa realidad, Tomás y Martí-Costa (2011) señalan la extensión de la percepción, a partir de estas desigualdades socio-espaciales, de estos "contenedores de colectivos socialmente vulnerables" como polos amenazadores de la cohesión social de la ciudad y generadores de exclusión social (Tomás y Martí-Costa, 2011). A todo ello, se comenzaban a sumar los efectos, también más intensos en las ciudades, de las desigualdades sociales producidas por la precarización del mercado laboral, la vivienda o la educación, así como relacionados con el reto de la sostenibilidad de la vida (Subirats, 2015).

Con respecto al ámbito ambiental, la corriente globalizadora se puso de manifiesto en las nuevas tendencias de planificación urbana basadas en la mayor extensión urbana de baja densidad, el

incremento de la movilidad en todos los niveles, la complejización de la gestión de los residuos y de la contaminación y la necesaria contribución a la paliación de fenómenos globales, como el calentamiento global o el uso de energías fósiles.

1.2.4.2. El avance hacia una agenda local más innovadora y transversal

A lo largo de los años noventa se desarrollaron progresivamente políticas locales -también en el ámbito de política urbana-, que desde una base local trataron de dar respuesta a algunos de los desafíos ambientales y sociales. La principal característica de estas nuevas políticas era su mayor carácter estratégico, de mano del uso variable, aunque creciente, de las llamadas herramientas de planificación estratégica, basadas en el consenso del gobierno local con otros actores del sector público, privado y de la sociedad civil (Iglesias et al., 2011).

Así, en base a la literatura es posible hablar de distintas "generaciones" de planes estratégicos, que dibujan la transición desde una lógica sectorial e incluso competitiva hacia unos planes más horizontales, integradores y participativos (González, 2012).

Destacan algunos ejemplos sustanciales. En el sector ambiental fue significativa la adherencia de los gobiernos locales a la Agenda 21, lo cual implica el acuerdo consensuado y participado de un plan de trabajo y de actuaciones con el fin de que la sostenibilidad sea un eje transversal de las políticas locales. Asimismo, en el marco de la cumbre de Lisboa de 2000 se han producido numerosas experiencias de intercambio entre los gobiernos locales en torno a la inclusión social y la democracia participativa (Tomás y Martí-Costa, 2011).

En el campo de las políticas urbanas, también ha tenido lugar esta transición, desde la predominancia de los proyectos urbanísticos, altamente sectorializados y centrados en el ámbito físico, a una planificación más integral, horizontal y participativa. Uno de los impulsos estratégicos de esta evolución fue la Carta de Leipzig sobre Ciudades Europeas Sostenibles (2007), que instaba a un "enfoque integrado del desarrollo urbano" articulado en torno a visiones a largo plazo de las ciudades y los barrios en su contexto regional. Los pilares de este enfoque son: a) una perspectiva intersectorial; b) la inclusión de nuevos instrumentos de gobernanza y gestión urbana; c) la creación de redes, la evaluación y el intercambio de conocimientos y experiencias; y d) la selección de ciudades y zonas elegibles, al objeto de concentrar la financiación (Consejo de Ministros de la Unión Europea, 2007). Con respecto a este último punto, la Carta de Leipzig ponía el énfasis en la introducción prioritaria en la agenda urbana europea de la actuación en barrios desfavorecidos. Con respecto al abordaje de estas actuaciones, encontramos diferentes puntos de vista. La aproximación que más se ha reflejado en la agenda política es aquella que se alinea con la filosofía del Plan URBAN, un plan europeo, iniciado en 1994, de ayudas para desarrollo sostenible de ciudades y barrios de la Unión Europea¹. Esta aproximación de la regeneración urbana poseía un enfoque holístico e integrador, en base a las instituciones la cooperación y corresponsabilización

¹http://web.archive.org/web/20111026161512/http://ec.europa.eu/regional_policy/urban2/index_es.htm

de instituciones y agentes locales y promotor de prácticas innovadoras en esa línea (Gutiérrez, 2008). Se trataba de políticas de cierto carácter integral, territorialmente focalizadas, dirigidas a los barrios o áreas urbanas con necesidades especiales de transformación, contemplando estas desde un enfoque multidimensional, y sus soluciones, a partir de planteamientos holísticos. Por último, estaban articuladas sobre la base de los principios de la gobernanza, es decir, sobre redes de actores que reconocen su interdependencia mutua, procedentes de distintas esferas territoriales (supranacional, nacional, regional, municipal), sectores políticos (urbanística, económica, social, medioambiental...) e instituciones y entidades (instituciones públicas, corporaciones privadas, organizaciones sociales prestadoras de servicios, organizaciones vecinales, etc.) (Tomás y Martí-Costa, 2011).

En el contexto del Estado español, destacan iniciativas como la Ley de Barrios de 2004, una ley autonómica catalana, orientada a la mejorar la calidad de vida de barrios, áreas urbanas y villas con necesidades especiales. A pesar de estar principalmente orientada a la mejora urbanísticas de estas zonas, poseía una visión integral de intervención, actuando sobre el entorno físico, la vivienda y el tejido social y económico y lo hacía, además, desde el compromiso de hacer partícipe a la comunidad local en la toma de decisiones y la aplicación de las medidas acordadas (Gutiérrez, 2014). Así, los proyectos eran propuestos por los Ayuntamientos y elaborados sobre una base participativa. Adicionalmente, la Ley contemplaba consejos de participación en los barrios ad hoc a la implementación de las intervenciones.

Este enfoque común a los proyectos nombrados, a pesar de ser el más extendido en la práctica, no ha estado exento de críticas. Por un lado, se ha referido que adolece de conceder escasa atención a las causas de los problemas o retos que se plantean en estos barrios y de no articularse con políticas a otros niveles, así como de no extender la participación de otros agentes sociales más allá del territorio (Tomás y Martí-Costa, 2011). Otros autores han señalado que estos procesos siguen enmarcados en la filosofía neoliberal del desarrollo y que el modelo de planificación urbana que en ellos se gestaba seguía atendiendo a los intereses de las élites institucionales y económicas (Tomás y Martí-Costa, 2011).

1.2.4.3. La participación social en el contexto de la gobernanza urbana

En este último aspecto, el ámbito local ha sido la esfera que más ha profundizado en la mejora de los mecanismos democráticos, si bien se ha enfocado en las fases de diagnóstico y programación de las políticas, donde la permeabilidad y pluralidad de actores es mayor y con menos intensidad se ha incidido sobre los ámbitos de decisión y cogestión de las políticas (Iglesias et al. 2011). No en vano, el ámbito local ofrece oportunidades excepcionales para introducir la participación social en la planificación: el menor tamaño de la estructura de la administración local y su mayor cercanía a la comunidad con respecto a otras esferas políticas, facilita la creación y puesta en marcha de canales participativos (Morrison et al., 2014). Por otra parte, la dimensión de proximidad de las políticas locales, hace que sea más sencillo someterlas a la opinión pública, así como que ciertas

cuestiones emergidas desde la iniciativa ciudadana sean introducidas en la agenda política (Morrison et al., 2014). Si bien los ayuntamientos disponen de mecanismos representativos -sobre todo materializados en los consejos de participación- cada vez resulta más necesario desarrollar nuevas formas de participación e implicación ciudadana sobre decisiones significativas para la comunidad, e introducirla de manera efectiva en la toma de decisiones (Subirats, 2015). Un reto especialmente interesante es la inclusión en estos procesos de aquellos sectores sociales no integrados en las redes ciudadanas para abordar colectivamente la complejidad de los problemas en la esfera local. Sin embargo, poco a poco las administraciones locales han ido extendiendo los mecanismos de participación social más allá de los mecanismos de la democracia representativa y los consejos de participación. Además de incrementarse el número de concejalías de participación en los municipios, se han desarrollado múltiples experiencias con el fin de complementar dichos cauces institucionales, para consensuar una decisión específica, o también con el fin de establecer mecanismos de participación ciudadana de carácter más estable.

1.3. LA GOBERNANZA Y LA SALUD

En el capítulo anterior se exponían las dinámicas principales que han conducido al paradigma de gobernanza actual, haciendo referencia a la extensión del poder de gobernar más allá de las fronteras del estado, a la democracia monitorizada y al valor compartido. Estos nuevos roles de la democracia, del estado y de la sociedad no son ajenos a las cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar de las personas. Como tampoco lo son los cambios globales ocurridos en los últimos 50 años. Fenómenos como la globalización, el poder adquirido por el sector de los negocios, la tendencia a la mercantilización, las tecnologías de la información, la rápida urbanización, los cambios epidemiológicos, las transiciones demográficas, el cambio climático, la competición por los recursos naturales, la creciente desigualdad económica, etc. han determinado fuertemente la salud y su distribución en la población. Las desigualdades sociales en salud entre los países y en el seno de los países han aumentado significativamente. A pesar de los avances de la tecnología y la ciencia médica, la salud para todas las personas constituye un reto más vigente que nunca. Por otra parte, la salud, sus causas y sus efectos conforman un sistema de interacciones complejo, que debe ser abordado desde esa complejidad, esto es, abordando las “causas de las causas” o los determinantes sociales de las desigualdades en salud. En otras palabras, la mejora de la salud poblacional y la reducción de las desigualdades sociales en salud implica una acción de gobierno desde un enfoque de “conjunto de gobierno” y de “conjunto de la sociedad”.

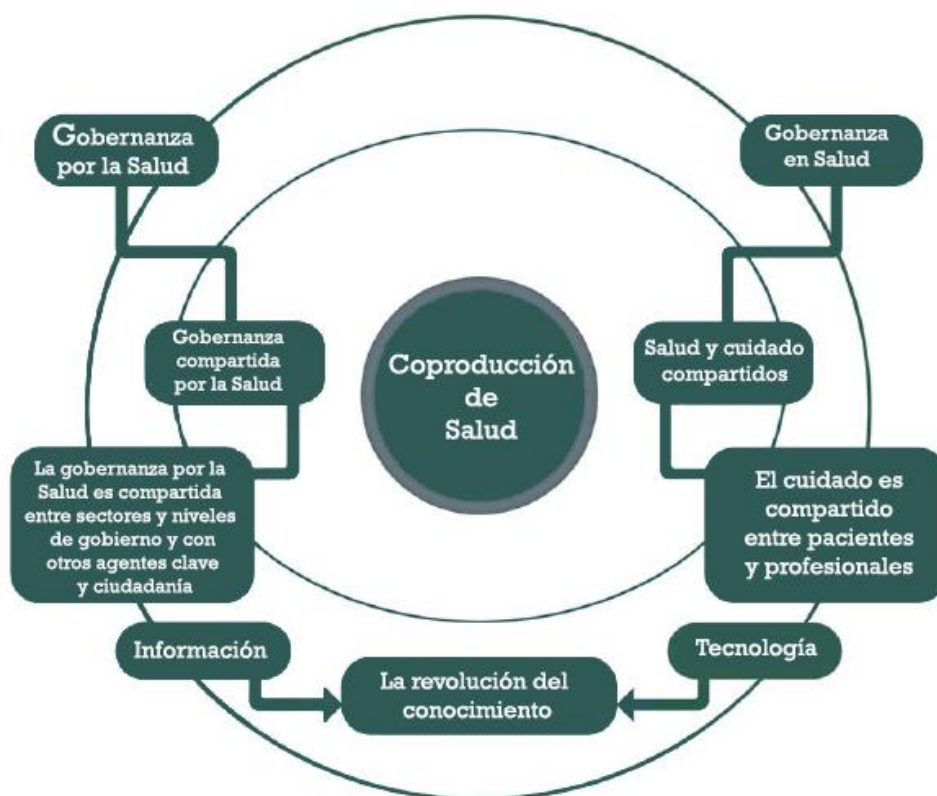
Por su parte, la sociedad del conocimiento ha contribuido de manera importante a una mayor implicación como parte activa de la ciudadanía en las cuestiones relacionadas con su salud. De tal manera, hoy en día la ciudadanía ejerce un nuevo rol con respecto a su salud, que va más allá del de paciente consumidor/a de servicios sanitarios. La experiencia y percepciones de la ciudadanía y sus nuevas demandas conducen ineludiblemente a una gobernanza basada en la coproducción

de salud. En definitiva, la buena gobernanza en salud es aquel enfoque de buena gobernanza que incorpora a sus valores y principios-guía los valores de la salud y el bienestar (Kickbusch, 2012).

1.3.1. La gobernanza en salud y la gobernanza por la salud

A la hora de hablar de una acción de gobierno orientada a la mejora de la salud y la equidad en salud, no es lo mismo un enfoque que tenga en cuenta los determinantes sociales de la salud que abordar la mejora de la salud desde la actuación centrada en los servicios sanitarios o en aquella circunscrita al sector salud. Merece la pena en este punto establecer la distinción conceptual entre la gobernanza en salud y la gobernanza para la salud (Figura 1.3).

Figura 1.3.1. Co-producción de la salud



Fuente: Kickbusch, 2014

La gobernanza en salud es aquella que se circunscribe al sector salud y hace referencia al “establecimiento de la agenda política sanitaria, la implementación y rendición de cuentas” dentro del mismo. También engloba “la gestión y administración de políticas y recursos en salud, incluyendo procesos para la mejora del sistema sanitario” (Global Health Europe, 2017). La co-producción dentro de esta dimensión hace referencia a la transición a una lógica de servicio

sanitario que reemplaza el desempeño de su función basada en una relación clientelar entre profesional y paciente por una filosofía de creación de valor en base al trabajo conjunto -al partenariado- entre la ciudadanía y el sistema. Se trata en definitiva de reformular el Sistema sanitario en base al trabajo colaborativo y otorgando una especial relevancia a las experiencias vividas por las personas que utilizan el sistema y sus profesionales, así como poniendo de relevancia el autocuidado y el manejo individual de la salud (Batalden et al., 2017).

Por su parte, la gobernanza para la salud, según la define la OMS, hace referencia a “los intentos de los gobiernos para conducir a las comunidades, países o grupos de países hacia la salud como parte integral del bienestar a través de los enfoques de conjunto de gobierno y del conjunto de la sociedad”. Requiere, por tanto, de un conjunto sinérgico de políticas y actuaciones provenientes del sector de la salud, así como de todos los demás sectores, tanto del ámbito público como privado, de agentes sociales y ciudadanía que tiene como compromiso la salud poblacional.

Este paradigma coloca la salud en una posición determinante para alcanzar objetivos sociales y económicos, a través de políticas basadas en los valores de derechos humanos y equidad, y como un factor clave en otros sistemas como el medioambiente, la educación o el transporte. Dando un paso más allá, la entendida como buena gobernanza por la salud, según Kickbusch (2012) vendría enmarcada por cuatro valores, que parten de considerar la salud como un valor social en sí mismo y como pilar de la buena gobernanza: la salud como derecho humano, como componente del bienestar, como un bien público y por último, la salud como una cuestión de justicia social y equidad.

En este sentido, la buena gobernanza en salud debe partir de una consideración y aplicación de estos valores por parte del sector salud, por los otros sectores, por el sector público y privado, por la ciudadanía y por el nivel político de gobierno. Las desigualdades sociales en salud y su reducción constituyen, por tanto, un reto que compete a todos los sectores, así como el conjunto de gobierno y que solo puede abordarse desde una acción estratégica.

1.3.2. La Salud en Todas las Políticas o el avance hacia la gobernanza para la salud

La llegada de la estrategia de la Salud en Todas las Políticas (SeTP) supone el elemento culminante de un proceso que se inició con el reconocimiento de que la salud está determinada por factores que van más allá del sistema sanitario (Alma Ata, 1978) y que continuó con la necesidad de hacer abogacía en todas las esferas políticas para la reducción de las desigualdades en salud: la Carta de Ottawa (1986); las Recomendaciones de Adelaida sobre políticas públicas saludables (1988); conferencias globales de Promoción de la Salud; el Consenso de Gotemburgo (1999); el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008); así como informes clave de instituciones internacionales como la Organización Internacional del Trabajo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Consejo Económico y Social para las Naciones Unidas, la Organización de las

Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Mundial y el Foro Económico Mundial (Kickbusch, 2012).

1.3.2.1. La evolución de la gobernanza horizontal por la salud

Kickbusch (2012) hace referencia a una evolución de la “gobernanza horizontal para la salud”, marcada por tres etapas:

1. La primera, inaugurada por la conferencia de Alma-Ata en 1978, se basaba en la promulgación de la acción intersectorial para abordar las causas del empeoramiento de la salud. Así, desde una lógica de toma de decisiones racional, el sector salud adoptaba el rol de instructor para los demás sectores acerca de cómo modificar sus políticas con el fin de conseguir mejoras en la salud de la población.

2. La segunda etapa vino de la mano de la Carta de Ottawa (1986) y se caracterizó por un enfoque más estratégico, orientado hacia nuevas alianzas que atravesaban las fronteras de las esferas de decisión y de los sectores, así como de los gobiernos. Aunque predominaba la visión de gobernanza estatal, en esta etapa se proponía ampliar las alianzas o partenariados a sectores ajenos a la salud en la esfera nacional e internacional y, con especial énfasis en el ámbito local, por la relevancia que se otorgaba a los entornos como los espacios donde las personas, en su día a día, disponen de las condiciones y los recursos para su salud. Se ponían en relevancia también la visión positiva de la salud o el enfoque salutogénico, desde el cual la promoción de la salud, como facilitadora del desarrollo y uso de recursos a nivel individual, comunitario y social, debe promover políticas públicas orientadas a soluciones y resultados formulados en positivo y que partan de los recursos y potencialidades existentes en cada nivel (Lindstrom y Eriksson, 2009). De igual modo, la acción política debía garantizar que todas las personas dispusieran de las mismas oportunidades para acceder a los recursos y al máximo potencial de salud, para lo cual debía preocuparse de proveer un acceso equitativo a entornos, información y habilidades que permitieran a las personas libremente tomar decisiones relacionadas con su salud. A partir de estos enfoques, los agentes de promoción de la salud adquirirían un rol de intermediarios o agentes para la salud, más que de implementadores de programas, servicios o actuaciones.

Las recomendaciones extraídas de la Segunda Conferencia Internacional en Promoción de la Salud en Adelaida en 1988 orientaban a la acción sobre las “causas de las causas” de las desigualdades en salud a través del enfoque de “políticas públicas saludables” y a incidir sobre la responsabilidad de los efectos en salud por parte los agentes políticos. Esta nueva posición conllevó, en términos de innovación política, la necesidad de otorgar mayor énfasis a los entornos y las redes sociales, como factores orientados al empoderamiento de las personas y comunidades para la salud. Por otro lado, también se comenzaron a poner en marcha herramientas catalizadoras de estos enfoques, como la Evaluación de Impacto en Salud. Con respecto a la primera etapa, este enfoque de gobernanza horizontal se caracterizó por la conciencia de la complejidad inherente a los procesos de toma de decisiones y de la necesidad de tener en cuenta los intereses, valores y

posiciones de los diferentes actores como institución y como individuos, si bien el sector salud continuaba teniendo el mayor peso de liderazgo en la acción conjunta.

3. La tercera etapa consiste en la implementación de la SeTP, un enfoque para la creación de las políticas públicas que se basa en la visión de "conjunto de gobierno", a la que incorpora la perspectiva de la salud. En sus inicios, constituyó la política de gobierno de Finlandia en 2006 durante su presidencia en la Unión Europea (UE), lo que reforzó en buen grado la presencia de la salud en las políticas de la UE. Fue formalmente definida por la OMS como:

"un enfoque para las políticas públicas a través de todos los sectores que, de manera sistemática, tiene en cuenta las implicaciones sobre la salud de las políticas, busca sinergias y evita los impactos negativos en salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud".

De esta manera, la SeTP pone el énfasis en las consecuencias que las políticas públicas conllevan sobre los sistemas de salud, los determinantes sociales de la salud y el bienestar. Estas consideraciones a menudo no son una prioridad en la planificación de gobierno y la desigual distribución del poder y los recursos (que recaen sobre los agentes económicos y empresariales) solapan la inclusión de estos criterios. La SeTP supone un marco de relación, de diálogo y negociación para poner sobre la mesa los conflictos de intereses y hacer que sean gestionados con transparencia. Ofrece herramientas para conciliar objetivos sociales, de salud y equidad con aquellos alineados con el desarrollo económico, de manera que, sinérgicamente, todos sean potenciados. Por tanto, la estrategia se orienta a incidir sobre la responsabilidad por parte de los agentes políticos acerca de los impactos en la salud en todas las esferas de decisión política.

Desde esta posición, la SeTP propone un liderazgo compartido y el establecimiento de un pacto social entre todos los sectores para "avanzar en el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad y para mejorar la salud". A pesar de que el énfasis de la estrategia reside en el aparato de gobierno, no ignora que la involucración de la sociedad civil y el sector privado son claves en la gobernanza para la salud. Sin embargo, parte del argumento de que el papel de los gobiernos en el rumbo a este modelo de gobernanza resulta clave, por su capacidad de movilizar actores, acuerdos y recursos, así como de incidir sobre los principales sistemas de gobernanza (Kickbusch, 2012). Por otra parte, instaurar esta nueva manera de hacer en el ámbito gubernamental crea las condiciones que facilitarán su extensión a los otros ámbitos o agentes.

El proceso hasta la actualidad culminó con la llegada de la tercera etapa, que se correspondió con la implementación de la estrategia de la SeTP la cual, basándose en las anteriores, avanza cualitativamente en la puesta en marcha de la buena gobernanza para la salud.

Con respecto a las etapas anteriores, el sector salud no lleva el peso del liderazgo, sino que supone uno más de los múltiples sectores y agentes que inciden sobre los factores que determinan la salud y su distribución en la población. En cuanto a las funciones concretas del sector salud, Kickbusch (2012) señala algunas como: trasladar en sus actuaciones cotidianas el mensaje de la necesidad de aplicar enfoques transversales y de orientarse más allá del propio sector; impulsar la cooperación inter-departamental con el soporte político del departamento; utilizar su autoridad para involucrar a otros actores para poner en marcha iniciativas conjuntas; y establecer cauces de comunicación con la ciudadanía y agentes sociales. Por su parte, la declaración de Adelaida de

Salud en Todas las Políticas (2010), recoge para el sector salud las siguientes funciones: comprender los asuntos de la agenda política, así como cuestiones administrativas esenciales de otros sectores; contribuir al cuerpo de conocimiento y evidencia acerca de opciones políticas y estrategias y establecer las comparaciones pertinentes de las consecuencias sobre la salud de las distintas alternativas; establecer espacios estables para el diálogo y la resolución de problemas con otros sectores; evaluar la efectividad del trabajo intersectorial; y crear capacidad a nivel técnico, contribuyendo a aportar mecanismos y recursos y soporte en el proceso.

Por su parte, en la Declaración de Helsinki, se sigue haciendo referencia a que los gobiernos en su conjunto poseen la última responsabilidad para la salud de la ciudadanía, aunque el sector salud en las diferentes esferas políticas deben proactivamente buscar oportunidades para colaborar e incidir en otros sectores.

1.3.3. La puesta en marcha y el desarrollo de la Salud en Todas las Políticas

La Declaración de Adelaida (2010) señalaba los elementos o condiciones que pueden conducir a la puesta en marcha de la estrategia. Así, establecía que, a través de las “ventanas de oportunidad” que van apareciendo, se han de ir impulsando cambios en la mentalidad y en la cultura de toma de decisiones en los gobiernos, mediante los cuales el proceso de SeTP se va construyendo. Estos elementos conductores, dependientes del contexto son:

- Crear alianzas y partenariados sobre los que se reconozcan intereses mutuos y objetivos compartidos.
- Adoptar un compromiso hacia el enfoque de “conjunto de gobierno” en el que estén implicados la cúpula política de gobierno, la cabeza del parlamento, así como el liderazgo administrativo
- Desarrollar procesos políticos a alto nivel político
- Integrar responsabilidades en las líneas estratégicas de gobierno, en sus objetivos y metas
- Desarrollar la toma de decisiones conjunta y la asunción de responsabilidades frente a los resultados de la misma
- Establecer condiciones y una actitud de apertura para facilitar la consulta por parte de los agentes clave, ofrecer respaldo y apoyo y mejorar la abogacía
- Potenciar la experimentación y la innovación para dar con nuevos modelos que permitan integrar los objetivos económicos, sociales y ambientales
- Recopilar recursos intelectuales, integrando la investigación y poniendo a disposición pública el conocimiento acerca de los diferentes campos
- Proveer mecanismos para la evaluación y la monitorización de los avances

En cuanto a la valoración de los efectos de las políticas en la salud y en la equidad en salud, se insta a la utilización de herramientas disponibles que permitan identificar dichos impactos teniendo en cuenta el punto de vista de la comunidad y generar conciencia acerca de los mismos

en el proceso de toma de decisiones, así como en la misma comunidad. Esta involucración de la población general o de grupos específicos, bien en todo el proceso de toma de decisiones o bien sobre ciertos aspectos del mismo, contribuye a la mejora de la transparencia y calidad democrática del mismo (Helsinki, 2013).

Como herramientas destacadas, en la Declaración de la Salud en Todas las Políticas de Roma (2007), la Evaluación de Impacto en la Salud ocupaba un lugar predominante, mientras que la Declaración de Adelaida explicitaba un listado de herramientas e instrumentos que se habían mostrado útiles en diferentes fases del proceso: desde comités interdepartamentales y sistemas de información y evaluación transversales a consultas comunitarias, plataformas de partenariados y herramientas como la evaluación de impacto (en general) o el Análisis de la Lente de la Salud.

En la Declaración de Helsinki (2013), por su parte, se hacía referencia a la posibilidad de una evaluación de impacto aislada o bien como parte de un proceso de evaluación de impacto integrada, y nombraba, concretamente, las herramientas de Evaluación de Impacto en la Salud, Evaluación de Impacto Ambiental, auditorías de políticas o revisión de presupuestos. Además, instaba a considerar el uso de herramientas desarrolladas en otros ámbitos como en la introducción perspectiva de género o en auditorías ambientales.

1.3.4. La acción intersectorial en salud como vía para implementar la Salud en Todas las Políticas

Todas estas herramientas se orientan al objetivo de avanzar sobre ese pacto social al que se ha hecho referencia anteriormente entre los sectores de gobierno y, por tanto, llevar a la práctica el enfoque de conjunto de gobierno, tal y como apunta la estrategia de la SeTP. En la primera etapa del trayecto hacia una gobernanza horizontal para la salud, se describía el enfoque de la acción intersectorial, entonces todavía centrado en una visión racional y, en definitiva, simplista, del proceso de toma de decisiones. Desde la realidad compleja de las políticas públicas y desde una visión de sostenibilidad del modelo de gobernanza para la salud, es necesario un planteamiento centrado en la filosofía de la SeTP, que apunte a nuevas formas de relacionarse, tanto vertical como horizontalmente, con el fin de mejorar la salud y reducir las desigualdades sociales en salud. Este nuevo enfoque es el que se conoce como acción intersectorial en salud.

A menudo, los sectores se verán obligados a realizar concesiones y, desde la perspectiva de la primera etapa, esto puede concebirse como una pérdida de poder. Sin embargo, tomando conciencia de que los retos que se le plantean a la salud pública hoy no pueden ser resueltos desde las lógicas de los silos y las jerarquías, este nuevo paradigma nunca más podrá concebirse como una pérdida sino como ganancia conjunta.

A continuación, repasaremos el concepto de acción intersectorial en salud, sus tipologías y los principales elementos que contribuyen a la sostenibilidad del mismo.

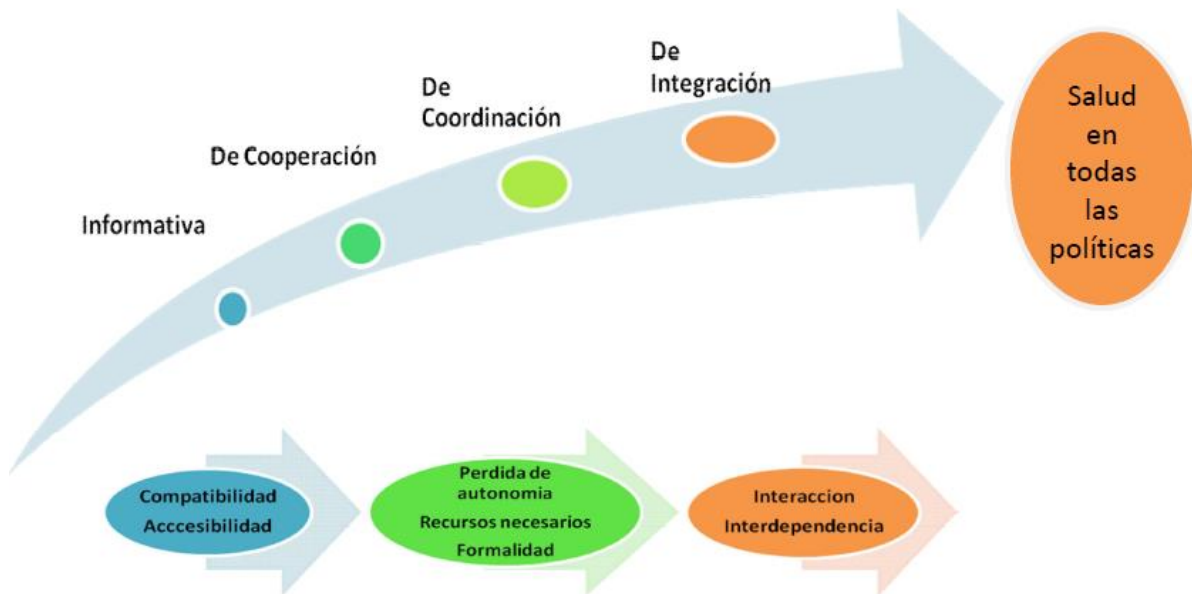
Las distinciones en la definición de la acción intersectorial en salud radican en los diferentes enfoques que utilizan. Algunas basan su definición en la naturaleza de los entes que establecen una relación (como "sectores" de gobierno (Solar et al., 2009; Tøgersen et al., 2007), "instituciones" o "sectores gubernamentales y no gubernamentales" (Solar et al., 2009). Otras se centran en los objetivos que persigue la acción intersectorial establecida, como puede ser alcanzar "resultados intermedios y resultados en salud", "mejorar la salud y la equidad en salud" (Tøgersen et al., 2007), o aquella que apunta al "desarrollo social" o a las "necesidades generales" (Solar et al., 2009). Solar introduce la distinción entre lo que se refiere a la "intersectorialidad" – entendida como práctica integradora de la acción de gobierno en busca de soluciones a problemas sociales- y lo que se conoce como acción intersectorial en salud (AIS). Con respecto al primer concepto, este último se basa en el modelo social de la salud: al entender que la salud está socialmente producida y que, en cuanto que existe desigualdad social, está desigualmente distribuida, se puede concebir que la salud es un problema complejo que no puede ser abordado únicamente por las políticas sanitarias. Para Solar, esta conceptualización ofrece una nueva lógica para una planificación, implementación y monitorización de políticas de forma integrada, respondiendo a los principios de la nueva gobernanza pública. El grado en que esta visión de la salud sea comprendida tanto por el sector salud como por los otros sectores determinará el tipo de relación que entre ellos se establezca e influirá en la apertura del proceso político a la sociedad.

Solar et al. (2009) definen los patrones de relación o el grado de intensidad de esta entre los sectores, en función del tipo de proceso desarrollado, más o menos estructurado, su trayectoria y la utilización de herramientas de gobernanza que promueven la coherencia y la cooperación entre ambos (Figura 1.3.2):

- *Informativa*: en este tipo de relación se da un intercambio de información con otros sectores. Es normalmente unidireccional y tiene su origen en algún problema en el que el sector ajeno a salud toma un rol pasivo. Desde otro punto de vista, puede implicar asentar las bases, como el lenguaje común, para el establecimiento de una relación intersectorial de mayor grado.
- *De cooperación*: se trata de una relación bidireccional que se basa en la búsqueda de una mayor eficiencia dentro de cada sector a la hora de abordar ciertas cuestiones. Supone una cooperación sobre la implementación -no formulación- de una acción estratégica, formalizada de alguna manera y que implica cierta pérdida de autonomía por parte de cada sector.
- *De coordinación*: este tipo de relación busca la eficiencia y eficacia en un mayor grado, mediante un trabajo en red de los sectores implicados que pretende ser horizontal y que, a menudo, comparte financiación. En cuanto que pretende generar sinergias, es necesaria una visión amplia de los asuntos sobre los que se trabaja e incidir conjuntamente en la planificación y asignación presupuestaria. Implica una considerable pérdida de autonomía de cada sector y dependencia con respecto al otro
- *De integración*: implica la creación de políticas desde múltiples sectores, la integración de objetivos, de procesos administrativos y la eliminación de áreas cerradas dentro de cada

sector. Implica la puesta en común de recursos, responsabilidades y acciones y afecta a todo el proceso político, desde su diseño hasta su evaluación.

Figura 1.3.2. Tipología de intersectorialidad con otros sectores o modelos de trabajo



Fuente: Solar et al., 2009

También otorga importancia a la naturaleza de los sectores implicados en la acción intersectorial (sectores sociales, de agricultura, de empleo, vivienda, económicos, justicia, etc.), en cuanto que determina la jerarquía en que sitúan los determinantes sociales de salud abordados -en un nivel de conductas relacionadas con la salud, factores psicosociales, condiciones de vida y de trabajo o determinantes de posición social-. También resultará relevante el enfoque relativo a la equidad en salud que se adopte. Si se trata de una política o actuación enfocada a mejorar ciertas condiciones relativas a grupos socialmente desfavorecidos -enfoque de grupos vulnerables- o si se está planificando una política -por ejemplo, redistributiva- que tiene en cuenta todo el gradiente de posición social -enfoque de gradiente social- (Solar et al., 2009).

1.3.4.1. Los factores que favorecen la acción intersectorial en salud

Es rotundo el consenso en cuanto a la reorientación de los gobiernos hacia una acción intersectorial como condición *sinequanon* para el abordaje de los DSS. Sin embargo, el conocimiento acerca de la efectividad de este enfoque para modificar las políticas públicas es

escaso. La revisión de casos desarrollados en la pasada década llevada a cabo por Shankardass et al. (2012) dejaba entrever una orientación predominante hacia los determinantes sociales intermedios o individuales. Sin embargo, también puso en evidencia la escasa evaluación acerca de los impactos de las experiencias y, especialmente, el bajo grado de reflexión llevado a cabo en relación a cuestiones que reflejen la complejidad del proceso, entre otras: cuáles fueron los elementos impulsores de estas experiencias, qué claves conlleva la identificación de problemas y la búsqueda de soluciones, qué elementos propician unos patrones de relación más favorables para la integración y de manera transversal, cuál es la perspectiva de los otros sectores.

1.3.5. La gobernanza urbana por la salud

La esfera local se ha identificado como un ámbito idóneo para contribuir al bienestar y a la salud de la población, así como para reducir las desigualdades sociales en salud, principalmente por su capacidad directa de actuación sobre los determinantes sociales de la salud (WHO, 2011). Su poder regulatorio y de establecimiento de liderazgos y de provisión de servicios y sus competencias sobre ámbitos como el empleo, la planificación urbana, la vivienda o el transporte lo sitúan en una posición privilegiada para incidir sobre las causas de la salud, así como las desigualdades sociales en salud (Lawless et al., 2017). Por otro lado, la proximidad con respecto al territorio facilita la aplicación de principios de la promoción de la salud, como el enfoque salutogénico, la actuación sobre los entornos en los que las personas desarrollan su vida cotidiana, y la puesta en marcha de la participación ciudadana y de espacios de co-producción con múltiples agentes locales (Rantala et al., 2014). Trasladar estas potencialidades a la práctica pasa ineludiblemente por aplicar los principios de la buena gobernanza por la salud, para lo cual también se ha señalado como elemento clave la interrelación con otras esferas de gobierno (metropolitano, regional, estatal, supraestatal) (WHO-CSDH, 2008).

1.3.5.1. La gobernanza urbana y las desigualdades sociales en salud

La mitad de la población mundial ha pasado a ser eminentemente urbana y esta proporción va en aumento. En el estado español, el 78% de las personas vive en ciudades de más de 10 mil habitantes (Borrell et al., 2012). Las ciudades han pasado a ser el entorno principal en que las personas viven, trabajan, se relacionan, juegan y se aportan cuidados. Desde la salud pública se han enfatizado la ventaja en cuanto a salud de vivir en la ciudad con respecto a vivir en el ámbito rural. Sin embargo, los promedios han escondido la realidad de las ciudades en cuanto a las enormes desigualdades que albergan, dando lugar a la coexistencia de diferentes mundos epidemiológicos (Rydin, et al., 2012). Así, encontramos que, en Europa, las diferencias en la esperanza de vida entre zonas de una misma ciudad pueden ser de hasta 8 años (UN-Habitat, 2010). La salud pública no ha sido ajena a este hecho y en los últimos tiempos ha enfocado buena parte de su atención a entender cómo puede mejorarse la salud y reducirse las desigualdades

sociales en salud a través de intervenciones en el ámbito local y a generar recomendaciones en este sentido (Rydin et al., 2012).

Ya contamos con aproximaciones teóricas que explican los factores y procesos determinantes de las desigualdades sociales en salud en el ámbito urbano europeo. El de Borrell et al. (2013) (Figura 1.3.3) da soporte al análisis de las políticas locales con el fin de reducir las desigualdades sociales en salud, así como para incorporar la visión de la equidad en salud en la agenda política de las ciudades europeas.

El marco sitúa en una posición predominante la gobernanza urbana, término que incorpora los principios de la buena gobernanza. En este sentido, una buena gobernanza urbana para la salud o aquella orientada a abordar las causas de las desigualdades urbanas en salud, conlleva la implementación de la acción intersectorial sobre el entorno físico y socioeconómico de las ciudades.

El entorno físico hace referencia tanto al medioambiente natural como a factores como el entorno construido, el cual comprende la planificación urbana (actuaciones sobre la infraestructura pública, aquellas normativas que determinan el uso del espacio y los equipamientos urbanos); la vivienda (políticas que determinan el acceso y las condiciones de la misma); la movilidad y el transporte; las características ambientales, como la polución o el ruido; la seguridad alimentaria y el acceso a alimentos saludables; y por último, la gestión de emergencias de distinta naturaleza.

Por su parte, el entorno socioeconómico hace referencia a aspectos, muchos de competencia estatal, pero en los cuales el gobierno local puede ejercer una gran influencia. Estos son factores económicos, condiciones de empleo y trabajo, entorno familiar y doméstico, servicios públicos y sistema de protección social, entre otros aspectos también asociados con las desigualdades sociales en salud, como la seguridad, las redes sociales y la participación comunitaria.

Una tercera dimensión, en relación con el entorno físico y socioeconómico son los espacios donde las personas hacen uso y conforman los entornos y donde tienen lugar las oportunidades para generar o perder salud. Estos espacios o entornos son las escuelas, los lugares de trabajo, los barrios, espacios de culto, de actividades comunitarias, de ocio y de recreo. Además de ello, en estos entornos es donde tiene lugar la segregación o separación de las personas por diferentes ejes de desigualdad (nivel socioeconómico, sexo, lugar de origen, edad, etc.). El entorno físico y socioeconómico juegan un papel importante en la generación y las características de esta segregación.

Figura 1.3.3. Determinantes de las desigualdades en salud en las ciudades de Europa



Fuente: Borrell et al.,2013

Algunas experiencias en el nivel local son ejemplos destacables del avance en la gobernanza urbana por el uso de herramientas políticamente innovadoras para mejorar la salud y el bienestar. Así, la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS² es un proyecto en el que, las ciudades participantes se inician en un proceso para mejorar la salud de sus habitantes en el cual: se lleva a cabo un compromiso político, un cambio institucional, la creación de capacidades, una planificación basada en partenariados y proyectos innovadores. La salud en este proyecto pasa a ser parte de la agenda social, económica y política en estas ciudades y, en definitiva, producto de un liderazgo adoptado por el gobierno, poniendo el énfasis en el abordaje de los determinantes sociales, económicos y ambientales, la reducción de las desigualdades sociales en salud, las necesidades de grupos vulnerables y en el desarrollo de una gobernanza participativa.

² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>

1.3.5.2. Los elementos facilitadores y las barreras para la gobernanza urbana para la salud

Sin embargo, a pesar de los avances, algunos estudios han mostrado que todavía queda camino que recorrer en el desarrollo de la acción intersectorial en salud en el ámbito local, donde todavía es frecuente la organización y la dinámica de trabajo en base a "silos" sectoriales. De esta manera, los objetivos, los presupuestos y los resultados son establecidos o evaluados separadamente, por sector, siguiendo esta estructura estanca (Rantala et al., 2014).

Cuando la acción intersectorial se da, ésta aborda principalmente determinantes sociales intermedios o proximales (Rantala et al., 2014). Una característica señalada es la falta de conocimiento acerca de los determinantes sociales de la salud, sobre todo relativo a los estructurales, en el seno de los gobiernos locales (Leewse et al., 2016). En este sentido, se ponen de manifiesto problemas relacionados con las diferencias en el lenguaje utilizado en torno a los determinantes sociales de la salud en el gobierno, por un lado, y por parte de salud pública, por otro (Leewse et al., 2016). En relación con esto, los trabajos apuntan a la brecha existente entre el ámbito de conocimiento científico y el ámbito político, en este caso, de la administración local, que reconoce no ver cumplidos sus requerimientos en cuanto a información adecuada para la toma de decisiones, señalando de manera concreta, análisis de efectividad y de coste-efectividad de las políticas (Morrison et al., 2014). Esta distancia entre ambos ámbitos, sumado a que en el Estado español la formación profesional sanitaria de muchos perfiles técnicos está basada en un modelo biomédico de la salud, pueden estar contribuyendo a que todavía la mayor parte de la acción intersectorial en salud que se lleva a cabo en el ámbito local se desarrolle sobre determinantes sociales de la salud intermedios y escasamente sobre aquellos de carácter más estructural (Morrison et al., 2014).

Por otra parte, el compromiso político con la reducción de las desigualdades sociales en salud a nivel local resulta un elemento fundamental para la puesta en marcha de la acción intersectorial en salud. En muchas ocasiones, si bien han existido la voluntad y las ideas en torno a iniciativas promotoras de salud a nivel técnico, estas no se han llegado a materializar si no se han acompañado de un apoyo a nivel político, si bien éste está fuertemente condicionado por diversos factores (Leewse et al., 2016). Aunque a priori los perfiles políticos pueden estar más sensibilizados con los aspectos más cercanos a las causas de las causas, la motivación para actuar sobre ellas debe estar por encima de los incentivos y objetivos cortoplacistas a los que están sometidos, delimitados por la duración de los ciclos políticos o bien de las asignaciones presupuestarias. De esta manera, la acción intersectorial es altamente dependiente de factores del contexto sociopolítico, como la coyuntura electoral o los ciclos económicos.

Aunque, como se desgrana en el estudio llevado a cabo en Barcelona, los perfiles políticos refieren la adopción de la reducción de las desigualdades en salud como un objetivo específico de su mandato, el contraste con la percepción de los perfiles técnicos, con mayor continuidad y estabilidad en su puesto de trabajo y con discursos menos políticamente correctos, reflejan que la realidad no es exactamente así (Morrison et al., 2014). De nuevo, la escasa conciencia acerca de la importancia de actuar en los sectores de gobierno situados "aguas arriba", así como la falta de un marco conceptual o un mandato general, se han señalado como posibles obstáculos para una apuesta política sólida (Morrison et al., 2014). Otras barreras mencionadas para la actuación sobre

las desigualdades sociales en salud fueron las relacionadas con la burocracia y con el sistema organizativo.

Además de la voluntad política y la sensibilización dirigida a todo el rango de actores -políticos y técnicos- en el gobierno local, Rantala et al. (2014) mostraron en su revisión otros elementos que han contribuido a la implementación de la AIS en el seno del gobierno local. Algunos de ellos son: la presencia de comités o consejos coordinadores de la actuación conjunta que representen a los sectores implicados; el uso de herramientas que den apoyo a los análisis y evaluaciones, como la evaluación de impacto en salud; presupuestos específicamente destinados a la AIS; la presencia de mandatos a nivel local o en otras esferas; el establecimiento de sistemas de información compartidos en el seno de los sectores y entre ellos, el desarrollo de la evaluación de los resultados obtenidos de los procesos de AIS.

Por último y no por ello es de menor importancia, la participación ciudadana se ha mostrado como un factor que puede potenciar el desarrollo de esta actuación conjunta en el gobierno. Por un lado, la demanda ciudadana puede motivar la puesta en marcha de iniciativas de AIS; y por otra parte, la inclusión de partenariados con agentes sociales o ciudadanía civil en la AIS mejora el potencial de sostenibilidad de la misma, en un contexto de rápidos cambios políticos (Rantala et al., 2014).

Morrison et al. (2014) destacaron que la percepción de los perfiles técnicos locales ponía de relevancia el peso de los partenariados con instituciones del tercer sector. Del mismo modo se destacaba la facilidad que aporta la proximidad para establecer estas actuaciones, así como cauces de comunicación con la sociedad civil y, con respecto a esto, la posición de ventaja para reducir las desigualdades sociales en salud. Sin embargo, los perfiles políticos situaban a las instituciones del tercer sector más como meros proveedores de servicios que como agentes clave vinculados a la toma de decisiones (Morrison et al., 2014).

1.3.6. La regeneración urbana, la salud y la Salud en Todas las Políticas

Desde la revisión Marmot (Marmot, 2010), que evidenció la relación entre la ordenación del territorio y la planificación urbana con la salud y las desigualdades en salud, cada vez es mayor el cuerpo de evidencia que relaciona la calidad de vida con el número y la calidad de intervenciones públicas sobre los barrios y las ciudades.

Las políticas de regeneración urbana, como se ha señalado en el capítulo anterior, consisten en una combinación de proyectos que, en los últimos años, han ampliado sus intervenciones sobre el entorno físico con un enfoque cada vez más orientado al entorno socioeconómico de las áreas, normalmente caracterizadas por la privación urbanística y socioeconómica (Mehdipanah et al., 2015). Con respecto a estas políticas de regeneración, se ha afirmado que se encuentran en una posición favorable para contribuir a mejorar la salud y reducir las desigualdades sociales en salud (Thomson, 2008).

Sin embargo, a pesar de la existencia de estudios que avalan mejoras en la salud de la población derivadas de este tipo de intervenciones (Mehdipanah et al., 2013, 2014), son poco conocidos los mecanismos que dan lugar a la consecución de impactos directos e indirectos sobre la salud. Hay que tener en cuenta que la ciudad es un sistema complejo, una interacción de vínculos sociales, espacios, tiempo e infraestructura (Bettencourt, 2013) que modula las formas en que la salud puede verse afectada a través de las intervenciones urbanísticas. De este modo, la política urbanística que da respuesta a esta complejidad no puede verse como un proceso lineal, liderado por una única autoridad local.

Los agujeros en el conocimiento de los mecanismos por los cuales las intervenciones impactan sobre la salud y las desigualdades en salud y la complejidad que caracteriza dichas intervenciones, brindan numerosos retos desde el punto de vista de la gobernanza para la salud y SeTP.

1.3.6.1. La relación entre la regeneración urbana y la salud: retos conceptuales y metodológicos

Una parte fundamental de la estrategia de la SeTP es la identificación o previsión de los impactos que la iniciativa analizada tendrá sobre la salud de la población y la equidad en salud. Con respecto a las políticas de regeneración urbana, la anticipación de los efectos es una tarea compleja, ya que, como se ha señalado, el conocimiento acerca de las relaciones que existen entre la regeneración urbana y la salud y las desigualdades sociales en salud es muy débil. Existe una gran variedad de factores que entran en juego en la planificación e implementación de los proyectos de regeneración, así como relativos al contexto y población del escenario donde se aplican. Además, existen interacciones, también variables, entre ellos que, con todo, hacen que sean intervenciones complejas y que conocer sus efectos en la población también lo sea (Kearns et al., 2009; Thomson et al., 2006). Esta razón contribuye en buena parte a que se disponga de una escasa fundamentación teórica que permita contrastar hipótesis y descifrar posibles mecanismos causales acerca de la consecución de los impactos; una segunda causa, es el hecho de que la temporalidad de los efectos en la salud de este tipo de intervenciones (a largo plazo) no se ajusten a los marcados límites temporales que caracterizan el ámbito político y presupuestario, dificultan el que esta evaluación se lleve a cabo; otro obstáculo para la generación de conocimiento sólido es lo limitado de los datos reportados en las evaluaciones de los impactos de las intervenciones -en términos de cantidad, calidad o naturaleza-; por último, las evaluaciones existentes se han basado fuertemente en comparaciones pre y post intervención, en base a datos cuantitativos relacionados con mortalidad, salud auto-percibida, situación laboral, educación, etc. Sin embargo, el uso de metodologías cualitativas sobre las percepciones generales de bienestar de las personas, que permitiría conocer algunos efectos a corto o medio plazo de las intervenciones, no es común (Thomson, 2008; Mehdipanah et al., 2013).

Por otro lado, se ha puesto en cuestión el papel de estas intervenciones en cuanto a su efectividad para reducir las desigualdades sociales en salud. Algunos argumentos que apuntan a este cuestionamiento son: que las intervenciones no actúan sobre las principales causas de estas

desigualdades, que trascienden el nivel de un área delimitada; no tienen en cuenta los impactos sobre el área de lo que sucede en otros niveles de toma de decisión a mayor escala (regional, nacional o global); la dificultad que implica para la evaluación el hecho de que la movilidad demográfica en estas áreas sea alta por las salidas de las personas que mejoran su posición socioeconómica y optan por trasladarse a otras zonas con mayor calidad de vida; el hecho de que esas zonas "intervenidas" no aglutinan en muchos casos a las personas más desfavorecidas; la contribución de este tipo de intervenciones a la estigmatización del área, por tratarse de zonas "intervenidas" (Thomson, 2008) e incluso a la exclusión social o gentrificación (Arbaci y Tapada-Bertelli, 2012). En definitiva, a pesar de que la regeneración urbana tiene en cuenta e incluso ha ampliado su enfoque hacia factores que desempeñan un papel importante en las desigualdades sociales en salud, se ha considerado que no ha tenido en cuenta de manera específica las consideraciones relacionadas con la salud y con la equidad en salud (Mehdipanah et al., 2015).

En este sentido, las investigaciones llevadas a cabo en el seno de la evaluación de los efectos sobre la salud y las desigualdades sociales en salud de la Ley de Barrios de Cataluña, han sido elaboradas en base a metodologías mixtas (Mehdipanah et al., 2013, 2014). Por una parte, han contribuido al cuerpo de conocimiento acerca de los impactos de intervenciones urbanas integrales y por otra, han mostrado la eficacia de este enfoque más amplio a la hora de generar conocimiento en este sentido. Una de las principales contribuciones ha sido un marco teórico que recoge los mecanismos por los cuales la intervención urbana impacta en la salud y en las desigualdades sociales en salud (Mehdipanah et al., 2015).

En el ámbito internacional destaca la experiencia de GoWell en Escocia en la que, desde un enfoque de metodologías mixtas, se trataron de evaluar los impactos de distintas intervenciones sobre un área a lo largo de una década, su naturaleza y extensión y los procesos que los provocaron, para informar futuras políticas (Egan et al., 2010).

Estos retos a nivel conceptual y metodológico se han señalado como un posible obstáculo para que la acción intersectorial entre el sector salud y el de urbanismo se lleve a cabo, por las dificultades que entraña para el primero a la hora de dirigir recomendaciones hacia las políticas urbanísticas o de hacer abogacía para incidir sobre las políticas de regeneración urbana (Mehdipanah et al., 2013).

1.3.6.2. La Salud en Todas las Políticas en el ámbito de las políticas urbanas

Desde la voluntad de implementar la SeTP en este ámbito, el sector salud ha de hacer frente a estas dificultades, que pasa por aceptar y trasladar a los otros sectores, especialmente aquellos responsables de este tipo de políticas o proyectos, la complejidad y la consecuente dificultad para anticipar los impactos de sus actuaciones. Partiendo de estas premisas, la Comisión Lancet de Ciudades Saludables (Rydin et al., 2012) recomendaba "nuevo enfoque para la planificación de la salud urbana": por un lado, la necesidad de buscar ventanas de oportunidad que den posibilidad

de experimentar y de generar aprendizaje; y por otro, la conveniencia de desarrollar las experiencias mediante de comunidades de práctica que incorporen al mayor número de agentes clave, incluyendo a actores sociales, y de puntos de vista con respecto a los efectos en la salud, así como a las posibles soluciones, poniendo sobre la mesa y dialogando acerca de los valores que argumentan la participación de cada uno.

En este sentido, en los últimos años se están impulsando iniciativas interesantes orientadas a avanzar en el entendimiento de los mecanismos por los cuales el entorno urbano incide en la salud y en la equidad en salud, así como a elaborar y utilizar herramientas con gran potencial para ayudar a avanzar en la acción intersectorial en salud. Proyectos a nivel europeo como la anteriormente nombrada Red de Ciudades Saludables, Ineq-Cities³ o Heart Healthy Hoods⁴, han permitido y siguen contribuyendo a ahondar en este conocimiento. Por su parte, en el ámbito nacional, se han desarrollado herramientas que pueden ser de gran utilidad para apoyar la toma de decisiones desde una perspectiva de mejora de la salud y la equidad en salud. Algunos ejemplos son el sistema InfoBarris⁵, desarrollado por la Agència de Salut Pública de Barcelona o el Observatorio de Salud en Asturias⁶, que incorporan indicadores del contexto físico y socioeconómico, así como de salud a nivel municipal. Por su parte, en el marco de la agenda local 21 en el País Vasco, la red de municipios adheridos elaboró una guía para el análisis del efecto en la salud de iniciativas urbanas locales, dirigida a las personas implicadas en la planificación urbana (Udalsarea, 2014). Por su parte, a nivel estatal, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (2015) impulsó una Guía de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud para implementar la Estrategia en el ámbito local. La guía tiene como objetivo establecer un marco de trabajo común para la implementación local de la estrategia, facilitar que se haga de manera universal en los municipios y proponer recomendaciones y herramientas concretas para ello.

Como se ha señalado, las herramientas, vinculantes o no, que trasladen la perspectiva de la salud y la equidad en salud a políticas como las urbanísticas, ofrecen una oportunidad para el avance de la acción intersectorial en salud en este ámbito. Sin embargo, no hay que olvidar que la acción intersectorial en salud, principal vía para el desarrollo de la SeTP, no se entiende si no es de la mano del enfoque del conjunto de gobierno. Adicionalmente, perdería su razón de ser si se desarrolla de manera deslavazada con respecto a los valores de la buena gobernanza para la salud y, en definitiva, de aquellos que promulga la SeTP: la equidad, la transparencia, la rendición de cuentas o la participación.

En esta línea van las recomendaciones que se desgranaban de la Comisión Lancet de Ciudades Saludables (Rydin et al., 2012) y que se orientaban a establecer una alianza para la salud fruto de la colaboración del gobierno local y de agentes clave; a atender a las desigualdades en salud en el seno de las áreas urbanas en las que se desarrolla las actuaciones e incluir personas

³ <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/>

⁴ <https://hhhproject.eu/>

⁵ <http://www.aspb.cat/docs/infobarris/>

⁶ <http://www.obsaludasturias.com/obsa/>

representantes de los diferentes grupos socioeconómicos en los procesos de planificación; a orientar la actuación a las ganancias en salud a través de las modificaciones del entorno urbano; a obtener los beneficios del aprendizaje generado a partir de la experiencia de trabajo conjunto de técnicos/as y de agentes sociales, así como a contribuir al cuerpo de conocimiento local, nacional o global.

1.4. LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD Y SU EFECTIVIDAD

La acción intersectorial en salud, principal acción catalizadora de la estrategia de la SeTP, requiere de estructuras y enfoques que faciliten su puesta en marcha y desarrollo. Existen, como hemos visto en el capítulo anterior, distintas herramientas que canalizan esta actuación conjunta. La Evaluación de Impacto en Salud (EIS) es la herramienta más ampliamente utilizada a nivel internacional y se ha reconocido útil para avanzar en la elaboración de políticas públicas saludables, porque ofrece un mecanismo transparente, estructurado pero flexible, que introduce de manera explícita la perspectiva de los impactos en la salud y en la equidad en salud de todas las políticas, programas y proyectos. En él involucra a un amplio abanico de agentes clave e incluye, como agente primordial, la participación ciudadana.

1.4.1. La EIS: definición, principios y aplicación de la herramienta

La EIS se nutre conceptualmente de las herramientas de la evaluación de impacto ambiental (EIA) y social. La EIA es un proceso sistemático que tiene el fin de "identificar, predecir evaluar y mitigar los impactos biofísicos, sociales y otros efectos relevantes de los proyectos en desarrollo previamente a la toma de las principales decisiones y acuerdos sobre ellos". Es, por tanto, una herramienta de apoyo a la toma de decisiones que pretende garantizar las consideraciones ambientales en ella, con el fin de preservar el buen estado y la capacidad de los sistemas naturales y de los procesos ecológicos (IAIA, 1999). Se trata de un procedimiento ampliamente difundido y cuya regulación, iniciada en Estados Unidos en 1970, se fue extendiendo progresivamente a nivel internacional en las siguientes tres décadas (García-Leyton, 2004).

La EIS fue concebida inicialmente, en los años 1990, como una extensión dentro del desarrollo de la EIA, en cuanto a incorporar la mirada de la salud. La OMS, entre otras instituciones, impulsó su adopción como elemento para el análisis de políticas, motivadas por el interés y la preocupación por abordar las desigualdades sociales en salud mediante la creación de políticas públicas saludables (Parry y Kemm, 2004). Este enfoque, sus bases conceptuales y metodológicas, y los principios que le subyacen, fueron recogidos en el documento del Consenso de Gotenburgo (OMS,

1999). A este documento le han seguido un amplio número de guías para la orientación de la aplicación de la EIS. En ellas se explicitan las características básicas de la EIS, como la propia definición de la EIS, de la salud y los elementos que la determinan, y de los valores que sustentan el proceso; el tipo y el nivel o profundidad de la misma; y se describen las fases que componen el proceso sistemático de la EIS. A continuación, haremos un repaso de todos estos elementos, en base al documento del Consenso de Gotenburgo y a aquellos elementos más comúnmente abordados en las guías de EIS, utilizando una de las revisiones existentes de guías publicadas (Hebert et al., 2012), seleccionada por ser la más reciente y que mayor número de guías revisó (Fakhri et al., 2014).

1.4.1.1. La definición de la EIS y el enfoque de la salud adoptado

A la hora de hablar de la definición de la EIS, la principal referencia clave la encontramos en el documento del Consenso de Gotenburgo, en el cual se recoge la definición más ampliamente difundida en la comunidad EIS internacional:

“la combinación de procedimientos, métodos y herramientas por las cuales una política, programa o proyecto es juzgado en función de sus potenciales efectos en la salud de la población y en cómo estos se distribuyen” (OMS, 1999)

La mayor parte de las guías publicadas revisadas, o bien hacen referencia explícita a esta definición, o bien se derivan de ella. Posteriormente, nuevas definiciones como la de Lock (2000) o la de Elliot et al. (2010) una década más tarde, ponen en evidencia el papel de la EIS como herramienta de trabajo entre sectores y basada en la participación, en la que el diálogo y la negociación, son elementos clave:

“Un método estructurado para evaluar y mejorar las consecuencias sobre la salud de proyectos y políticas de sectores distintos del de salud. Es un proceso multidisciplinar que combina evidencia cualitativa y cuantitativa en un marco de toma de decisiones” (Lock, 2000)

“... un proceso a través del cual la evidencia (de diferentes tipos), los intereses, los valores y los significados son puestos en diálogo entre diferentes agentes clave (políticos/as, profesionales y ciudadanía) para, de manera imaginativa, entender y anticipar los efectos sobre la salud y las desigualdades en salud en una población” (Elliot et al., 2010)

1.4.1.2. Principios, tipologías y fases sistemáticas de la EIS

1.4.1.2.1. Los valores de la EIS

La EIS conlleva de manera intrínseca una serie de valores, exhaustivamente recogidos en el Consenso de Gotenburgo. La herramienta hace explícitos estos valores, sobre los que trata de orientar su desarrollo. Estos son:

- la democracia, entendida como el derecho de las personas a participar activamente en un proceso transparente para la formulación, ejecución y evaluación de las políticas que afectan a su vida
- la apertura del proceso, otorgándole un carácter participativo en cuanto a la involucración de agentes clave de diferentes sectores, instituciones y organizaciones
- la transparencia en el desarrollo del proceso
- la equidad, interesándose por la distribución de los impactos según ejes de desigualdad, como clase social, género, edad o etnia, entre otros, con el fin de reducir las desigualdades sociales en salud
- el desarrollo sostenible, haciendo hincapié en los impactos a corto y largo plazo, directos e indirectos, bajo el presupuesto de que el bienestar de hoy no ha de comprometer el de generaciones futuras
- la ética y el rigor en el uso de la evidencia y de las metodologías, contemplando la utilización indicadores cuantitativos y cualitativos, con base en las diferentes disciplinas científicas y metodologías para obtener una visión lo más completa posible de los posibles impactos en la salud y su distribución social

1.4.1.2.2. Tipo y profundidad de la EIS

Se contemplan tres tipos de EIS, atendiendo al momento en que se realiza con respecto a la propuesta que analiza: 1) prospectiva, que se desarrolla en el momento inicial del diseño del proyecto, plan, programa o política, antes de la toma de decisiones o del final de la misma; 2) concurrente, que tiene lugar de manera paralela a la planificación de la iniciativa; y 3) retrospectiva, la cual valora los efectos de una iniciativa que ya existe y puede ser utilizada como herramienta de evaluación de la misma (Scott-Samuel, 2001).

En cuanto al nivel de la EIS (PAHO, 2013), puede tratarse de: 1) una EIS "de despacho", llevada a cabo en un periodo de horas y puede conllevar el desarrollo de un pequeño grupo de personas participantes que utilizan el conocimiento y la evidencia ya existente para evaluar una iniciativa dada; 2) una EIS rápida, tiene lugar en días o semanas y conlleva una breve investigación acerca de los impactos de la iniciativa analizada. Para ello, se elabora una breve revisión de la literatura cuantitativa y cualitativa, así como la recopilación de conocimiento y evidencia procedente de agentes clave locales. También suele conformarse un comité director reducido; 3) por último, una EIS comprehensiva o en profundidad se desarrolla a lo largo de meses y puede requerir recursos económicos ad hoc. Normalmente, este tipo de EIS se centran sobre iniciativas de carácter

complejo, con lo que se requieren revisiones de la literatura extensas y la recopilación de datos primarios.

Es posible, sin embargo, que una EIS contenga elementos de distintas tipologías, ya que su diseño no está condicionado únicamente por la naturaleza de la propuesta, sino también por los recursos disponibles (económicos, humanos, temporales), así como por el propósito de la EIS.

1.4.1.2.3. Las fases de la EIS

Las Guías Merseyside para la EIS (Scott-Samuel, 2001) se elaboraron para la primera Conferencia de EIS de Reino Unido celebrada en Liverpool. Fueron las primeras que recogían los elementos básicos para llevar a cabo una EIS, sus procedimientos y sus métodos. A pesar de que, en cuanto a forma, la EIS se presenta como un proceso estructurado en base a una sucesión de etapas, este posee un carácter flexible en cuanto al orden e iterativo.

A continuación, se describen las diferentes fases según se recogen en las Guías Merseyside, señalando además las principales aportaciones de guías posteriores, en base a la revisión de guías de EIS elaborada por Hebert et al. (2012).

- La fase de cribado: es la fase que da impulso al desarrollo del proceso. Consiste en, con el conocimiento y evidencia existentes, realizar una primera identificación de las relaciones existentes entre la iniciativa que se plantea abordar y la salud, a través de sus determinantes sociales. Asimismo, se trata de considerar si la iniciativa impactará de manera diferencial en la salud y el bienestar de grupos de población específicos. En el caso de identificarse impactos potencialmente negativos o para los que no hay suficiente información o conocimiento, se optaría por poner en marcha la evaluación. En un escenario en el que existen múltiples iniciativas, la fase de cribado consistiría en un proceso de selección de aquella o aquellas susceptibles de ser objeto de una EIS, por sus potenciales impactos sobre la salud o sobre las desigualdades sociales en salud. Otro criterio para iniciar o no la EIS puede ser su potencial para aportar valor añadido al proceso de toma de decisiones.

Se caracteriza por ser una fase rápida, en la que la inclusión de herramientas o checklists (Tearle, 2003), puede ser de utilidad para sistematizar la identificación de impactos sobre los DSS, así como potenciales grupos vulnerables.

- En la fase de diseño, se establecen los términos de referencia, los roles y responsabilidades en la EIS, así como un plan consensuado entre las personas implicadas conforme a su desarrollo. Para ello, se han de consensuar los siguientes puntos: 1) los plazos temporales de la propuesta y los tiempos favorables para poder incidir mediante la EIS en ella; 2) los recursos disponibles y el enfoque que ofrezca el mejor uso de los mismos; 3) el nivel de profundidad en que se desarrollará la evaluación, en función de los recursos disponibles, el carácter de la propuesta, el propósito de la EIS, etc., así como los límites geográficos y poblacionales a los que se acotará la evaluación y el rango de impactos que se abordarán en ella; 5) la conformación de un grupo

director de la EIS, como elemento clave para compartir el liderazgo, las responsabilidades y el desarrollo de las tareas de la EIS, así como diferentes tipos de conocimiento (sobre el ámbito de la propuesta; metodología para el desarrollo de la EIS; habilidades relacionales de liderazgo o coordinación de grupos, etc.). La inclusión de personas con responsabilidad o implicadas en la toma de decisiones es un factor clave para el entendimiento del proceso y de lo que en él se concluya, así como para la consideración de la toma de decisiones. Asimismo, la inclusión de personas de la comunidad en este grupo es un elemento deseable, especialmente en EIS de propuestas con potenciales efectos diferenciales en la población o impactos desconocidos; y por último, 6) la metodología adecuada a los recursos existentes, la naturaleza de la propuesta y el tipo de evidencia o conocimiento necesarios para predecir los impactos.

- En la fase de evaluación se lleva a cabo la valoración propiamente dicha de los impactos. Para ello, en primer lugar, se han de elaborar los perfiles de la población, recogiendo información sociodemográfica y de salud desde un punto de vista "amplio", es decir, considerando tanto indicadores que den cuenta del estado de las comunidades en cuanto a sus determinantes sociales de la salud, además de utilizar indicadores relacionados con el estado de salud y de bienestar. Esta información debería proveerse convenientemente para los diferentes grupos de población, especialmente aquellos que se han identificado como grupos vulnerables con respecto a los impactos. En segundo lugar, para llevar a cabo la identificación de los impactos, se recopila información de diferentes fuentes (literatura científica, bases de datos diversas, población afectada) y de diferentes tipos (cualitativa y cuantitativa), de tal manera que aquella procedente de la literatura pueda ser adaptada o aplicada al contexto en el que la EIS se desarrolla. En este sentido, la participación de la comunidad (mediante talleres, grupos de discusión, grupos focales o entrevistas) resulta un elemento de gran valor, porque aporta entendimiento acerca de los factores que afectan a la salud, acerca del contexto y acerca de la manera en que las personas perciben que la propuesta puede impactar sobre su salud. Para esta etapa, las guías ofrecen distintos modelos de matrices que permiten plasmar la diversidad de información generada y organizarla, de tal manera que se facilita la priorización de impactos en términos de salud y de desigualdades en salud, en base a su relevancia, factibilidad o magnitud, entre otros criterios (Worcestershire County Council, 2016; NHS London Healthy Urban Development Unit, 2013).

La emisión de recomendaciones comprende la elaboración de estas a partir de la evidencia y conocimiento generados y la presentación de estas a la audiencia correspondiente. Las recomendaciones deberían ir orientadas a maximizar los impactos positivos previstos en la salud y el bienestar y a minimizar los impactos negativos. Asimismo, deberían realizar aportaciones ante cualquier déficit o dimensión no cubierta por la propuesta, así como a reorientarla en el caso de que se identificaran incrementos potenciales en las desigualdades sociales en salud. Según las guías, las recomendaciones deberían caracterizarse por su naturaleza práctica, su factibilidad, el consenso o aceptabilidad por parte de las personas tomadoras de decisiones y su base en la evidencia. Por otra parte, la presentación de las recomendaciones y la forma en que se haga son factores clave para su comprensión y aceptabilidad. Plasmar, asimismo, las vivencias del proceso (en torno a sus hitos, fortalezas,

dificultades, aprendizajes) y la información transparente de su desarrollo, metodologías y resultados es parte de esta transferencia de conocimiento.

- La fase de monitorización y evaluación es la última fase de la EIS. Las guías, tradicionalmente, la han abordado desde la importancia de evaluar el proceso de la EIS y cómo este ha influido en la consideración de las recomendaciones, su aplicación y en los resultados en salud. También lo señalan como un conocimiento esencial para avanzar en el campo científico de la EIS. Para ello, muchas ofrecen listados para contrastar el desarrollo del proceso y los impactos alcanzados.

Sin embargo, como más adelante se abordará, el enfoque de la evaluación se ha ampliado en los últimos años, argumentando que los indicadores de efectividad de las EIS (los resultados en salud) son difícilmente abordables y atribuibles a esta y, por otra parte, que hay otras dimensiones, como el contexto de la EIS, que también juegan un papel importante en los impactos que se desgranar.

1.4.2. La aplicación de la EIS: sus diferentes enfoques y tipologías

Si bien es importante conocer el modelo de desarrollo presentado en el punto anterior, hay que tener en cuenta que la aplicación de la EIS a nivel internacional se caracteriza por una enorme diversidad que se ilustra con la amplia variedad de guías publicadas. Las revisiones que se han llevado a cabo de las mismas nos dan una idea de las diferentes maneras de conceptualizar la EIS y sus principios y de desarrollarla, en los distintos contextos (Fakhri et al., 2014).

La EIS ha englobado diferentes formas de implementación que, bajo el paraguas o la terminología de la EIS, poseen diferentes focos de interés o de preocupación, bajo los que subyace la conceptualización de la salud adoptada. La categorización realizada en este sentido por Harris-Roxas y Harris (2011) puede ser útil para mostrar esta variedad. Según este autor y esta autora, la EIS ha tenido tres focos principales de interés, provenientes de tres orígenes distintos: la salud ambiental; la visión social de la salud; y la equidad en salud.

Con respecto al enfoque de la salud ambiental, este parte de una conceptualización de la salud determinada por los factores individuales y ambientales. Los esfuerzos de la práctica de la EIS desde esta perspectiva han ido orientados a integrar la salud como un componente más dentro de la EIA. El enfoque que contempla la salud desde una visión social considera la EIS como una herramienta que traslada dicha visión de la salud y la equidad en salud a la toma de decisiones y utiliza metodologías mixtas (Harris-Roxas y Harris, 2011). Por su parte, el enfoque preocupado en abordar la distribución social de los impactos también contempla la EIS como un mecanismo potencialmente útil para abordar los impactos de las políticas públicas sobre las desigualdades sociales en salud.

A modo de recoger la diversidad existente en la práctica de la EIS, Harris-Roxas y Harris establecieron una clasificación de las tipologías de la EIS, diferenciándolas en función de su principal enfoque de interés y propósito, el rol de los valores en el proceso y el tipo de aprendizaje que tiene lugar a través del mismo (Tabla 1.4.1).

En cuanto al tipo de aprendizaje, esta clasificación se inspiró en la adoptada por Glasbergen (1999) y que diferenciaba tres tipos:

- Conceptual: este tipo de aprendizaje engloba la redefinición del problema, de los objetivos y de las estrategias
- Técnico: implica la búsqueda de soluciones técnicas para objetivos determinados
- Social: es todo aquel relacionado con el establecimiento del diálogo y la creciente interacción entre los agentes claves involucrados en el proceso

Tabla 1.4.1. Tipología de la EIS

	Tipologías			
	Mandato	Soporte para la toma de decisiones	Abogacía	Liderada por la comunidad
Definición	Tiene lugar integrada en una EIA en otra forma de evaluación de impacto	Conducida voluntariamente por o en base a acuerdo con la organización responsable de la propuesta	Conducida por agentes ajenos a la propuesta o a la toma de decisiones	Conducida por la comunidad potencialmente afectada por una propuesta o asunto que le preocupa
Propósito	-Cumplir con un requerimiento legal -Minimizar impactos negativos en salud	-Mejorar la toma de decisiones y la implementación -Maximizar impactos positivos en salud -Minimizar impactos negativos en salud	-Garantizar que asuntos que preocupan en relación con la salud son considerados en la toma de decisiones y en la implementación -Maximizar impactos positivos en salud -Minimizar impactos negativos en salud	-Garantizar que asuntos que preocupan a la comunidad en relación con la salud son identificados y considerados -Facilitar una mayor participación de la comunidad en las decisiones que le afectan -Maximizar impactos positivos en salud -Minimizar impactos negativos en salud
Origen	Salud ambiental	-Salud ambiental -Visión social de la salud -Equidad en salud	-Visión social de la salud -Equidad en salud	-Visión social de la salud -Equidad en salud
Rol de los valores	Apenas existe el rol de los valores en la evaluación ni se reconoce el juicio	Los valores y juicios están implícitos	Los valores y juicios son más explícitos	Conducida por los juicios y valores de la comunidad
Tipo de aprendizaje	Técnico	Técnico/Conceptual	Conceptual/Social	Social

Fuente: Harris-Roxas y Harris, 2011

1.4.3. La evaluación de la efectividad de la EIS: evolución de su definición y de sus retos ante la complejidad

En los últimos años, la ha reaccionado ante la necesidad de demostrar su efectividad, en un contexto de restricción presupuestaria y de priorización de aquellas herramientas más costo-efectivas para la toma de decisiones. Esto ha supuesto una llamada de atención sobre la evaluación de las EIS, una tarea que ha estado habitualmente desatendida por causas relacionadas con la falta de recursos económicos, de conocimiento o de herramientas para desarrollarla correctamente (Quigley y Taylor, 2004). Hasta mediados de la década pasada solamente se habían completado de manera formal algunas evaluaciones de la EIS enfocadas en los impactos que estas habían tenido en la toma de decisiones y en la implementación de las recomendaciones emitidas (Harris-Roxas y Harris, 2013). Sin embargo, en los últimos años ha tenido lugar, en la comunidad científica de la EIS, un incremento considerable de contribuciones en este sentido.

De la evolución de dicha actividad se han puesto de manifiesto algunas cuestiones importantes: 1) que la EIS posee un amplio rango de impactos que van más allá de aquellos que tradicionalmente se han considerado definitorios de una EIS efectiva y que, por tanto, han recibido mayor atención; y 2) que existen múltiples factores que condicionan este rango de impactos, constituyendo éste un cuerpo de conocimiento que está por alimentar (Krieger et al., 2010). Por esta demanda y especialmente, por el propio beneficio de la EIS, se hace necesario completar el cuerpo de conocimiento en este sentido, así como generar marcos conceptuales y herramientas robustas para su evaluación, que permitan optimizar la calidad de las nuevas EIS que se desarrollen.

1.4.3.1. ¿Qué se entiende por una EIS efectiva?

La evaluación de la efectividad de la EIS ha evolucionado en los últimos diez años a la par que lo ha hecho la conceptualización de lo que es una EIS efectiva. En la literatura encontramos de manera frecuente el concepto definitorio de "éxito", obtenido al alcanzar la EIS un resultado deseado. Davenport (2006) definió una EIS de éxito como aquella que logra que "sus resultados sean tenidos en cuenta por los agentes decisores para diseñar e implementar una política, programa o proyecto". Bourcier et al. (2015), por su parte, defendían que el éxito debía ser definido "tanto por sus impactos sobre las decisiones como sobre los ámbitos en los cuales se toman las decisiones". Haigh et al. (2015) definieron la efectividad de la EIS como "el grado en que esta es exitosa en provocar el cambio deseado en la toma de decisiones y en la implementación". En un reporte no publicado, recogido por Dannenberg (2016), se define como "educar a los agentes decisores acerca de las consecuencias sobre la salud de una política, influenciando el diseño de un proyecto, creando nuevas colaboraciones entre la salud y otras agencias y facilitando la participación de la comunidad".

A esta variedad sobre cómo se concibe la efectividad de la EIS, subyace el entendimiento acerca de lo que constituye un "éxito" o un "resultado deseado" (Harris et al., 2014) y, por tanto, va intrínsecamente ligado al propósito y los objetivos que se planteen para la EIS (Harris-Roxas, 2014).

Las primeras evaluaciones de la EIS concebían este "éxito" de la EIS como la capacidad de ésta de lograr mejoras en los resultados en salud a largo plazo o en su capacidad de predecir los impactos sobre ella. Quigley y Taylor (2004) recogían las principales dificultades que conllevaba conocer la predictibilidad de la EIS o los impactos en salud a largo plazo atribuibles a esta, como el carácter complejo y multifactorial de las conexiones entre la toma de decisiones y los resultados en la salud; el carácter temporal de la ocurrencia de los impactos; o la necesidad de datos para monitorizar las modificaciones en los resultados en salud. Wismar et al. (2007) añadían los retos para esta monitorización que suponen los cambios en la composición de la población afectada por las intervenciones y la dificultad que conlleva el control y el ajuste por factores confusores (Wismar et al., 2007).

En base a estas dificultades, el enfoque de la evaluación se reorientó hacia el proceso de la EIS y hacia los impactos sobre la salud de naturaleza más proximal. En esta línea, Elliot y Francis (2005) introdujeron el concepto de los "impactos indirectos", instando a utilizar indicadores que diesen cuenta del "valor" de la EIS a la hora de aportar beneficios a las personas implicadas en ella. Estos estaban relacionados con la adquisición de conocimiento, de herramientas y habilidades o del fortalecimiento del diálogo entre agentes de distintos ámbitos de políticas o sectores y entre la esfera institucional y la comunidad.

Poco a poco, fue rebajándose esta visión de la EIS como herramienta que poseía, como última razón de ser, el papel de modificar la toma de decisiones. Wismar et al. (2007), en uno de los análisis más significativos de la efectividad de la EIS, situó el propósito de esta en orientar la toma de decisiones, más que determinarla, partiendo de la premisa de que las razones políticas en las que se basa la toma de decisiones no son sustituibles por el criterio científico. Señalaba que, a pesar de la disponibilidad de la información acerca de las consecuencias para la salud de ciertas decisiones, no siempre existe cabida a la negociación de los objetivos por parte de los distintos sectores, porque en ocasiones los objetivos ajenos a salud son considerados de igual o mayor importancia (Wismar et al., 2007). Por su parte, Harris-Roxas y Harris (2013), asumían que enfocar el entendimiento del propósito de la EIS a la modificación de la toma de decisiones puede limitar su reconocimiento como medio para proveer de nueva información válida para la toma de decisiones en los diferentes contextos, así como para sensibilizar acerca de la relación existente entre las intervenciones de otros sectores y la salud. En otras palabras, se estaría pasando por alto el potencial de la EIS a la hora de poner sobre la mesa los valores que promulga, así como la visión social de la salud.

En resumen, no existe hoy día un consenso en cuanto a lo que se entiende por una EIS efectiva. Sin embargo, es una realidad que el concepto ha ampliado su enfoque y ha pasado a integrar nuevas dimensiones, que van más allá de los resultados en salud e incluso de los cambios sobre la toma de decisiones. Estas dimensiones incluyen las vivencias del proceso y su potencial de situar

a las personas implicadas en él en un punto diferente con respecto al que estaban antes de la EIS. De tal manera, se han integrado, como parte de los resultados de efectividad, aquellos impactos relacionados con el proceso y con los valores que lo determinan.

1.4.4. Los marcos conceptuales para evaluar la efectividad de la EIS y su evolución

Como se ha comentado al hablar del desarrollo empírico de la EIS, en los últimos años va incrementándose en la práctica la presencia o la consideración de factores relativos al contexto de la toma de decisiones en el que la EIS opera. Este fenómeno se está plasmando también en el cuerpo teórico de la herramienta, como respuesta a las demandas dirigidas a ampliar el enfoque de la herramienta. Al mismo tiempo que no existe un criterio común para definir la efectividad de la EIS, tampoco existe una única manera de evaluarla. Hasta la fecha, se han elaborado, publicado y testado varios marcos que proponen distintas categorías para analizar la efectividad de la EIS. A continuación, haremos un repaso de los más influyentes:

1.4.4.1. La perspectiva "reducida" de la efectividad: Los marcos conceptuales de Parry y Kemm y de Wismar

Parry y Kemm (2005) elaboraron un marco conceptual para la evaluación en base a los resultados de un encuentro de personas expertas en EIS con el objetivo de definir la mínima información que debían contener los documentos de EIS para poder ser evaluados adecuadamente. En base a las propuestas de Gotenburgo (1999), establecieron los propósitos que toda EIS debía contemplar: incrementar el conocimiento acerca de los potenciales impactos de una política o programa, informar a los agentes decisores y a la población afectada y facilitar la modificación de la propuesta para minimizar los efectos negativos y maximizar los positivos. A partir de estos objetivos, establecieron tres dimensiones de la EIS susceptibles de ser evaluadas: la predicción, la participación de los agentes clave y la información de la toma de decisiones. Para cada una de ellas, además, propusieron criterios que informaban del proceso y de los resultados.

También fue remarcable, por su amplia utilización posterior, el marco propuesto por Wismar et al. (2007) (Figura 1.4.2), creado a partir de una revisión de EIS llevadas a cabo en 19 países, con el objetivo de evaluar su efectividad y aquellos elementos que contribuyeron a ella. La efectividad aquí era entendida como la capacidad de la EIS de influenciar el proceso de toma de decisiones y de ser tenida en cuenta de manera adecuada por los agentes decisores. Este marco establecía cuatro tipos de efectividad, en función de dos variables: primero, si las cuestiones relacionadas con la salud y la equidad en salud habían sido tenidas en cuenta en la toma de decisiones; y segundo, si habían contribuido a modificar la toma de decisiones.

El primer tipo de efectividad, la "efectividad directa", se refería a los casos en los que la EIS contribuyó a modificar la toma de decisiones; el segundo tipo, la "efectividad general", comprendía los casos donde los resultados de la EIS habían sido tenidos en cuenta de manera adecuada por las y los agentes decisores pero no se reflejaron en la modificación de la toma de decisiones. En los casos en los que la EIS obtuvo efectividad general en la revisión, se observó una mejora en el entendimiento y la conciencia con respecto a los determinantes sociales de la salud y su relación con la salud. Además, se percibió un efecto duradero en este sentido que podría incidir en la futura toma de decisiones; el tercer tipo de efectividad descrita por Wismar et al., es la "oportunistista", en la que, en apariencia, la EIS ha tenido un efecto sobre la toma de decisiones, pero en realidad, el hecho que motivó su desarrollo fue sumar apoyo para una opción política preferente; por último, la cuarta clasificación engloba a los casos que no se corresponden con ninguno de los tres tipos restantes.

El marco proponía tres dimensiones de efectividad: 1) aquella basada en los resultados en salud o el potencial de la EIS a la hora de evitar los efectos negativos y maximizar los positivos; 2) basada en la equidad en salud o la capacidad de abordar la distribución de los impactos en salud; y 3) la capacidad de influir con recomendaciones basadas en la participación de la comunidad.

Figura 1.4.2. Marco conceptual de las dimensiones de la efectividad

		Modificación de las decisiones	
		Sí	No
La salud es debidamente reconocida	Sí	<p><i>Efectividad directa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Se producen cambios en la decisión relacionados con la EIS -El proyecto es denegado debido a la EIS -La decisión es pospuesta 	<p><i>Efectividad general</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Se proveen razones para no seguir las recomendaciones de la EIS -Los impactos en salud son desdeñables o positivos -La EIS ha contribuido a la sensibilización de las personas decisoras
	No	<p><i>Efectividad oportunista</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -La decisión hubiera sido tomada en ausencia de la EIS 	<p><i>Ausencia de efectividad</i></p> <p>La EIS no es tenida en cuenta o es desestimada</p>

Fuente: Wismar et al., 2007

Ambos marcos han sido ampliamente utilizados, si bien el de Wismar et al. ha guiado algunas de las evaluaciones más relevantes de EIS desarrolladas en EEUU (Rodhus et al., 2013; Bourcier et al., 2015) en Europa (Blau et al., 2007) y en Australia y Nueva Zelanda (Haigh et al., 2013), permitiendo analizar y contrastar los distintos tipos de efectividad. Su aplicación ha contribuido también a

señalar algunas limitaciones conceptuales de los mismos. El de Parry ha sido criticado por su capacidad limitada para determinar la efectividad asociada a predecir adecuadamente los impactos o la dificultad de identificar impactos indirectos utilizando las dimensiones propuestas (Mathias y Harris-Roxas, 2009; Harris-Roxas y Harris, 2013). Por su parte, el de Wismar et al. ha sido criticado por su enfoque vertical y burocrático, por la dificultad que conlleva asignar los efectos de la EIS a únicamente una categoría y la posibilidad de que dichas asignaciones varíen según el momento en que se realice la evaluación (Harris-Roxas y Harris, 2013).

A pesar de las limitaciones, la contribución de estos dos marcos fue notoria, en especial en cuanto al avance que supusieron hacia una visión más comprehensiva de los impactos que constituyen la efectividad de la EIS, yendo más allá de considerar el efecto directamente atribuible de la EIS sobre las modificaciones en la toma de decisiones y en el diseño de las intervenciones.

1.4.4.2. La perspectiva "amplia" de la efectividad y sus determinantes: los marcos conceptuales de Harris-Roxas y Harris y de Haigh et al

De la misma manera que resulta interesante conceptualizar la efectividad de la EIS de manera amplia, también lo es el considerar el rango de elementos que determinan dicha efectividad, así como su grado de relevancia a la hora de contribuir a la misma (Harris-Roxas y Harris, 2013). Bajo esta premisa, en 2013 Harris-Roxas y Harris elaboraron un marco conceptual para evaluar el impacto y la efectividad de la EIS (Figura 1.4.3), que vino a proveer de una batería de factores con capacidad de incidir en la efectividad de la EIS -en adelante, determinantes de la efectividad-. Este marco fue fruto de un proceso consistente en una revisión de la literatura, de EIS publicadas y de un proyecto local de creación de capacidades en EIS en Nueva Gales del Sur (Australia), a partir del cual extrajeron los factores que constituían una EIS efectiva o que contribuían a dicha efectividad. Posteriormente, en base al marco para la evaluación de programas de Donabedian (1988), agruparon los factores encontrados en tres dimensiones, atendiendo al contexto, al proceso y a los impactos de la EIS. Sus principales aportaciones con respecto a los marcos anteriores tienen dos direcciones:

- a) por un lado, extiende la atención a los impactos indirectos, que ya nombraban Quigley y Elliot (2004), principalmente relacionados con el aprendizaje generado, el establecimiento de nuevas relaciones y colaboraciones con otros sectores o al fortalecimiento de las existentes de forma previa a la experiencia. De esta manera, el marco amplía también el entendimiento acerca de los factores que hacen que una EIS redunde en una mayor o menor efectividad
- b) por otro lado, ante la imposibilidad de analizar los impactos de la EIS de manera independiente al contexto en el que la EIS tiene lugar y al proceso desarrollado, el marco añade estas dimensiones como objeto de análisis para la evaluación.
Así, la EIS es considerada desde este enfoque como una herramienta de apoyo para la toma de decisiones puntual, más que como un procedimiento rutinario. Por ello es importante tener

en cuenta los diferentes contextos y maneras de desarrollarse el proceso. No en todas las EIS entrarán en juego todos los factores que propone el marco, ni es necesario que así sea. El marco pretende únicamente mostrar el amplio rango de elementos que pueden determinar el que la EIS sea efectiva o no, dependiendo de los contextos de toma de decisiones y de los procesos que se lleven a cabo (Harris-Roxas y Harris, 2013).

Se ha destacado del marco conceptual su potencial como elemento guía para mejorar la consistencia y la calidad de los informes de EIS, con el fin de poder desarrollar evaluaciones comprensivas en esta dirección e incluso para mejorar aspectos de su práctica (Bhatia et al., 2009).

Figura 1.4.3. Marco original para evaluar el impacto y la efectividad de la Evaluación de Impacto en Salud

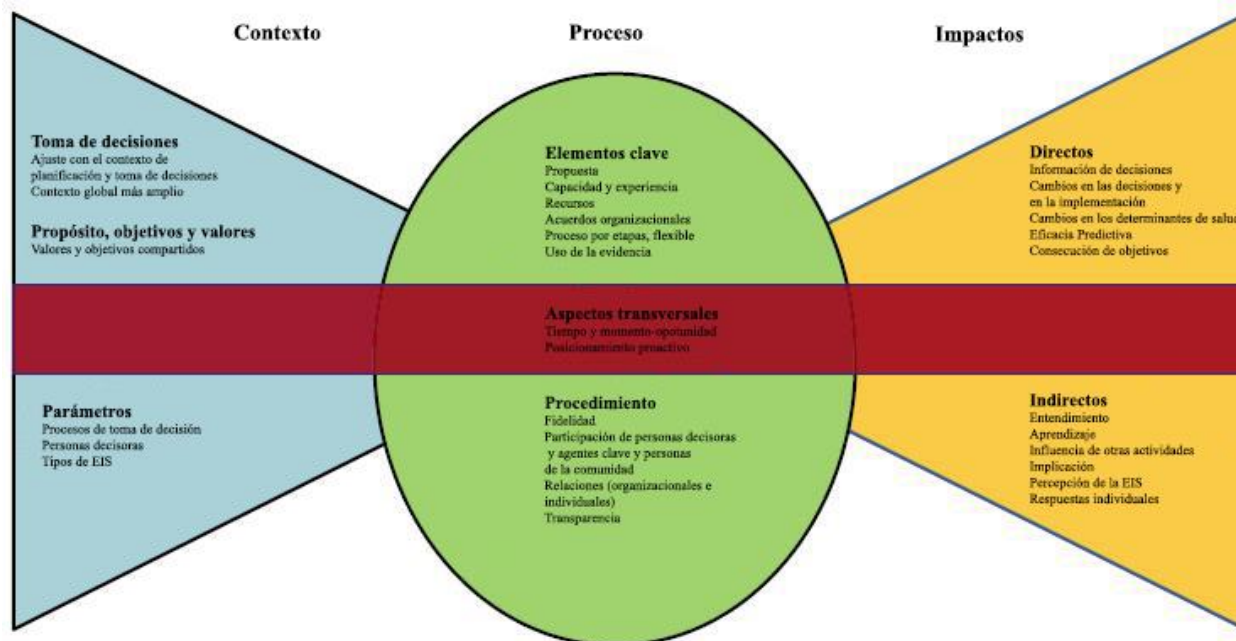
Contexto		Proceso		Impactos	
Contexto de toma de decisiones	Parámetros	Inputs	Procedimiento	Impactos proximales	Impactos distales
	Procesos de toma de decisiones	Propuesta	Fidelidad	Información de decisiones	Entendimiento
	Personas decisoras	Capacidad y experiencia	Participación de personas decisoras y agentes clave	Cambios en las decisiones e implementación	Aprendizaje
	Tipo de EIS	Recursos	Transparencia	Cambios en los determinantes de la salud	Influencia de otras actividades
Propósito		Tiempo	Negociación	Eficacia predictiva	Implicación
Objetivos y Valores		Acuerdos organizacionales	Revisión	Consecución de objetivos	Percepción de la EIS

Fuente: Harris-Roxas y Harris, 2013

El marco original de Harris-Roxas y Harris fue revisado posteriormente por el mismo autor (Harris-Roxas et al., 2014) para comprobar su aplicabilidad sobre las EIS con enfoque de equidad realizadas sobre tres planes del sistema sanitario en Nueva Gales del Sur. En esa revisión algunos elementos del marco fueron modificados y otros perdieron relevancia con respecto a la propuesta inicial. En una segunda revisión del marco original, Haigh et al. (2013) evaluó 55 informes de EIS en Australia y Nueva Zelanda y elaboró una nueva propuesta conceptual (Figura 1.4.4) para evaluar

el impacto y la efectividad de la EIS, que es la que se utilizará como base para elaborar el marco teórico de esta tesis.

Figura 1.4.4. Marco revisado para evaluar el impacto y la efectividad de la EIS



Fuente: Adaptado de Haigh et al., 2015

En este trabajo, Haigh et al, al igual que Harris-Roxas y Harris (2013), contemplan la efectividad de la EIS como la capacidad de modificar la toma de decisiones -efectividad directa-, así como de incidir en el proceso de la misma -efectividad indirecta-. Adicionalmente, otorgan una gran importancia al contexto o “al rango de políticas, proyectos y planes en que la EIS opera”, los cuales tienen lugar “en sistemas complejos y abiertos, que habitualmente involucran a múltiples personas decisoras, niveles de toma de decisiones y puntos de influencia”. Así, añaden, “el proceso de la EIS se ve influido por estos sistemas y ésta, a su vez, influye en ellos” (Haigh et al., 2015). En cuanto al proceso, en el artículo explicativo del marco, las y los autores diferencian entre aquellos elementos que consideran necesarios (el seguimiento del proceso estructurado para la EIS, la flexibilidad, la base en la evidencia) y contingentes (capacidad y experiencia, la participación de agentes clave y de la comunidad en la EIS, las relaciones entre las y los agentes a nivel organizacional e individual) para la efectividad.

Sobre el marco original de Harris-Roxas y Harris establecen las siguientes modificaciones principales: 1) añaden una nueva dimensión transversal a todas las dimensiones, con los elementos relativos al tiempo (el original lo situaba en el proceso) y al posicionamiento proactivo; 2) en las

dimensiones de contexto y proceso añaden o suprimen algunos elementos con respecto al original. A continuación, se describirán los elementos que componen el marco de Haigh et al., según las grandes dimensiones de impactos -o efectividad de la EIS-, contexto, proceso y aspectos transversales.

1.4.4.2.1. La dimensión de los impactos o de la efectividad de la EIS

1. En cuanto a los "impactos directos" se incluyen los siguientes puntos:
 - el papel de la EIS a la hora de *informar la toma de decisiones*
 - el papel de la EIS relativo a la *modificación del diseño de la propuesta*
 - la influencia de la EIS en la *modificación de los determinantes sociales de la salud* mediante la toma de decisiones
 - la capacidad predictiva de la EIS
 - el alcance de los objetivos de la EIS
2. Con respecto a los "impactos indirectos", Haigh et al. incluyen los siguientes elementos:
 - el desarrollo y fortalecimiento de las relaciones y alianzas entre el sector salud y otros sectores (del gobierno, organizacionales, del ámbito privado o de la comunidad)
 - el desarrollo de otras intervenciones derivadas de la EIS
 - el desarrollo de conocimiento acerca de las relaciones entre los determinantes sociales de la salud y la salud
 - la ganancia de habilidades técnicas en la recogida y evaluación de evidencia
 - el entendimiento acerca de las potencialidades de la EIS
 - las respuestas individuales -elemento incorporado por Haigh et al, (2013) con respecto al marco original-, en relación a los impactos que el proceso vivencial de la EIS tuvo sobre las personas participantes.

1.4.4.2.2. Los determinantes de la efectividad de las EIS

Los determinantes de la efectividad de las EIS engloban las dimensiones del contexto y del proceso. La dimensión del contexto engloba tres categorías con los siguientes elementos:

3. La "toma de decisiones", que recoge:
 - El *ajuste de la EIS al contexto de toma de decisiones*: hace referencia a la asunción de la EIS como una responsabilidad propia por parte de la organización o institución, que se traduce en un compromiso institucional hacia la EIS.

- Las características del *contexto amplio*: relativas a los focos de interés que emergen a nivel nacional e internacional, así como acontecimientos inesperados o externos que pueden determinar el proceso y la efectividad de la EIS.
4. La categoría de “propósito, objetivos y valores”, que evalúa los siguientes elementos:
- La presencia explícita de los valores y objetivos de la EIS, su conocimiento por parte de todas las personas involucradas en la misma y la existencia de acuerdo conforme a los mismos. Haigh hace hincapié en que el hecho de que estos objetivos y valores sean compartidos por todas las personas implicadas -a nivel individual u organizacional y entre las instituciones y la comunidad participante- constituye un elemento de éxito para la efectividad de la EIS, por los lazos de confianza y efectos motivacionales que se pueden establecer. Sin embargo, el hecho de que no sean compartidos no supone un obstáculo, siendo necesario que no entren en conflicto mutuamente.
5. Los parámetros de la EIS
- Los parámetros de la EIS hacen referencia a aquellas características del proceso de la toma de decisiones en el que la EIS se introduce. Harris-Roxas y Harris (2013) los definen como “factores que, siendo externos o independientes a la EIS, determinan la forma en que ésta se lleva a cabo”:
- El carácter normativo o voluntario de la EIS y la tipología que adopta en función de las características de los procesos de toma de decisión.
 - La naturaleza de las personas responsables de la toma de decisión -por el lugar que ocupan o representan en la organización o de forma individual-

En la dimensión del proceso, el marco establece una diferenciación entre los llamados “*inputs*” y los “*procedimientos*”.

6. En cuanto a los “*inputs*” de la EIS, se señalan:
- La *propuesta* objeto de la EIS: en relación con obtener una descripción clara y lo más desarrollada posible de la misma, así como de la razón para desarrollar la EIS
 - La *capacidad y la experiencia*: en relación al conocimiento de las personas participantes en la EIS acerca del modelo social de la salud y de las desigualdades sociales en salud, así como en el área de la propuesta. Haigh et al. incluyen a agentes con capacidad indirecta para incidir en la toma de decisiones, por ejemplo, personas conectoras del sistema, próximas a las y los agentes decisores, con capacidad de realizar abogacía para la EIS, etc.
 - Los *recursos* para el desarrollo de la EIS de acuerdo al propósito, los objetivos y tipología establecidos (económicos, de tiempo, etc.).
 - Los *acuerdos* formales o informales para la EIS entre las partes implicadas
 - El *seguimiento estructurado y flexible del proceso*, es decir, con capacidad para adaptarse a los diferentes contextos y a las circunstancias cambiantes propias de la toma de decisiones.

- El *uso de la evidencia*
7. En cuanto a los “procedimientos” a ser tenidos en cuenta como elementos de efectividad del proceso, los elementos destacados en el marco son:
- La *fidelidad* o adherencia en el desarrollo del proceso y sus procedimientos a los estándares o guías de práctica
 - La *participación de las y los agentes responsables de la toma de decisiones, así como de la comunidad* en todo el proceso de la EIS
 - Las *relaciones entre agentes* a nivel organizacional o individual en la EIS
 - La *transparencia* en el proceso de la EIS y en su difusión, referida a: sus fuentes de documentación y de evidencia y el peso otorgado a cada una de estas; los procedimientos desarrollados; los procesos mediante los cuales se gestionaron los conflictos y desacuerdos; o los principios que guiaron la evaluación.
8. Finalmente, Haigh et al. incorporan, con respecto al marco original, tres elementos transversales a las tres dimensiones principales de contexto, proceso e impactos:
- El *tiempo* como recurso: para desarrollar la EIS, para poner en común conocimiento y generar aprendizaje, establecer los contactos, las alianzas y los acuerdos y mantenerlos, así como para manejar cambios o circunstancias no previsibles.
 - El *momento oportunidad* para la EIS: Haigh et al. se refieren a él como una situación para la EIS que viene dada por múltiples factores que se dan al mismo tiempo y que pueden provenir del contexto más amplio (como una tendencia o un foco de interés que se impulsa nivel nacional o internacional), como de la toma de decisiones (un momento dado en el proceso político), así como a nivel individual (por la presencia de ciertas personas en ciertos lugares)
 - El *posicionamiento proactivo*: explicado por la capacidad de readaptar y reenfocar la EIS de acuerdo al momento y las necesidades del proceso de toma de decisiones y ejercer la búsqueda continua de oportunidades para la EIS

1.4.4.2.3. Limitaciones y retos de los marcos conceptuales de Harris-Roxas y Harris y de Haigh et al.

Si bien estos marcos suponen un avance significativo en la evaluación de la efectividad desde esta perspectiva amplia, todavía plantean algunas cuestiones sin resolver y algunos retos a futuro, que son los siguientes:

- 1) Algunos elementos que en la literatura se refieren como favorables para la efectividad, tuvieron en esta revisión un papel más difuso, como el desarrollo de la EIS en un momento inicial de la toma de decisiones, o la obligatoriedad de que los objetivos sean compartidos entre las partes implicadas

2) Al igual que Harris, Haigh et al. refieren que su análisis no les permitió entender con claridad el papel sobre la efectividad de elementos como el tiempo como recurso para la EIS, el momento oportuno de la EIS con respecto al proceso de toma de decisiones, la flexibilidad, las relaciones o alianzas entre las partes implicadas o la actitud proactiva.

3) Señalan, por último, que en la consecución de la efectividad de la EIS existen diferentes niveles (global o macro, organizacional o meso, e individual o micro), desde los cuales los determinantes pueden ejercer su influencia. Además, estas influencias pueden sumarse o potenciarse entre sí. Un ejemplo, es la proactividad, la cual puede estar presente a nivel individual y también en el seno de una organización. Ante esta realidad, puede ser útil tener en cuenta la presencia de factores en cada nivel para entender los mecanismos que han favorecido o dificultado la efectividad de la EIS.

1.4.5. Futuros pasos en el análisis de la efectividad de la EIS

En cuanto a los siguientes pasos en el análisis de la EIS en referencia a su propósito o su papel en la toma de decisiones y la efectividad que alcanza en función de dicho propósito, un primer paso indispensable es la consideración de que la EIS no puede ser ya concebida como una herramienta lineal e inalterable, como tampoco lo es el proceso de toma de decisiones en el que está inmersa. Ambos comparten una naturaleza compleja y están sometidos a los avatares del contexto político, institucional, así como social y económico. Por tanto, a la hora de definir la efectividad de la EIS o de identificar de qué maneras esta añade valor al proceso político es necesario mirar más allá de la vía de impacto directa o sobre la toma de decisiones: los impactos suceden de manera compleja, están condicionados por el contexto, no solo afectan a las decisiones, sino también al proceso de la toma de decisiones (a las personas que participan en él) y los impactos pueden manifestarse a largo plazo.

Hay cuestiones, como el modo en que la EIS puede promover la equidad en salud en la toma de decisiones y su papel en la reducción de las desigualdades sociales en salud, que necesitan mayor profundización. Evaluaciones de EIS como la de Rhodus et al. (2013) o la de Bourcier et al. (2015) reportaron una inclusión efectiva de la equidad por parte de la EIS, sin embargo, este es un resultado que no está normalmente explicitado en los informes de la EIS. Otro factor señalado por Dannenberg (2016) susceptible de ser evaluado y de interés, es el potencial de la EIS para apoyar el avance en la estrategia de la SeTP mediante el trabajo conjunto entre sectores y la incorporación de la salud en las políticas no sanitarias; o la importancia de un plan de monitorización de las recomendaciones para su implementación.

1.4.6. La EIS en el Estado español: implementación, institucionalización y normativización

El recorrido de la EIS en el Estado español se inició hace poco más de una década y su implementación ha sido menos extensa que en otros países europeos. En el año 2005 fue publicada la primera guía en castellano (Rueda, 2005) y un año más tarde se desarrolló la primera experiencia piloto en un barrio de Bilbao (la EIS de UBC, que posteriormente se analizará).

La implementación de la EIS se ha basado en dos tipologías que, en base a la clasificación de Harris-Roxas y Harris (2011) podríamos clasificar como:

- EIS como herramientas para la toma de decisiones, con enfoque en la salud ambiental o integradas dentro de evaluaciones del impacto ambiental, tres de ellas en el marco de proyectos de investigación europeo acerca de la contaminación ambiental y una de ellas sobre una iniciativa de transporte público municipal.

- EIS con el propósito de abogacía para la toma de decisiones, basadas en una visión social de la salud (o en el modelo de los determinantes sociales de la salud) y conteniendo de manera intrínseca el enfoque de la equidad en salud. Asimismo, trataron de aplicarse en base al resto de valores y principios de la EIS, promulgados en Gotenburgo, y conforme a las fases establecidas en las guías Merseyside. Las EIS que cumplían dichas características y llegaron a elaborar recomendaciones fueron cinco y son las EIS que han constituido la muestra de esta tesis. Todas tenían en común que se aplicaron sobre proyectos urbanísticos municipales: en un caso se trataba de un proyecto que afectaba a toda la ciudad y en los cuatro restantes, consistían en proyectos de regeneración urbana en barrios o áreas urbanística y socioeconómicamente desfavorecidas con respecto al municipio o áreas de referencia.

Estas EIS se desarrollaron enmarcadas en proyectos de investigación -financiados mediante convocatorias públicas de investigación, contratación pública o becas de formación- con una duración y recursos limitados por dicha financiación o duración del periodo formativo. El carácter fue, por tanto, voluntario y la EIS carecía de carácter vinculante -es decir, la aplicación de sus recomendaciones en la toma de decisiones no estaba sometida a obligación legal-, dada la ausencia de normativización de la EIS en ninguno de los casos.

El inicio de la institucionalización de la EIS vino de la mano de la nueva generación de leyes de salud pública autonómicas de Cataluña, Baleares y Andalucía, que se sucedieron entre los años 2009 y 2011, quienes definían e instaban a la implementación de la EIS en sus territorios, y por la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011, de 4 de octubre). Posteriormente, en 2014, Aragón y Valencia se sumaron al resto con sus leyes de salud pública.

La citada Ley General de Salud Pública contemplaba como principios rectores la equidad y la salud en todas las políticas, a través de "actuaciones de salud pública que tuvieran en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables y disuadiendo, en su caso, de aquellas que supongan riesgos para la salud" y de "políticas, planes y programas, orientados a la disminución de las desigualdades sociales en salud". Con estos fines instaba la aplicación por parte de las administraciones públicas de la evaluación del impacto en salud sobre "las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud, en los términos previstos en esta ley". Del

procedimiento, establecía que “deberá prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud con el objetivo de la mejora de las actuaciones” y que “se integrarán los resultados de dichas evaluaciones en el sistema de información de salud pública y en la Red de Vigilancia de Salud Pública” (Ley 33/2011, de 4 de octubre General de Salud Pública)

Según establecía la Ley General, la inclusión de la EIS en el ordenamiento jurídico situaría al Estado español en una posición aventajada respecto a muchos países “propiciando la innovación en el desarrollo de reformas relacionadas con la economía sostenible que a su vez garanticen la seguridad sanitaria”.

Con respecto a las autonomías, el impulso se inició con la Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública de Cataluña, que establecía, entre las prestaciones en materia de salud pública, la “evaluación del impacto en la salud de las intervenciones sobre los determinantes de la salud de la población”; por su parte, la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears, incluía como principio rector y como prestación en materia de salud pública la “evaluación del impacto en la salud de las diversas políticas, de los planes, de los programas y de las actividades, del sector sanitario y también de los ajenos a este sector”; Por su parte, la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía atribuía carácter vinculante a la EIS en algunos supuestos. Así establecía someter a una EIS a) Los planes y programas de gobierno “con clara incidencia en salud”, cuyo informe de EIS, se establecía, resultaba preceptivo; b) Los instrumentos de planeamiento urbanístico general, instrumentos de planeamiento de desarrollo que afecten a áreas urbanas socialmente desfavorecidas o que tengan especial incidencia en la salud humana, para los cuales el informe de EIS era de carácter preceptivo y vinculante; c) Las actividades y obras, públicas y privadas, y sus proyectos, que deban someterse a los instrumentos de prevención y control ambiental; d) Otras actividades y obras, para las que existe evidencia de su previsible impacto en la salud de las personas; la Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón establecía en la línea de la ley andaluza, que se regularía “el informe preceptivo y vinculante de evaluación del impacto en la salud pública en los casos en que determine, respecto a normas, planes, programas y proyectos, tanto de organismos públicos como de entidades privadas”; por último, la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana no establecía un carácter vinculante a la EIS y únicamente dictaba que se someterían a la EIS “las normas, planes, programas y proyectos que afectaran significativamente a la salud, en los términos establecidos en la normativa básica estatal”.

La Ley andaluza de salud pública constituyó el antecedente del primer texto jurídico con el fin de normativizar la implementación de la EIS a nivel autonómico en el Estado español y el único hasta la actualidad. Así el Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía establece someter a una EIS a los mismos ámbitos que ya lo hacía la Ley de Salud Pública de 2011, estableciendo el carácter obligatorio y vinculante de la valoración de impacto en salud resultante para: a) los instrumentos de planeamiento general y de desarrollo que afecten a áreas urbanas socialmente desfavorecidas o que tengan especial incidencia en la salud humana; y b) las

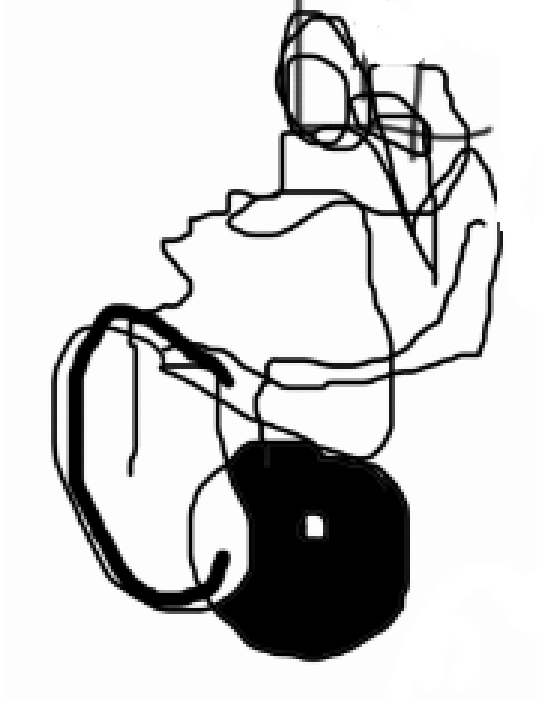
actividades y obras, públicas y privadas, y sus proyectos, al someterse al correspondiente instrumento de prevención y control ambiental previsto en la normativa vigente.

Mediante el Decreto, la responsabilidad del análisis y valoración de impactos pasa a corresponder a las y los agentes promotores de los proyectos, quienes deben elaborar el documento de valoración del impacto en la salud (VIS), con el apoyo de guías metodológicas donde se ofrece evidencia científica y se orienta en la reflexión acerca de los impactos en la salud y en la equidad en salud. Así, la VIS deberá identificar, describir y valorar los efectos (tanto positivos como negativos) que puede producir la ejecución y puesta en marcha de la actuación y su distribución en la población. Adicionalmente, debe incluir la descripción de la actuación y una descripción del entorno demográfico, socioeconómico, físico y de salud del área en que se desarrolla la iniciativa. Este documento es posteriormente evaluado por la autoridad competente en materia de salud pública, quien, tras procesos de negociaciones con las personas responsables de los proyectos, emite el correspondiente Informe EIS (Vela et al., 2016).

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Como se ha podido constatar en este capítulo, la reducción de las crecientes desigualdades sociales en salud pasa por el diseño e implementación de políticas que incorporen la perspectiva de la salud y de la equidad. La Salud en Todas las Políticas se muestra como una estrategia clave para avanzar en esta dirección y herramientas como la Evaluación de Impacto en Salud, que facilitan el trabajo conjunto entre sectores y la introducción de la participación social en pro de la salud y la equidad en salud pueden ser catalizadoras de su implementación. En el Estado español la EIS se ha desarrollado escasamente en relación con otros países. Lejos de haber sido impulsadas bajo el paraguas de la Ley General de Salud Pública y del creciente número de leyes autonómicas que instan a su implementación, la EIS es todavía una herramienta instalada en el plano teórico que ha encontrado escasa viabilidad en el contexto español, al margen de contadas experiencias de carácter voluntario y enmarcadas en proyectos de investigación.

Conocer cuál ha sido la efectividad de las EIS desarrolladas en el ámbito español, así como aquellos factores contextuales y de proceso que han contribuido a dicha efectividad, así como aquellos que la han limitado, puede ser de utilidad para poder avanzar en la implementación de la EIS, de forma específica, y de la Salud en Todas las Políticas en general.



2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. OBJETIVOS

El objetivo general de esta tesis es analizar la efectividad de las experiencias de Evaluación de Impacto en la salud (EIS) realizadas en el Estado español desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de acuerdo a la metodología de las guías Merseyside, así como los determinantes más relevantes que las han condicionado.

Como objetivos específicos, esta tesis se ha planteado los siguientes:

1. Describir y caracterizar la efectividad directa e indirecta de las EIS de acuerdo al marco conceptual de Haigh et al.
2. Evaluar los determinantes de la efectividad de las EIS de acuerdo al marco conceptual de Haigh et al., atendiendo a los factores del contexto (gobernanza por la salud, sociopolítico y económico y de la toma de decisiones), proceso (elementos clave y procedimientos) y los elementos
3. Analizar el papel jugado por los elementos transversales al contexto y al proceso que incidieron en la efectividad

2.2. HIPÓTESIS

Las hipótesis a partir de las cuales partió esta investigación son:

1. La efectividad indirecta de las EIS fue mayor que la efectividad directa en todos los casos analizados
2. La efectividad directa fue mayor en relación a las recomendaciones orientadas a los impactos en el ámbito social y la esfera psicosocial que en las dirigidas a los impactos sobre las intervenciones urbanísticas
3. La efectividad indirecta se acumuló, fundamentalmente, en la adquisición de aprendizaje por parte de las personas implicadas en las EIS
4. Aquellas EIS que contaron con un contexto de gobernanza por la salud más favorable obtuvieron mayor efectividad directa
5. Aquellas EIS que contaron con un contexto de toma de decisiones más favorable obtuvieron mayor efectividad indirecta
6. Los factores del contexto sociopolítico y económico afectaron negativamente a la efectividad total de la EIS
7. Aquellas EIS que contaron con la mayor presencia de elementos clave obtuvieron mayor efectividad total
8. Aquellas EIS en las que todos los procedimientos tuvieron lugar, así como en mayor profundidad obtuvieron mayor efectividad total
9. Aquellas EIS que contaron con la presencia de elementos transversales favorables obtuvieron mayor efectividad total



3. METODOLOGÍA

A continuación, se describe la metodología utilizada en la presente tesis, explicando en detalle el material de estudio y los métodos de análisis utilizados.

3.1. Diseño de la investigación

Se diseñó un estudio basado en metodología cualitativa sobre el análisis de las cinco EIS desarrolladas en base al modelo social de la salud y de acuerdo a las guías Merseyside realizadas en el Estado español de 2006 a 2014. La recogida de información y de análisis para la evaluación de la efectividad de las EIS se basó en la utilización de tres tipos de métodos: 1) un análisis de contenido discursivo en base a entrevistas en profundidad 2) un análisis de contenido documental relacionado con las EIS, informes o publicaciones, leyes, proyectos urbanísticos, noticias de prensa, blogs digitales y mapas digitales y 3) una observación no participante de algunos de los escenarios donde se llevaron a cabo las EIS analizadas. El trabajo de campo fue realizado en dos días (uno en el mes de julio y otro en el mes de octubre de 2016).

3.2. Material de estudio

Las cinco EIS desarrolladas en base al modelo social de la salud y de acuerdo a las guías Merseyside se presentan a continuación por orden cronológico junto a sus principales características:

- La EIS de Bilbao: El proyecto objeto de la EIS formaba parte del Plan de Reforma Integral (PRI) del barrio bilbaíno de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación (UBC). Sus intervenciones se enfocaban en dar respuesta a las deficiencias de infraestructuras y accesibilidad existentes y se concretaban en cuatro líneas de intervención: 1) la construcción de viales rodados mejorando la accesibilidad y conectividad con el resto de la ciudad y liberando calles para su uso peatonal; 2) la construcción de un parque; 3) la reurbanización de distintas zonas del barrio; y 4) la construcción de un ascensor para la mejora de la accesibilidad entre distintos puntos de la zona.

El objetivo general de la EIS fue realizar una evaluación en profundidad, concurrente y prospectiva del impacto sobre la salud y las desigualdades sociales en salud del PRI de UBC; los objetivos específicos respondían a la predicción de los impactos, la emisión de recomendaciones y la elaboración de indicadores de seguimiento del impacto en la salud.

Los métodos utilizados en la fase de evaluación fueron: (a) un análisis de la intervención; (b) una revisión sistemática de la bibliografía sobre el efecto en la salud de las áreas de actuación del PRI; (c) una caracterización sociodemográfica y de salud de la población; y (d) un estudio cualitativo (grupos de discusión y entrevistas en profundidad) con informantes clave, profesionales sociales y de la salud del barrio y vecinos y vecinas del barrio por grupos de edad.

- La EIS de Vitoria-Gasteiz: el proyecto objeto de la EIS consistía en la definición del diseño y usos del nuevo espacio liberado a partir del soterramiento de la línea ferroviaria Irún-Madrid a su paso por la ciudad de Vitoria-Gasteiz. Las intervenciones sometidas a evaluación comprendían: 1) la construcción de un túnel para re-direccionar la vía ferroviaria que en aquel momento cruzaba el centro de la ciudad; 2) reutilizar la superficie urbana liberada en el sur de la ciudad; y 3) construir una nueva estación intermodal al norte de la misma.

El objetivo general de la EIS fue realizar una evaluación en profundidad, concurrente y prospectiva del impacto sobre la salud y las desigualdades sociales en salud del plan estratégico del soterramiento del ferrocarril en Vitoria-Gasteiz.

Los métodos utilizados en la fase de evaluación fueron: (a) un análisis de la intervención; (b) una caracterización sociodemográfica y de salud de la población; (c) una identificación de determinantes sociales de salud potencialmente afectados; (d) una identificación de áreas y grupos sociales potencialmente afectados; (e) la creación de grupos de trabajo para estudiar los potenciales impactos en salud y en las desigualdades sociales en salud y emitir las recomendaciones.

- La EIS de Barceloneta: el proyecto de la EIS se enmarcaba en el Plan de Intervención Integral del barrio barcelonés de la Barceloneta, promovido por la Ley de Barrios de Cataluña. Consistía en las medidas de rehabilitación de los elementos comunes de las viviendas, que comprendían las siguientes actuaciones: 1) la colocación de ascensores en aquellos casos para los cuales se alcanzara el acuerdo entre la propiedad; esta medida contemplaba el realojo de los y las vecinas de las viviendas eliminadas a núcleos de viviendas construidas en el barrio y fuera de él, aunque próximas; 2) la rehabilitación de los elementos comunes de los edificios, como escaleras, terrados y fachadas; y 3) cambios sobre el ciclo del agua y la supresión de los depósitos de agua.

El objetivo de la EIS era realizar una evaluación en profundidad, concurrente y prospectiva, de los impactos en la salud y en las desigualdades sociales en salud de las medidas de rehabilitación de las viviendas.

La metodología utilizada en la evaluación fue: (a) un análisis de la intervención; (b) una revisión no sistemática de la literatura sobre el efecto en la salud de las áreas de actuación del PRI; (c) una caracterización sociodemográfica y de salud de la población; y (d) un estudio cualitativo (entrevistas en profundidad con informantes clave, profesionales sociales y de la salud y del barrio y con vecinos y vecinas).

- La EIS de Alcalá de Guadaíra: el proyecto objeto de la EIS consistía en la reurbanización de una calle en el barrio de San Miguel de Alcalá de Guadaíra (Sevilla), planteando a) la creación de un vial para facilitar el acceso al barrio; b) la rehabilitación de las aceras y la creación de nuevos equipamientos e infraestructuras. En concreto, se preveía la remodelación de una plaza adyacente, en estado de abandono.

Se planteó realizar una EIS en profundidad, concurrente y prospectiva, que tenían los siguientes objetivos: 1) identificar los impactos del proyecto en la salud de la población; 2) hacer recomendaciones para minimizar sus efectos negativos y optimizar los positivos; y 3) contribuir al eje «participación social» del Plan URBAN.

La metodología utilizada en la fase de evaluación fue la siguiente: (a) un análisis de las actuaciones; (b) un perfil socioeconómico y de salud del barrio; (c) una revisión no sistemática de la evidencia publicada sobre las relaciones entre el entorno construido y la salud; (d) una consulta cualitativa a la población (población joven, mayor y adulta).

- La EIS de Pasaia: Las intervenciones analizadas formaban parte de un Master Plan que afectaba a toda la Bahía de Pasaia. Se seleccionaron dos de ellas, una con un proyecto ya licitado y otra para la cual existía un proyecto estratégico, muy poco definido, y cuyo retraso en su desarrollo se dilataba en el tiempo. Las intervenciones objeto de la EIS consistían en: 1) la construcción de una nueva lonja, con el soterramiento de actividad y la liberación de espacio en la superficie; y 2) la no actuación en relación a la reordenación de una parcela degradada y abandonada (la Herrera).

Se planteó realizar una EIS concurrente y prospectiva sobre la salud del proyecto de la nueva lonja y la no actuación sobre el área de la Herrera. Como objetivos específicos, se señalaron: identificar impactos positivos y negativos de ambas intervenciones sobre la calidad de vida y

la salud de la población residente; estimar la magnitud y distribución por ejes socioeconómicos de los impactos y realizar recomendaciones de mejora de las intervenciones. Otro objetivo señalado era adquirir conocimiento y destrezas en la aplicación práctica de la metodología EIS en proyectos de regeneración urbana.

La metodología utilizada en la fase de evaluación fue la siguiente: (a) un análisis de las actuaciones; (b) un perfil socioeconómico y de salud del barrio; (c) una revisión no sistemática de la evidencia publicada sobre las relaciones entre el entorno construido y la salud; (d) metodología mixta cuantitativa (mediante un cuestionario a población residente) y cualitativa (entrevistas en profundidad a personas informantes cualificadas y grupos de discusión con población joven, mayor, adulta y un grupo de mujeres).

3.3. Marco conceptual para el análisis de la efectividad de las EIS

En base al objetivo general de la investigación, que se orienta a analizar la efectividad de las experiencias de EIS realizadas en el Estado español, así como los determinantes más relevantes que las han condicionado, se tomará como referencia conceptual acerca de la efectividad y sus determinantes, el marco propuesto por Haigh et al., (2015). Con el fin de adaptar las dimensiones del marco original de Haigh et al. al contexto de las EIS analizadas se seleccionaron algunos elementos y otros fueron traspasados a otra dimensión, quedando la siguiente relación:

Efectividad

Efectividad directa:

- Cumplimiento de las recomendaciones en función de su naturaleza:
 - Orientadas al diseño de los proyectos
 - Orientadas a la fase de obras
 - Adicionales a los proyectos
- Influencia en la modificación de los determinantes sociales de la salud, en base al modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España

Efectividad indirecta:

- Aprendizaje adquirido según la tipología establecida por Glasbergen (1999):
 - Conceptual. Analizado en base a dos variables: 1) en cuanto al objeto de aprendizaje, referido al modelo de los determinantes sociales de la salud o a las cuestiones relacionadas con las desigualdades sociales en salud; 2) en cuanto a las personas que lo han adquirido, sean personas de sectores distintos al de salud o de la comunidad

- Técnico: referido al manejo y desarrollo de la herramienta por parte del equipo evaluador (las personas que impulsan y lideran la EIS)
- Social: referido al desarrollo de la acción intersectorial, tanto por parte del equipo evaluador como por personas de sectores distintos al de salud
- Fortalecimiento de la acción intersectorial: referido al avance en la tipología de relación establecida entre diferentes sectores tomando como referencia la tipología de acción intersectorial de Solar et al (2009)
- Impacto sobre otras intervenciones derivadas de la EIS: referido a cualquier iniciativa, actividad, proyecto, plan, política o ley que hubiera emergido motivada por el propio desarrollo de la experiencia en sí, o por algún elemento derivado de ella (sensibilización de actores, conocimiento técnico adquirido, etc.)
- Otros impactos indirectos derivados de la EIS: referido a impactos del proceso que no se hayan incluido en las categorías anteriores

Determinantes de la efectividad

Determinantes relativos al contexto

- Contexto institucional o de gobernanza por la salud:
 - Institucionalización del modelo social de la salud
 - Mandato político sustentado en los valores de la EIS
 - Compromiso político para la EIS
- Contexto sociopolítico y económico:
 - Crisis económica
 - Coyuntura electoral
 - Conflictividad socio-institucional
- Contexto de toma de decisiones:
 - Afinidad política entre actores implicados
 - Buen entendimiento entre actores implicados
 - Acuerdos entre actores implicados en la EIS
 - Alineación de los valores del proyecto y la EIS
 - Alineación de los objetivos del proyecto y la EIS
 - Estado de planificación óptimo del proyecto, referido a la posibilidad de incidir en la toma de decisiones y con un grado de definición avanzado

Determinantes relativos al proceso

- Elementos clave para la EIS:
 - Base en la evidencia y conocimiento disponible
 - Recursos económicos, en base a su suficiencia para desarrollar plenamente los procedimientos de la EIS
 - Flexibilidad y adaptabilidad de la EIS, a los recursos disponibles y al contexto sociopolítico y económico

- Determinantes relativos a los procedimientos:
 - Participación de agentes clave para la toma de decisión, referido a personas con capacidad directa o indirecta para incidir en las decisiones políticas
 - Formación de un grupo motor en presencia de agentes clave
 - Implicación de agentes clave en todo el proceso de la EIS
 - Participación de la comunidad
 - Presencia de personas de la comunidad en el grupo director de la EIS
 - Participación de la comunidad en la fase de evaluación
 - Transparencia y rendición de cuentas en la EIS
 - Transparencia en el desarrollo de la EIS a nivel institucional y del grupo motor
 - Transparencia hacia la comunidad y demás actores participantes
 - Seguimiento de las recomendaciones de la EIS, en base a la existencia de un plan consensuado con las personas responsables de la toma de decisión para la implementación de las recomendaciones y a su seguimiento
- Determinantes relativos a aspectos transversales
 - Actitud proactiva, referida a la toma activa del control de los acontecimientos, anticipación a las circunstancias y búsqueda activa de las soluciones
 - Agencia individual, referida a la capacidad de las y los actores implicados de actuar a título propio, como personas con autonomía

Tras la recopilación y análisis de la información relativa a la efectividad generada en las EIS y sus factores determinantes, se elaboraron unas tablas que pusieron en relación ambos elementos en cada EIS. Así, para los determinantes de la efectividad se estableció en primer lugar, si estuvieron presentes o no en las EIS, señalando "Sí" o "No" en cada caso. Para valorar el grado de alcance de las distintas dimensiones de la efectividad directa e indirecta, se establecieron una serie de criterios, mostrados en la tabla 3.1, que ayudaron a definir si se alcanzaron ("Sí"), si solo se alcanzaron parcialmente ("Parcial") o si no se alcanzaron ("No"). Igualmente, para algunos determinantes de la efectividad se realizó esta categorización, tal y como se muestra en la tabla 3.2. Tras esta primera valoración, se señaló el impacto que tuvo cada determinante (su presencia o su ausencia) sobre las dimensiones de efectividad. Esto se realizó utilizando colores, señalándose en color verde aquel impacto favorable en la efectividad de la EIS; en color amarillo, un impacto ni favorable ni limitante para la efectividad y finalmente; y en color rojo, aquel impacto negativo o limitante del determinante sobre la efectividad de la EIS.

Tabla 3.1. Criterios para evaluar las dimensiones de efectividad

Tipo de efectividad		¿Existió?		
		Sí	Parcial	No
Directa	Impacto sobre la toma de decisiones	Aplicación de todas las recomendaciones	Aplicación de alguna/s recomendación/es	Ninguna recomendación aplicada
	Impacto en los DSS	Impacto sobre los DSS más relevantes	Impacto sobre algún DSS	Ningún DSS impactado
Indirecta	Aprendizaje	Adquisición de aprendizaje conceptual y/o social por parte del equipo evaluador y/o de cualquier tipo por parte de los otros sectores	Aprendizaje técnico sólo por parte del equipo evaluador	Ningún aprendizaje adquirido por parte de ningún sector
	Fortalecimiento de la relación con otros sectores	Establecimiento de acción intersectorial donde antes no la había o aumento de la intensidad con respecto a la que se daba previamente a la EIS	Reconocimiento adquirido entre distintos sectores	Ausencia de fortalecimiento de la relación entre sectores
	Impacto sobre otras actuaciones	Establecimiento de iniciativas o actuaciones derivadas de la EIS		Ningún otro proyecto o intervención afectados
	Otros impactos indirectos	Impactos sociales, políticos, económicos, jurídicos o de otra naturaleza derivados de la EIS		Ningún impacto indirecto dado

Tabla 3.2. Criterios para evaluar los determinantes de efectividad

Determinantes de la efectividad	¿Existió?		
	Sí	Parcial	No
<i>Contexto de la toma de decisiones</i>			
Alineación de los valores del proyecto y la EIS	Alineación de la totalidad de los valores	Alineación en una parte de los valores	No alineación de los valores
Alineación de objetivos formales del proyecto y la EIS	Alineación de la totalidad de los objetivos	Alineación en una parte de los objetivos	No alineación de los objetivos
Estado de planificación del proyecto adecuado	Posibilidad de introducir recomendaciones y grado de definición del proyecto adecuada	Posibilidad de introducir recomendaciones y grado de definición del proyecto escasa	No existe posibilidad de introducir recomendaciones
<i>Elementos clave para la EIS</i>			
Conocimiento disponible	Presencia de distintos tipos de conocimiento y habilidades necesarias para la EIS	Ausencia de algún tipo de conocimiento o habilidades necesarias para la EIS	Ausencia total de conocimiento o habilidades necesarias para la EIS
Recursos económicos	Presencia de recursos económicos suficientes para desarrollar plenamente la EIS	Disponibilidad limitada de recursos que limitaron la aplicación de la EIS	Ausencia de recursos para la EIS
<i>Procedimientos</i>			
Participación de agentes clave para la toma de decisiones	Participación de agentes clave en comité director o grupo motor a lo largo del proceso	Participación de agentes clave limitada en el proceso	Ausencia de participación de agentes clave
Participación comunitaria	Representación de la comunidad en el comité director de la EIS o participación de la comunidad en profundidad	Ausencia de representación de la comunidad en el comité director de la EIS y participación de la comunidad limitada	Ausencia de participación comunitaria
Transparencia y rendición de cuentas en la EIS			
- Transparencia a nivel interno y externo	Transparencia plena tanto a nivel institucional como hacia la comunidad	Transparencia en uno de los dos niveles o limitada en alguno de ellos	Ausencia de transparencia
- Seguimiento de las recomendaciones de la EIS	Presencia de un plan consensuado para la implementación de recomendaciones y seguimiento del mismo	Realización de labores de seguimiento de la implementación	Ausencia de seguimiento

3.4. Recogida y análisis de la información

La recogida de información y de análisis para la evaluación de la efectividad de las EIS se basó en la utilización de tres tipos de métodos: 1) un análisis de contenido discursivo en base a entrevistas en profundidad 2) un análisis de contenido documental de y 3) una observación no participante.

1. Análisis de contenido discursivo:

El análisis de contenido temático consiste en analizar los contenidos expresados de forma directa e interpretar su significado (López-Aranguren, 2001). Se llevó a cabo un análisis cualitativo basado en 14 entrevistas individuales en profundidad, para las cuales se utilizó un guión semiestructurado basado en el marco de Haigh et al. para evaluar la efectividad de la EIS (Anexo 2). Las personas entrevistadas (Anexo 1) eran profesionales de la Administración Pública, del sector salud y de otros sectores, con un perfil técnico o político y que habían participado en alguna de las EIS -como parte del equipo evaluador o como parte del grupo motor- o no participantes, que: a) tenían una posición de influencia o responsabilidad en la toma de decisiones que la EIS informaba; o b) eran conecedoras de actuaciones relacionadas con las EIS analizadas. Se realizó un muestreo teórico, identificándose para cada una de las cinco EIS analizadas, las personas informantes pertenecientes al sector salud (o responsables de la EIS) y a otro sector (participantes en la EIS o personas decisoras no participantes). La selección de la muestra fue inicialmente intencionada, y se completó con la adición de casos mediante el fenómeno de bola de nieve, en base a criterios de adecuación, conveniencia suficiencia y diversidad de puntos de vista. Las personas correspondientes al muestreo intencionado provenían de la red de contactos de la persona investigadora y para el resto, le fueron facilitadas las direcciones de correo electrónico. Se contactó inicialmente a todas las personas por mail o por teléfono, planteando el objetivo del estudio, el tiempo de entrevista, las garantías de confidencialidad y la solicitud voluntaria de la entrevista. Las entrevistas se desarrollaron de manera presencial, por vía telefónica o por Skype. En el momento previo a la entrevista, las personas entrevistadas firmaron el consentimiento informado o les fue enviado y solicitada su firma por correo electrónico. Una vez realizada la entrevista, las grabaciones y transcripciones posteriores fueron anonimizadas. En dos casos, no fueron grabadas por expresa voluntad de las personas entrevistadas, en cuyo caso se extrajeron notas.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas siguiendo una metodología de análisis del contenido. Tras la y preparación del corpus textual con las transcripciones y las notas de campo recogidas, se realizó una lectura comprensiva del mismo, se identificaron las citas significativas y se codificaron según hicieran referencia a elementos que constituían efectividad o elementos determinantes de la efectividad, según la clasificación anterior del modelo de Haigh et al. En posteriores niveles de análisis, a partir de dichos códigos se crearon categorías de mayor nivel interpretativo, sucesivamente hasta haber extraído las principales dimensiones. A lo largo del proceso, los hallazgos fueron contrastados con el corpus textual, comprobando que mantenían el

valor explicativo otorgado en las entrevistas. A partir de las dimensiones extraídas, se conformaron los marcos explicativos para cada caso, que fueron posteriormente contrastados entre sí. Finalmente se elaboró un marco explicativo conjunto, que incluía dimensiones, categorías y elementos identificados de manera homogénea en todos los casos. En base a esa nueva estructuración del esquema conjunto de resultados, se volvió a los casos y se redactaron los informes explicativos de la efectividad y los determinantes de la efectividad.

2. Análisis de contenido documental

Las técnicas de investigación documental consisten en la búsqueda, identificación, lectura y análisis de documentos relacionados con el elemento o contexto estudiado (Miró-Bonet et al., 2008). Con el fin de complementar los hallazgos extraídos del análisis de contenido discursivo, se llevó a cabo una revisión documental estableciéndose como periodo de 2005 a 2017, en inglés, catalán y castellano, que englobó: 1) artículos científicos sobre las EIS analizadas; 2) informes o publicaciones de carácter institucional con información detallada de las EIS; 3) informes o publicaciones de carácter histórico y divulgativo con información relativa a los barrios en los que tenían lugar las EIS; 3) textos jurídicos relacionados con la EIS y con los proyectos que se analizaban; 4) planes de salud autonómicos y locales; 5) documentación sobre los proyectos urbanísticos; 6) noticias de prensa sobre las actuaciones en los barrios; 7) blogs digitales de asociaciones vecinales de los barrios afectados por los proyectos; y 7) mapas digitales sobre las áreas donde las EIS tuvieron lugar. Los criterios de inclusión para la inclusión de los documentos anteriores fueron:

- 1) En cuanto las EIS analizadas y los proyectos sobre los que se aplicaban:
 - a) documentos que contuvieran elementos de descripción, análisis, interpretación, articulación y referenciación de las EIS así como relativos a los proyectos objeto de las EIS en todas sus vertientes (urbanísticas, sociales, políticas, históricas, etc.);
 - b) que incluyeran o hicieran alusión a la percepción de las EIS o de los proyectos objeto de las EIS
- 2) En cuanto a la efectividad de las EIS: documentos que abordaran de alguna manera cuestiones relativas a la efectividad o, en general, de "impacto" de las EIS y de los proyectos, así como de los mecanismos por los cuales este se produce
- 3) Documentos que contuvieran información relativa a la institucionalización del modelo social de la salud y la Salud en Todas las Políticas, así como de la normativización de la EIS

Las fuentes de información para la identificación de los documentos fueron webs institucionales (Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, Gobierno Vasco, Ayuntamientos (Bilbao, Vitoria-Gasteiz, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia) y sociales (sitios web y blogs de colectivos vecinales); centros de documentación (Centro de Recursos para la Evaluación de Impacto en Salud); sitios web de reuniones científicas locales, nacionales e internacionales; periódicos digitales; y web social.

La información extraída en el análisis documental permitió conocer las características básicas y procedimentales de las EIS, y de los proyectos, así como relativa al contexto histórico y sociopolítico en el que tuvieron lugar. En este sentido también permitió profundizar hasta cierto punto en la percepción y la acogida social existente con respecto a los proyectos. Por otro lado, permitió conocer y describir la coyuntura jurídica e institucional (de gobernanza por la salud, en definitiva) en la que las EIS se enmarcaron. Todos estos aspectos fueron sistemáticamente buscados y analizados en los documentos, y se abrió la posibilidad a que emergiera nueva información relevante no contemplada de antemano y que ayudara a una mejor comprensión del contenido discursivo de las entrevistas en profundidad. Asimismo, en el presente análisis se enfocó la atención en la identificación de aquellos elementos del modelo de Haigh que pudieran aparecer en estos documentos escritos.

3. Observación no participante

La observación no participante es el proceso de contemplar un escenario sin modificarlo ni distorsionarlo y sin integrarse en él (Angrosino, 2012). Con el fin de acceder a aquella información relativa a la incidencia de las recomendaciones de la EIS sobre la toma de decisiones se realizaron dos sesiones de observación no participante. El objeto de observación se focalizó en las modificaciones perceptibles “a golpe de vista” en el entorno físico, relacionadas con las intervenciones objeto de la EIS. Las observaciones fueron precedidas de una preparación, consistente en el conocimiento de las intervenciones en cuanto a su naturaleza y su ubicación. La observación se realizó con un soporte documental de los proyectos, incluyendo material gráfico, que facilitó estas referencias. Adicionalmente, en uno de los casos, la persona investigadora se acompañó de una de las personas del equipo evaluador de la EIS, conocedora del barrio y de la naturaleza y ubicación de los proyectos. Este conocimiento fue clave porque aportó información referida a las intervenciones no perceptibles a golpe de vista (por ejemplo, el soterramiento de los cables de alta tensión). Durante las sesiones se efectuaron fotografías y se recogieron datos en el cuaderno de campo que fueron incorporados al material de análisis.



4. RESULTADOS

En este capítulo se abordarán los resultados de la tesis en dos grandes bloques. En primer lugar, se expondrán los resultados relativos a cada uno de los casos o de las EIS analizadas y en segundo lugar, se presentará un capítulo conjunto a modo de recopilación de los elementos principales identificados.

4.1. RESULTADOS RELATIVOS A LOS CASOS-ESTUDIO DE LAS EIS

En este primer capítulo de resultados se procederá a describir, para cada EIS analizada, su efectividad directa e indirecta, así como los determinantes de dicha efectividad, teniendo en cuenta el contexto en el que las EIS se desarrollaron y el proceso que se llevó a cabo. Asimismo, se analizarán los aspectos transversales a dichas dimensiones que hayan resultado determinantes para la efectividad de las EIS.

Al final de cada caso, se expondrá una tabla-resumen de los resultados de efectividad según sus dimensiones y los determinantes que han favorecido, incidido de manera negativa o han tenido un impacto neutro sobre los mismos.

4.1.1. Caso-estudio 1. La EIS de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación

El barrio bilbaíno de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación (UBC) está situado en la zona sur de la ciudad, en el distrito 7 y en la margen izquierda de la Ría de Bilbao. Se levantó en buena parte con la llegada de la población inmigrante en la industrialización de la década de 1950. Desde sus inicios como asentamiento de chabolas, evolucionó siempre al margen de los ritmos de la ciudad de Bilbao, teniendo esta evolución como principal protagonista a sus vecinos/as. En los años 60 comenzaron a levantarse las primeras viviendas y emergieron las primeras organizaciones vecinales, entre la escasa cohesión social existente en el barrio. El barrio ha ido accediendo de manera costosa y tardía con respecto a otras zonas de la ciudad a los bienes y servicios básicos (saneamiento, accesibilidad y accesos, alumbrado, buenas condiciones de las viviendas, centros escolares y de salud, transporte público, etc.), siempre con un retraso considerable con respecto al resto de la ciudad. Esta consecución ha sido respuesta de una continua acción reivindicativa por parte del tejido asociativo del barrio, ante la desidia de la Administración, quien tradicionalmente ha respondido de manera parcheada a estas reivindicaciones. Un acontecimiento señalado para el vecindario en la historia de estas reivindicaciones es el del secuestro de un autobús público como respuesta a la necesidad de que el transporte público llegara a Betolaza, la parte más alta del barrio de UBC (Eguiraun, 2007).

El proyecto objeto de la EIS formaba parte del Plan de Reforma Integral (PRI) de UBC, una intervención que se enmarcó dentro del proceso de modernización y regeneración de los barrios emprendida por el Ayuntamiento una década antes. La responsabilidad de la ejecución de las obras del Plan le correspondía al Área municipal de Intervenciones Estratégicas y Aparcamientos y su elaboración contó con participación vecinal, canalizada mediante la plataforma ciudadana llamada Urecirlaza. Con un presupuesto de alrededor de 13 millones de euros, sus intervenciones se enfocaban en dar respuesta a las deficiencias de infraestructuras y accesibilidad existentes y se concretaban en:

1. La construcción de viales rodados mejorando la accesibilidad y conectividad con el resto de la ciudad y liberando calles para su uso peatonal
2. La construcción de un parque
3. La reurbanización de distintas zonas del barrio
4. La construcción de un ascensor para la mejora de la accesibilidad entre distintos puntos de la zona

La EIS fue liderada desde el Servicio de Investigación y Estudios Sanitarios del Departamento de Sanidad y Consumo y desarrollada de manera conjunta con del Ayuntamiento de Bilbao. El objetivo general de la EIS fue realizar una evaluación concurrente y prospectiva del impacto sobre la salud y las desigualdades sociales en salud del PRI de UBC; los específicos respondían a la predicción de los impactos, la emisión de recomendaciones y la elaboración de indicadores de seguimiento del impacto en la salud.

4.1.1.1. La efectividad directa de la EIS

La efectividad directa de la EIS de UBC se explica a través de dos tipos de resultados: por un lado, a través de los impactos que tuvo sobre la toma de decisiones, en función de las recomendaciones que se emitieron; y por otro, mediante la modificación de los determinantes sociales de la salud.

Con respecto a las recomendaciones emitidas por la EIS (Tabla 4.1.1.1), estas estaban dirigidas al diseño de los proyectos, así como a la fase de obras y, además, existían recomendaciones adicionales de carácter urbanístico y orientadas a la mejora de la cohesión social, así como de las relaciones entre el Ayuntamiento y la población.

Tabla 4.1.1. Recomendaciones de la EIS de UBC y cumplimiento

Recomendaciones de la EIS de UBC	Cumplimiento		
	Sí	No	N/S
Recomendaciones relativas a accesibilidad y desplazamientos			
Planificar la mejora de los accesos al barrio de Betolaza para satisfacer las necesidades de movilidad del vecindario de la parte alta de ese barrio, especialmente las de la población mayor		X	
Articular un plan de mejora de la accesibilidad, similar a los de otros barrios de Bilbao, para facilitar a través de ayudas financieras, la instalación de ascensores y mejoramiento de los accesos		X	
Asegurar una salida segura del ascensor que une los barrios de Betolaza y Uretamendi con la intención de evitar posibles accidentes de peatones.	✓		
Instalar medidas «antivelocidad» para la reducción de la velocidad y promover el buen uso de los viales		X	
Asegurar una comunicación efectiva al vecindario acerca de este tipo de medidas sobre las condiciones de uso, mantenimiento y vigilancia previstas en relación a la instalación de los dos ascensores			X
Recomendaciones relativas a parques y zonas verdes			
Asegurar la inexistencia de espacios cerrados y poco visibles y garantizar una adecuada iluminación y un adecuado servicio municipal de mantenimiento para que el lugar sea percibido como seguro y no se degrade	✓		
Dotar al parque Gaztelapiko de zonas de equipamientos y facilidades adecuadas a subgrupos poblacionales como niños/as, ancianos/as y personas discapacitadas	✓		
Crear, como acceso al parque, una senda por la vaguada de Uretamendi que una el barrio de Rekalde con el parque y que podría continuar hacia el monte Arraiz/Caramelo a través de una ruta verde	✓		
Mantener los espacios verdes existentes y promover nuevos espacios verdes para el esparcimiento			X
Recomendaciones relativas a líneas de media y alta tensión			
En futuras instalaciones o modificaciones de instalaciones que sean fuente de campos electromagnéticos FEB en el municipio de Bilbao, se consideren los aspectos de seguridad, fiabilidad y los económicos			X
Garantizar el cumplimiento de las normas sobre las instalaciones eléctricas a fin de reducir corrientes a tierra accidentales, manteniendo al mismo tiempo la seguridad			X
Establecer un programa de protección frente a los campos electromagnéticos FEB que incluya la medición de los campos de todas las fuentes para asegurar que no se rebasan los límites de exposición			X
Recomendaciones relativas a periodo de obras y otros problemas			
Establecer cauces de comunicación adecuados para que el barrio pueda conocer los incidentes y posibles factores causantes de demoras e incumplimientos de los plazos de las intervenciones del PRI			X
Establecer las medidas oportunas que permitan minimizar los efectos perjudiciales e inconvenientes evitables para la vida cotidiana de los/as vecinos/as derivados del desarrollo de las obras del PRI			X
Revisar y readecuar, en su caso, la dotación y efectividad de los recursos y actividades actualmente establecidos en relación a los servicios básicos como limpieza, mantenimiento y vigilancia			X
Recomendaciones relativas a relaciones vecindario-Ayuntamiento			
Readecuar los cauces, recursos y modos de comunicación entre Ayuntamiento y el vecindario			X
Promover el reconocimiento y dotar de recursos de apoyo para el desarrollo de sus funciones a las entidades que contribuyen a la comunicación entre vecinos/as y Ayuntamiento			X
Recomendaciones relativas a cohesión e integración social			
Favorecer el desarrollo y la dotación de recursos a iniciativas y proyectos orientados a favorecer el encuentro, comunitario: mejorar la accesibilidad del centro cívico de Uretamendi con la construcción de un ascensor	✓		
Plantear actuaciones específicas dirigidas a las personas jóvenes del barrio con mayores necesidades, como la promoción de la vida comunitaria, la formación y apoyo académico y del empleo			X
Involucrar a los agentes e instituciones sanitarias y de trabajo social en el conocimiento, propuestas de mejora y difusión de experiencias que pueden repercutir en el bienestar y la salud del vecindario			X
Recuperar y promover las señas de identidad del barrio y modificar su imagen marginal con el fin de aumentar la autoestima del vecindario			X
Prever la identificación de necesidades y de respuestas relativas a subgrupos particulares bien por edad (personas mayores, jóvenes...), discapacidad, lugar de origen, sexo y nivel socioeconómico			X

Fuente: Adaptado de Esnaola et al., 2008

La persona entrevistada destacó que, al regresar al barrio algún tiempo después, las propuestas que tenían que ver con cuestiones urbanísticas o de equipamientos, algunas de las cuales no fueron bien aceptadas en un principio y para las que incluso no parecía existir posibilidad de llevarse a cabo, se habían ejecutado.

“Hubo cosas que pudimos cambiar, o que lo supusimos... al regresar para visitar el barrio había cosas que estaban hechas. Cosas, además, que propusimos y que no tenían nada que ver con el proyecto, eran competencia de otras administraciones... que, por lo que fuera, al volver, estaban hechas”. **Técnica EIS**

En la observación no participante realizada en el contexto de esta tesis, se pudo confirmar que siete de las recomendaciones dirigidas a la toma de decisiones relativa a las intervenciones se habían implementado, así como una adicional a los proyectos y de carácter urbanístico (Tabla 4.1.1.2). No se pudo obtener información acerca del cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con la fase de obras, así como aquellas adicionales orientadas a la mejora de la cohesión social y a la mejora relacional.

Tabla 4.1.1.2. Cumplimiento de las recomendaciones según su naturaleza

Naturaleza de las recomendaciones	Núm. de recomendaciones emitidas	Núm. de recomendaciones para las que se conoce su cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento*
Relativas a los proyectos	13	7	(4/7) 57,1%
Relativas a la fase de obras	3	0	
Adicionales:	7	1	(1/1) 100%

*sobre el número de recomendaciones para las que se conoce su cumplimiento

En referencia a las modificaciones sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud atribuibles a la EIS, teniendo en cuenta el marco de la CRDSS (2010), la persona entrevistada destacó que éstas pudieron darse, sobre todo, para los determinantes del entorno físico del barrio relacionados la mejora de la accesibilidad y con el acceso a los bienes y servicios básicos, así como para los factores psicosociales, como la mejora de la interacción y cohesión social derivada de lo anterior. Por su parte, en términos de efectos sobre el resto de determinantes relativos a las condiciones de vida y trabajo y lo determinantes estructurales, refirió que la EIS no tuvo alcance.

*“En cuanto a determinantes intermedios, probablemente todo lo relativo a la mejora de las condiciones de vida relacionadas con la mejora de la accesibilidad, evidentemente sí. Probablemente, la mejora de la interacción social y de la cohesión, yo sospecho que también, un nuevo espacio para relacionarse, facilidad para relacionarse con otros barrios. Yendo más hacia la izquierda, a las condiciones de vida y trabajo, no, no cambiamos sus casas, ni sus trabajos, ni que se dejara de trapichear en el bar del barrio. Cuanto más a la derecha en el marco, supongo que sí”. **Técnica EIS***

4.1.1.2. La efectividad indirecta de la EIS

Para el análisis de la efectividad indirecta de la EIS de UBC, se repasarán los elementos que componen esta: el aprendizaje, el fortalecimiento de la acción intersectorial, los impactos sobre otras actuaciones y otros impactos indirectos de la experiencia de la EIS.

- **El aprendizaje adquirido en la EIS**

Con respecto a la adquisición del aprendizaje conceptual o sensibilización con respecto al modelo social de la salud o el discurso de las desigualdades por parte de las personas del Ayuntamiento implicadas en el proceso, según la persona entrevistada, es una cuestión que no pareció darse. La EIS no fue percibida en ningún momento por parte de estas personas como algo prioritario, ni pareció tener calado el discurso social de la salud o las relaciones del ámbito urbanístico con la salud.

*“Pudimos entender que al área de urbanismo de Bilbao, el modelo social de la salud y la relación entre las cuestiones urbanísticas con la salud no le interesaba lo más mínimo. Estaban a otra guerra”. **Técnica EIS***

En cuanto a la población del barrio participante en la EIS, sí se lograron transmitir las cuestiones básicas relacionadas con el modelo social de la salud, se destaca, por lo intuitivo del modelo:

*“Sí, como son cosas de sentido común, en cuanto lo explicas, la gente de la calle lo reconoce en seguida. ¿Cómo no va a tener impacto en que yo me sienta triste o no el que no pueda salir de mi casa? Es muy intuitivo”. **Técnica EIS***

Con respecto a la asunción del discurso de las desigualdades sociales en salud en dicha población, el hecho de que fuera un barrio carente prácticamente de desigualdades sociales a nivel interno

dificultaba esta consideración. Sin embargo, en los grupos de discusión existía una clara conciencia de aquellas zonas del barrio -o sub-barrios- o grupos de población que resultaban más afectadas por las problemáticas relacionadas con la reforma, como la falta de accesibilidad, y en consecuencia, los impactos de las intervenciones en estos grupos se percibían de manera diferencial, haciendo alusiones a la calidad de vida de los mismos.

La situación de desventaja con respecto a la ciudad estaba claramente asumida y existía también la conciencia de la relación que esta situación podía tener con cuestiones relacionadas con la salud, especialmente en los aspectos más claros, como el mayor consumo de drogas entre la población joven.

*“Respecto a las desigualdades en salud, este era un barrio bastante homogéneo socioeconómicamente hablando. No sé si fuimos capaces de transmitir o de ellos ser conscientes de que las condiciones en que vivían con respecto a Bilbao repercutían en la salud. Yo creo que simplemente sabían que vivían en un barrio desfavorecido y que no era casualidad que la droga estuviera más presente ahí, entre los jóvenes del barrio”. **Técnica EIS***

En cuanto al aprendizaje técnico generado, referido al desarrollo de la EIS, la persona entrevistada destacó el conocimiento relativo a la herramienta adquirido por las personas del equipo evaluador. Además del manejo de la herramienta, puso de manifiesto elementos que a su parecer determinan su efectividad. Con respecto a su implementación, contemplaba su máximo potencial en el ámbito municipal y su aplicación selectiva a proyectos de carácter estratégico, más allá de su presupuesto o envergadura. Señaló que la existencia de interés político por la EIS es clave, ya que supone una manera de hacer política, más horizontal y participativa, que hace necesaria esta disposición, así como la necesidad de crear un cuerpo de conocimiento a raíz de las experiencias en el contexto estatal que ayude a simplificar y sistematizar la práctica de la EIS.

*“En primer lugar, hay que diferenciar niveles. No es lo mismo hablar de la EIS a nivel municipal, que a nivel regional, estatal, etc., no tiene nada que ver. Con el tipo de herramienta y sus fases, y todo tan sistematizado, ordenado y mascado, me parece que tiene más visos de efectividad a nivel local. [...] Sería interesante aplicarlo solo a proyectos que realmente sean estratégicos por alguna razón, no solo por presupuesto o envergadura, elegir bien a cuál aplicas”. **Técnica EIS***

*“Veo importante que haya un interés, que puede ser un interés vendido, pero que lo comprenden es esencial para que funcione todo, porque tienen que amoldar su toma de decisiones, a modificar cosas en función de lo que a nivel comunitario se recoja, que estén dispuestos a trabajar intersectorialmente. Para que se dé forma efectiva, tiene que ser un contexto en el que todos miremos en un mismo sentido, entendamos la necesidad de y queramos los mismos resultados”. **Técnica EIS***

*“Una cosa importante es extraer las enseñanzas comunes que nos permitan ser más ágiles en implementar determinadas cosas a determinados proyectos que deberían hacerse de determinada forma”. **Técnica EIS***

En cuanto al aprendizaje social, o relativo a las cuestiones relacionadas con el avance en la acción conjunta entre los sectores implicados en la EIS, según la persona entrevistada, fue muy limitado, puesto que, en esencia, la experiencia no llegó a constituirse como un espacio de trabajo intersectorial.

- **El fortalecimiento de la relación con otros sectores**

La relación intersectorial que pudo llegar a darse durante la EIS entre el equipo evaluador y el sector de urbanismo, según la persona entrevistada, se limitó al intercambio de información. Refirió que, por parte del sector de urbanismo, se dieron escasos esfuerzos y voluntades por entender la EIS y, mucho menos, por hacer de ella un proyecto compartido. Destacó que el que fuera un ejercicio obligado y que el modelo político de la ciudad se hubiera caracterizado tradicionalmente por otro tipo de enfoques, más sectorializados y jerárquicos, así como cercanos al modelo de gobernanza propio de una sociedad neoliberal, no ayudaron a establecer esta relación intersectorial y, por tanto, dificultó ese intercambio y aprendizaje común.

*“En Bilbao, los derroteros han sido otros, es un modelo de ciudad-empresa, que no está preocupado por estas cosas y menos en 2006. [...] Había que hacerlo porque sí, tenían que darnos información sobre planos, datos sobre cosas y ya está”. **Técnica EIS***

En esta misma línea se explicó cómo esta situación limitó el aprendizaje por parte del equipo evaluador acerca de otras cuestiones, como las relacionadas con el proceso de planificación, a algunas de las cuales pudo aproximarse circunstancialmente.

*“Si hubiera habido un compromiso de integrar la EIS en el proceso de planificación nos hubiésemos enterado mucho más. Coincidimos en la exposición pública del proyecto y vimos cómo lo hacían, cómo los vecinos preguntaban porque no entendían los planos... Tangencialmente sí lo vivimos...”. **Técnica EIS***

- **El impacto sobre otras actuaciones**

En el aspecto en que esta EIS fue considerada efectiva, fue con respecto a su impacto como experiencia pionera en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) y en el Estado. Este primer antecedente, acompañado por la difusión proactivamente llevada a cabo por parte del equipo evaluador y su asesoramiento y acompañamiento, motivó y facilitó el desarrollo de las EIS realizadas posteriormente. Así, presencialmente, asesoró el desarrollo de la EIS de Vitoria-Gasteiz y en la de Pasaia y de manera no presencial, las EIS de Barceloneta y Alcalá de Guadaíra.

Por otra parte, y a pesar de que desde la dirección del Departamento de Sanidad y Consumo la EIS quedara en un informe "dentro del cajón", sí fue detonante de una línea de formación en esta materia dentro del Departamento, a partir de su difusión proactiva por parte del equipo evaluador de la EIS, así como de la demanda de formación por parte de los y las técnicas de salud pública de las distintas instancias y delegaciones territoriales del Departamento de Sanidad y Consumo. Más allá de esta administración, esta formación se extendió a otras administraciones e instituciones en el ámbito de la CAV, así como en otras Comunidades Autónomas.

"Esta EIS tuvo influencia no de cara al barrio o por el camino del Ayuntamiento, sino por el camino del Departamento de Sanidad. Si algo tuvo de efectiva esta EIS fue de cara a animar, a enseñar, a que el resto aprendiera al mostrar la experiencia a un montón de gente...En este sentido sí tuvo repercusión, yo creo que realmente tuvo mucho impacto"

*"Fueron los propios técnicos, la Dirección de Salud Pública, diferentes delegaciones, los que, por escuchar, se interesaron, pidieron formación. Si es desde la gestión...". **Técnica EIS***

Tras el desarrollo de la EIS se consolidó, además, una línea de trabajo para avanzar en la estrategia de Salud en Todas las Políticas en el Gobierno Vasco, pionera en el Estado. Como parte de esta línea de trabajo e investigación, se dio continuidad al conocimiento adquirido tras la EIS, mediante una investigación realizada para identificar planes sectoriales susceptibles de ser objeto de una EIS. En el seno de esta investigación, se elaboró y validó una herramienta de cribado para la EIS sobre políticas autonómicas (Aldasoro et al., 2016), que inspiró otro instrumento con el mismo fin en el ámbito estatal (Gil et al., 2014). Adicionalmente, se investigó y trabajó en la creación de herramientas para introducir la perspectiva de la salud y la equidad en salud en la Estrategia de Desarrollo Sostenible del Gobierno Vasco. Por último y de manera reciente, tuvieron lugar dos experiencias impulsadas desde las altas instancias de Gobierno, basadas en la aplicación del Análisis de la Lente de la Salud (una herramienta de acción intersectorial sólidamente implementada en Nueva Gales del Sur) en dos planes sectoriales y que implicó la participación efectiva de personas de los sectores responsables de los planes y del sector salud.

Otro impacto de la EIS que tuvo lugar tras la primera oleada de experiencias en el Estado, fue la creación de la Asociación Española de EIS por parte de las personas que impulsaron y desarrollaron la EIS de UBC y otras del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. El objetivo era fundar un punto de encuentro formal para la comunidad EIS en el Estado, generar capacitación en torno a la herramienta y favorecer la implementación de la EIS en el ámbito estatal. Tras su fundación y relevo de la presidencia, este ente no tuvo mayor recorrido

- **Otros impactos indirectos**

El desarrollo de la EIS también arrojó otros impactos derivados del proceso, concretamente, de la participación de la comunidad. En este sentido, las personas residentes en el barrio participantes

refirieron sentirse involucradas en el proceso. Valoraron positivamente el hecho de ser consultadas acerca de su percepción sobre el proyecto y los impactos en su salud y refirieron sentirse tenidas en cuenta y representadas en las conclusiones extraídas tras la experiencia.

“Tuvo efectos secundarios positivos por participar, de hecho, nos lo dijeron en las reuniones en que expusimos los resultados, los vecinos y vecinas sentían que realmente les habían ido a preguntar sobre su propia realidad, y se habían sentido algo en parte partícipes de lo que se había producido, del propio resultado. Sí tuvo algún impacto en la gente que participó”. **Técnica EIS**

En la revisión documental se pusieron de manifiesto las diferencias entre ciertos grupos de población con respecto a la información disponible acerca de los proyectos del PRI. Mucha de esta información emergió en el seno de los grupos de discusión, mejorando este conocimiento por parte de las personas presentes.

En referencia al efecto positivo que se señalaba sobre el empoderamiento de la comunidad, se puso en cuestión su estabilidad en el tiempo, de mantenerse la situación de abandono percibida por las personas residentes del barrio.

“La sensación de empoderamiento por participar en la EIS, bueno, eso no sé qué caducidad tiene, porque lo puedes sentir en un momento dado, pero eso ¿cuánto dura?, eso no te da de comer”. **Técnica EIS**

4.1.1.3. Los factores determinantes del contexto

A continuación, se repasarán los determinantes del contexto engloban la dimensión del contexto institucional para la EIS, el contexto sociopolítico y el contexto de toma de decisiones.

4.1.1.3.1. El contexto institucional para la EIS

Con respecto a esta dimensión, se repasará lo relativo a la presencia o institucionalización del modelo social de la salud y al mandato y compromiso político para la EIS sustentado en sus valores.

- **La institucionalización del modelo social de la salud**

En el año 2006, pese a que el discurso de los determinantes sociales de salud empezaba a aterrizar en las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, éste apenas todavía había

tenido aplicación en un instrumento de planificación sanitaria. El Plan de Salud de Euskadi (2002-2010) fue el primero que recogió como línea estratégica las desigualdades sociales en salud y su abordaje mediante intervenciones que evaluaran el impacto en la equidad. Para la persona entrevistada, este hecho y la consiguiente mayor presencia del discurso en ciertos ámbitos de la administración sanitaria, constituyó la principal vía para poner en marcha la EIS.

*“No fue casualidad que la necesidad o el interés de hacer una EIS surgiera en el momento en que toda la corriente del modelo de los determinantes sociales de la salud empezara a tomar mucha fuerza en el discurso del Departamento de Sanidad. El que tuviéramos el paraguas del Plan de Salud fue muy idóneo, uno de sus objetivos era reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones que evaluaran el impacto en la equidad en salud de intervenciones no sanitarias. Y nos permitió hablar de esto, hizo que la gente empezara a hablar de esto, cuando todavía nadie lo hacía. Fue muy adecuado”. **Técnica EIS***

Por otra parte, la innovación era una línea política característica del gobierno vigente que motivó el pilotaje de la EIS. Sin embargo, como trasfondo a este afán de liderazgo innovador, el modelo de gestión política en salud que caracterizó la legislatura en que la EIS se desarrolló, así como las precedentes, fue poco transparente y participativo. Un ejemplo ilustrativo es que, a pesar de la prioridad otorgada en el Plan de Salud a las desigualdades en salud, éste era un tema que las instancias políticas del Departamento de Sanidad se resistían a tratarlo con absoluta transparencia, lo cual dificultó el avance en este sentido en aquellos primeros años. Como se describirá en los puntos siguientes, esta posición paradójica, traducida en una falta de compromiso político, limitó la aplicación de la EIS de acuerdo a sus valores y principios, así como su recorrido en cuanto al seguimiento de las recomendaciones.

*“Teníamos el paraguas del Plan de Salud. El Departamento de Sanidad, y el PNV han tenido este discurso ambivalente de querer estar a la vanguardia en varios temas, pero después tener una cultura de la gestión política para nada abierta ni transparente. Entonces se tenía esta voluntad de seguir liderando cosas, pero sin que dé problemas, sin que parezca... Los primeros años de poner sobre la mesa el discurso de los determinantes sociales en salud fue un terror, en el sentido de que hablar de que en Euskadi había desigualdades en salud... que ya se sabía y que es algo como decir que no todos ganamos lo mismo... esto dificultó mucho el tema”. **Técnica EIS***

▪ **El mandato y compromiso a nivel político para la EIS**

La puesta en marcha de la EIS tuvo lugar a partir de una petición desde la Administración autonómica del País Vasco al Ayuntamiento de Bilbao -ambas del mismo color político-, entre dos personas con cargos directivos en ambas (Dirección de Ordenación y Planificación Sanitarias del Departamento de Sanidad y Consumo y Dirección de Seguridad Ciudadana del Ayuntamiento de Bilbao). Dicha petición para la EIS se formalizó a través de un acuerdo que determinaba que la EIS

se impulsaría desde el Departamento de Sanidad y Consumo y, concretamente, sería liderada desde el Servicio de Investigación y Estudios Sanitarios, con una sólida trayectoria investigadora en el campo de los determinantes y las desigualdades sociales en salud. Estas personas contarían con la colaboración del Ayuntamiento de Bilbao en el desarrollo del proceso siendo éste el responsable último del diseño y ejecución del proyecto seleccionado. Cabe decir que los términos de este acuerdo con respecto al alcance de la EIS no fueron dados a conocer al equipo evaluador en ningún momento. Sin embargo, sin ser explícitos, resultaron ser decisivos con respecto al alcance de la EIS, puesto que existían claros límites sobre su capacidad de influencia que se pusieron de manifiesto en el desarrollo del proceso y que, como veremos más adelante, restringían la plena aplicación de los valores de la EIS.

"[los acuerdos con respecto a la EIS] Existieron, aunque no de manera explícita. Sospecho que diferentes conversaciones dirían, los límites están aquí, porque luego teníamos las manos bastante atadas sobre lo que podíamos hacer y lo que no, no podíamos decidir sobre algunas cosas, esto es porque algunas personas acordaron previamente el desarrollo del trabajo y sus límites". **Técnica EIS**

Así, desde el Ayuntamiento de Bilbao, se encargó a un grupo de personas procedentes del área de urbanismo, participar en la EIS como agentes con capacidad de incidir de manera indirecta en la toma de decisiones, actuando como mediadoras entre la EIS y la esfera de decisión. Según refirió la persona entrevistada, éstas aceptaron el encargo obligado, no sin desconfianza con respecto a las consecuencias que podía tener. Este recelo, según se desgrana de la entrevista, tenía que ver con su desconocimiento de la herramienta y por las consecuencias que podía tener, en relación con la historia de conflictividad existente entre el propio Ayuntamiento y el barrio que acogía el proyecto.

"La EIS fue una petición expresa que se hace de una administración a otra administración a regañadientes por parte de la segunda. Se desencadenó el proceso por parte del Ayuntamiento, sin ninguna intención... A regañadientes, se acepta que el Gobierno Vasco pilote una herramienta que es novedosa, que ellos no conocen, que sospechan que les puede traer problemas, pero que, a la vez, se ven obligados a hacerla porque la petición viene del mismo partido político". **Técnica EIS**

Según la persona entrevistada, por tanto, este mandato político respondía al interés de pilotar la herramienta de la EIS por vez primera en la CAV y en el Estado, pero no constituyó en ningún momento un soporte político con el cual se facilitara la plena aplicación de los valores y los principios de la EIS. Tampoco conllevó la exigencia de una rendición de cuentas durante el proceso ni en la fase posterior por ambas partes implicadas. Esto hizo que el grado de compromiso de implicación de las personas del Ayuntamiento en la EIS fuera muy débil y, en consecuencia, afectó a la plena consecución de su efectividad directa e indirecta.

4.1.1.3.2. El contexto socio-político y económico

Dentro del contexto socio-político y económico en la EIS de UBC, el elemento determinante de la efectividad de la EIS fue la conflictividad socio-institucional existente.

- **La conflictividad socio-institucional**

Las relaciones entre el Ayuntamiento de Bilbao y el tejido vecinal de UBC estaban marcadas por un historial de conflictividad, descrito en la introducción del caso. La EIS se veía doblemente influenciada por esta situación. Por un lado, el equipo evaluador tenía la necesidad de trabajar conjuntamente e intentar implicar en el proceso a un Ayuntamiento responsable de la toma de decisiones y con grandes reticencias respecto a la EIS, suponiendo que podría acarrear o reactivar focos de conflicto. Además, venía impulsada desde una esfera política que no estaba dispuesta a respaldar este abordaje. Ambas circunstancias impedían que la EIS fuera aplicada de manera plena conforme a sus valores. Así, la EIS hubo de adoptar un enfoque de proyecto de investigación, desde el cual trató de abordar las dimensiones relacionadas con las relaciones socio-institucionales de manera netamente científica y ausente de valores o posicionamientos.

Si bien esta circunstancia limitó la EIS en el sentido descrito, su desarrollo no fue ajeno a esta conflictividad y desde el equipo evaluador se decidió abordarla a través de la participación comunitaria. Así, en los grupos y entrevistas realizados se facilitó que emergieran estas cuestiones, con el objetivo de entenderlas en mayor profundidad y poder identificar impactos en la salud relacionados con ella. Así, una línea de recomendaciones fue orientada a la mejora de las relaciones institucionales con el barrio y a la transparencia por parte de las actuaciones municipales. Adicionalmente, se trató con especial cuidado el reconocimiento a las personas participantes, realizando una sesión de devolución de resultados y rescatando sus percepciones acerca del proceso de la EIS. Por otra parte, se cumplió con la metodología EIS al crear una Comisión de Seguimiento, paralela al Comité Director, conformada por personas del barrio y que supervisaba las acciones y decisiones del Comité. Por tanto, puede decirse que, a pesar de las dificultades, la EIS se adaptó al escenario de conflictividad, a la vez que trató de abordarlo y emitió recomendaciones en respuesta a algunos de principales factores que perpetuaban la situación de conflictividad socio-institucional. Finalmente, no fue posible conocer la trascendencia de las recomendaciones orientadas a mejorar las relaciones entre el Ayuntamiento y el vecindario.

Con todo ello, puede concluirse que la conflictividad afectó negativamente a la efectividad directa, ya que conllevó que la implicación de los y las agentes responsables de la toma de decisiones en la EIS fuera escasa. En cuanto a los efectos sobre su efectividad indirecta, esta ausencia de implicación limitó el potencial de la EIS de generar aprendizaje, de fortalecer la acción intersectorial y de establecerse otros impactos indirectos. Sin embargo, la profundidad con la que se abordó la conflictividad, sobre todo mediante la participación comunitaria, facilitó la identificación de los

impactos en la salud y la correspondiente emisión de recomendaciones, mejoró la información de las personas participantes acerca del PRI y, por otra parte, estas personas se sintieron reconocidas y tenidas en cuenta por el proyecto de la EIS, amortiguando de alguna manera los factores generadores de conflictividad y malestar psicosocial.

4.1.1.3.3. Contexto de la toma de decisiones

El contexto de la toma de decisiones en la EIS de UBC englobó una serie de elementos determinantes de la efectividad de la EIS que fueron: la afinidad política y el entendimiento entre actores implicados, la alineación de los valores y objetivos de los proyectos y la EIS, y el estado de planificación óptimo.

- **La afinidad política, entendimiento y acuerdos entre actores implicados**

La afinidad política entre actores implicados fue un determinante favorable para la efectividad, en el sentido que jugó un papel importante a la hora de establecerse la petición y finalmente el acuerdo político para la EIS. Resulta más improbable el hecho de que esta relación entre cargos político- directivos se hubiera establecido si ambas administraciones hubieran tenido distinta orientación política. Por otra parte, y sin otra información que permita establecer otras conclusiones, es muy probable que este mandato y acuerdo político jugaran un papel muy importante en la puesta en marcha de las recomendaciones aplicadas y, por tanto, en la consecución de la efectividad directa de la EIS. Sin embargo, la existencia de este acuerdo por sí sola, no facilitó que se estableciera un compromiso para la EIS o el reconocimiento de objetivos comunes entre las personas participantes en la EIS. Más bien, el entendimiento por parte de las personas que componían el equipo evaluador y las del sector de urbanismo del Ayuntamiento fue escaso. La aproximación por parte de éstas al proceso y al sentido del mismo y de su colaboración activa en él, no fue percibido en ningún momento. La persona entrevistada asocia este hecho a que la EIS constituía para los agentes clave una imposición “desde arriba” y para la cual no existía voluntad ni convencimiento.

*“Era una situación obligada. No hubo ningún tipo de enganche y no hicieron un recorrido hacia sentir que se acercaban a nosotros”. **Técnica de la EIS***

- **La alineación de los valores y de los objetivos del proyecto y la EIS**

El equipo evaluador hizo explícitos los valores propios de la EIS. Sin embargo, no puede decirse que estos fueran plenamente compartidos por parte de las personas participantes del

Ayuntamiento. Tal y como se ha descrito en el punto anterior, la puesta en marcha de la participación comunitaria causaba desconfianza y temor por las posibles consecuencias que podía acarrear. Este hecho dificultó que el comité director integrara a personas de la comunidad, como era deseado en un principio por parte del equipo evaluador. Por tanto, puede decirse que el terreno sociopolítico de la EIS constituía un medio hostil en cuanto a la posibilidad de aplicar sus valores.

“Estos valores de transparencia, democracia, equidad, participación comunitaria determinaron el desarrollo de la EIS en parte sí y en parte no. Hubo maneras de hacer y maneras de interrelación con los técnicos que ya pasaron por esa explicitación previa de que tenían que predominar valores de transparencia, transmisión de la información, etc... pero hubo otros, como la plena participación comunitaria que no se pudo llevar hasta sus últimas consecuencias porque había desconfianza desde el Ayuntamiento hacia el barrio por la historia bastante conflictiva que habían tenido con ellos, no se fiaban de cuál podía ser el comportamiento de los vecinos y no permitieron que se conformara un comité director que integrara a la propia comunidad y esta fue integrada en un comité de seguimiento”. **Técnica EIS**

La estrategia que se abordó para minimizar este riesgo percibido por las instituciones y que hubiera podido limitar en gran medida el desarrollo de la EIS obligó a que el equipo evaluador reformulara el proceso y sus objetivos, adoptando estos un carácter más técnico y de proyecto de investigación -centrados en el desarrollo piloto de la herramienta-, que político.

“Lo revestimos de proyecto de investigación para que perdiera un poco ese posible olorillo de lo que se supone que la EIS debe hacer, que es empoderar, la participación real, etc., para que nos dejaran hacerlo. Por tanto, esta EIS fue muy deslavada en cuanto a los valores que finalmente pudo promover, sobre los que se cimentó...tuvo un carácter mucho más técnico que político”. **Técnica EIS**

- **El estado de planificación óptimo para la EIS**

Con respecto al estado del diseño de los proyectos, éste no estaba definido en su totalidad, con lo que, desde el punto de vista del proceso de planificación, existía la posibilidad de incidir en la toma de decisiones. Sin embargo, y desde la actitud hermética de los actores responsables de la toma de decisiones, la idea que se trasladó al equipo evaluador de la EIS fue que esta posibilidad era inexistente.

“A priori sí había posibilidad de incidir porque había cuestiones que todavía estaban abiertas. Pero desde el comienzo nos hicieron ver que el proyecto era irrevocable, a pesar de que no estuviera definido”. **Técnica EIS**

4.1.1.4. Los determinantes del proceso de la EIS

En referencia a los elementos relativos al proceso de la EIS que determinaron su efectividad, se hará referencia a los elementos clave para la EIS y a los procedimientos desarrollados.

4.1.1.4.1. Elementos clave para la EIS

Dentro de los elementos clave para la EIS de UBC, se repasarán la evidencia y el conocimiento presentes y los recursos económicos para la EIS.

- **La evidencia y el conocimiento para la EIS**

La base en la evidencia se consideró un elemento valioso en la misma dirección de legitimar las recomendaciones y que éstas sean aplicadas con mayor probabilidad. Sin embargo y de acuerdo a la EIS de UBC, la persona entrevistada ponía en cuestión que las recomendaciones basadas únicamente en la evidencia procedente de la literatura científica reviertan siempre en la mejora de la salud, si es evidencia que procede de contextos muy distintos.

*“Para lograr la aplicación de recomendaciones sí, la efectividad de decir lo que hay que hacer y eso se aplique, sí que nos fue útil. Pero para mejorar la salud, no tengo claro que, cuando decíamos que si mejorábamos el acceso a Rekalde mejoraríamos el acceso a las tiendas, eso en Inglaterra se había mostrado negativo para la salud porque los grandes almacenes estaban llenos de comida basura. No tengo claro que aquí, por comprar en un supermercado, la gente vaya a tener peor salud que por comprar en la tienda del barrio. No tengo claro que la evidencia que se ha producido en el Reino Unido tenga mucho valor aquí”. **Técnica EIS***

En este sentido, consideró que la falta de evidencia constituyó una limitación a la hora de predecir impactos o hacerlo con decisión:

*“Es un problema de la falta de evidencia sobre ciertos determinantes sociales de la salud en nuestro contexto. Y con la que contábamos era esa... Yo no lo tenía claro y... [el impacto] lo pusimos como incierto”. **Técnica EIS***

Otra limitación que apuntó la persona entrevistada tenía que ver con la falta de recursos existentes en aquel momento para realizar una graduación y una priorización de los impactos identificados

según su relevancia solamente en base a la evidencia procedente de las entrevistas y de la revisión bibliográfica, lo que únicamente les permitió reflejar el sentido positivo o negativo del impacto, sin indicar su intensidad. Según refería, este factor limitaba la calidad de comunicación de los resultados.

*“Lo que no llegamos a hacer porque no teníamos los elementos suficientes para hacer la cuantificación de los impactos. No cuantificamos la intensidad, sólo le dimos el sentido, positivo, negativo o intermedio. De las entrevistas y de la revisión de la literatura no nos íbamos a sentir cómodos si teníamos que defender por qué le dábamos dos cruces o una”. **Técnica EIS***

*“La comunicación de los resultados quizá hubiera mejorado. Fuimos más conservadores en función a las limitaciones del método. Si hubiéramos dado una prioridad en función de la relevancia, sí hubiera podido mejorar la comunicación”. **Técnica EIS***

Además de la evidencia procedente de la literatura, la EIS contó con la información procedente del estudio cualitativo, que aportó evidencia local y permitió contextualizar dicha evidencia. Por otro lado, la disponibilidad de información permitió realizar una caracterización detallada de la población del barrio, en base a sus características sociodemográficas y de salud, que permitió conocer la manifestación de las desigualdades sociales en salud en el área.

Además de esta información específica necesaria para la evaluación, la EIS contó con diferentes tipos de conocimiento. Por un lado, las personas del equipo evaluador eran expertas en el modelo social de la salud, así como en cuestiones relacionadas con las desigualdades sociales en salud. En cuanto a la EIS, estas personas disponían del conocimiento teórico de la herramienta y de capacidad técnica para desarrollarla en todas sus fases y tal y como se planteó, aunque, a diferencia de los otros casos analizados, no existían precedentes en cuanto a experiencias EIS en el Estado y ésta fue la única que no contó con ese bagaje anterior. Se contó también con la presencia de una persona experta en metodología cualitativa que lideró los grupos de discusión, en el desarrollo de la participación de la comunidad para la EIS. Por último, el conocimiento de las medidas del PRI, los informes, planos e instrumentos urbanísticos y la interpretación de los mismos fueron facilitados desde el área de urbanismo, responsable del mismo en el Ayuntamiento.

Por tanto, si bien la evidencia supuso una base importante para aproximar la EIS a los impactos en salud, la escasa evidencia proveniente del propio contexto constituyó un factor limitante para esta identificación. En este sentido, la evidencia local fue útil para contextualizar la evidencia y emitir recomendaciones adecuadas. El resto de conocimiento disponible fue suficiente para el correcto desarrollo técnico de la herramienta. Sin embargo, se desconoce el impacto que la base en la evidencia tuvo sobre la efectividad directa de la EIS. La falta de implicación por parte de las y los agentes clave en el proceso dificultó que esta evidencia les fuera transmitida directamente y que pudiera ser debatida en el grupo motor, con el consecuente aprendizaje y enriquecimiento del proceso.

- **Los recursos económicos para la EIS**

En referencia a los recursos económicos para ejecutar la EIS, se contó con una beca procedente de una convocatoria del Gobierno Vasco de investigación que permitió contar con una persona a tiempo completo dedicada al proyecto. Aunque esta financiación externa fue vital para el desarrollo técnico de la EIS y supuso la rendición de cuentas como proyecto de investigación, el grado de compromiso político por la EIS no se vio incrementado.

*“Yo tenía una beca para hacer esto. Mucho trabajo y horas de los técnicos, horas entre voluntarias y no. Los recursos provenían de una convocatoria de investigación. El que contáramos con 30 mil euros no era muestra de que hubiera un compromiso, ni nada. Lo pedimos a una convocatoria pública, que nos dieron, pero esto no significó que esto tuviera otra entidad”. **Técnica EIS***

En cuanto al margen temporal para realizar la EIS, éste vino definido por el marco de la financiación otorgada. Por parte de las instituciones implicadas en la EIS, en la línea de su compromiso con la EIS, no existían exigencias temporales, ni de rendición de cuentas de ningún tipo. Sumado a esto, tampoco hubo una exposición pública de los resultados de la EIS a nivel institucional ni hubo seguimiento alguno del cumplimiento de las recomendaciones a posteriori.

*“El tiempo fue el que quisimos, de hecho, se retrasó mucho. Contamos con todo el tiempo del mundo porque no había requerimiento... esto tuvo parte buena y parte mala, porque nadie nos pedía nada, entonces, la sensación es que... el límite de tiempo fue el que estableció quien lo financiaba, pero no el relativo a la toma de decisiones”. **Técnica EIS***

4.1.1.4.2. Los procedimientos de la EIS

La categoría de los procedimientos englobó factores determinantes de la efectividad de la EIS de UBC relativos a la participación de agentes clave para la toma de decisiones, la participación de la comunidad y la transparencia y rendición de cuentas en el proceso de la EIS.

- **La participación de agentes clave para la toma de decisiones**

Los actores clave para la toma de decisiones participaron parcialmente en la EIS. Por una parte, estuvieron representados en el Comité de Dirección de la EIS, conformado por el equipo evaluador, la directora del distrito 7 de Bilbao, el director del equipo técnico del Ayuntamiento de Bilbao responsable del PRI de UBC, el director de Protección Civil y Bomberos del Ayuntamiento de Bilbao

y la directora de Planificación y Evaluación del Departamento de Sanidad. A través de las reuniones de este grupo, se vehiculaba la participación de personas con capacidad de incidir en la implementación de las recomendaciones, por ser transmisoras de la información que se gestaba en el equipo EIS a la esfera de toma de decisiones.

Sin embargo, y de manera contraria a esta previsión, la presencia de estas personas en la EIS no terminó siendo clave en este sentido ya que no se dio durante todo el proceso. No se alcanzó por parte de estas personas el grado de compromiso e implicación necesarias en ningún momento del proceso. En su lugar, fue la participación en una última reunión de otra figura del Ayuntamiento la que supuestamente haría llegar el informe de la EIS a la esfera política para ser valorado.

*“Al final del proceso estas personas desaparecieron del mapa y nos mandaron a un concejal, quizá de salud, con el que hicimos la exposición de los resultados de la EIS y él mismo dijo que pasaría el informe a alcaldía y allí verían hasta qué punto podía aprovecharse algo de lo que habíamos hecho”. **Técnica EIS***

Con todo, puede decirse que la parcialidad en la participación de agentes clave en la EIS fue un factor que, en general, no favoreció la efectividad de la EIS: en cuanto a la efectividad directa, si bien una parte de las recomendaciones fueron aplicadas, es probable que una mayor implicación de estas personas en el proceso hubiera podido favorecer la consideración del resto de medidas; y por otra parte, privó la generación de aprendizaje, fortalecimiento de la relación intersectorial y otros impactos indirectos que la interacción de los agentes en la EIS puede promover.

▪ **La participación de la comunidad**

La participación de la comunidad en el seguimiento del proceso se vehiculó de dos maneras. Por una parte, con el fin de garantizar su presencia en el establecimiento de términos, alcance y objetivos de la EIS, y ante la imposibilidad de introducirla en el comité director de la EIS, se integró en un Comité de Seguimiento. Éste estaba compuesto por tres representantes de la comunidad y por las personas del equipo evaluador y revisaba las decisiones de los contenidos consensuados en el Comité de Dirección.

Por otra parte, la fase de evaluación de la EIS contó con la participación comunitaria, la cual estuvo liderada por una persona experta en metodología cualitativa. Se llevó a cabo mediante tres procedimientos: observación participante, entrevistas individuales y grupos de discusión. Éstos últimos se realizaron diferenciando perfiles técnicos y comunitarios y, dentro de estos, se establecieron grupos de edad. No fue posible la participación de las personas jóvenes residentes en el barrio, lo que fue considerado como una limitación.

“Participaron, por un lado, personas que pensábamos que podían aportar información concreta, y que nos parecía que era de discurso más elaborado, médicos/as de familia y enfermeras del Centro

de Salud, trabajadoras sociales, la farmacéutica del barrio y la directora del Distrito y con ellos trabajamos aparte. Luego creímos que igual no merecería la pena porque iban a hablar idiomas un poco diferentes entrevistar y hacer grupos con vecinos y vecinas del barrio. Hicimos dos grupos de discusión con vecinos y vecinas de edad intermedia y uno con mayores. No conseguimos entrevistar a gente joven. Era un sector de un perfil muy concreto, estaban a otras cosas, no nos fue fácil...fue una gran limitación, porque lo que nos hubieran contado de cómo lo vivían y de cómo suponían que les iba a afectar las obras de remodelación hubiera sido muy interesante”.

Técnica EIS

La participación comunitaria contribuyó a mejorar la predicción de los impactos, por varias vías. Por un lado, permitió contextualizar o traducir para la realidad del barrio la evidencia procedente de la literatura. Así, permitió conocer la dimensión otorgada por las personas residentes a los problemas existentes y las expectativas de mejora, teniendo en cuenta las poblaciones o sub-barrios en los que se percibían mayores necesidades, así como la percepción acerca de cómo impactarían en ellas las intervenciones.

“Tuvo efecto positivo en identificar mejor los impactos reales de la intervención, porque la evidencia nos podía decir una cosa, pero luego como eso se traducía en la realidad nuestra y cómo impactaba en el barrio solo nos lo daba esa información”. **Técnica EIS**

Y por otro, permitió identificar cuestiones importantes para la salud de la población que trascendían al campo de intervención del PRI. Estas tenían que ver, por un lado, con necesidades y problemáticas relacionadas sobre todo con el persistente sentimiento de abandono de la población del barrio ante el historial de sucesivas demandas desatendidas por parte del Ayuntamiento, con la diferente situación con respecto a otros distritos de la ciudad y, por tanto, con la desconfianza y percepción de alejamiento con respecto a las instituciones. Por otro lado, puso de manifiesto aspectos positivos relacionados con el carácter reivindicativo del barrio como elemento identitario, así como con valores positivos propios del barrio y sentimientos de orgullo hacia él. Por otra parte, emergieron otras dimensiones clave con respecto a los impactos, como las carencias informativas con respecto a sus intervenciones y su naturaleza o las diferencias que residen en las dimensiones temporales para los y las técnicas del Plan y para la comunidad. Conocer esta historia de conflicto y aquellas cuestiones que conformaban el malestar colectivo, en mayor medida de aquellas que el PRI atendía, condujo a la EIS a dirigir recomendaciones en este sentido.

“Sí que gracias a la participación hubo recomendaciones que excedían los límites que nos habíamos marcado para la EIS. Hubo cosas que salieron gracias a la participación que iban más allá, que tenían que ver con problemas más históricos de autoestima, de relación institucional con el Ayuntamiento, problemas de seguridad, de limpieza, muchas cosas que a ellos les afectaba negativamente y que luego se formularon en recomendaciones”. **Técnica EIS**

*“Puedes tener datos socioeconómicos, de utilización de servicios, de patologías importantes para hacer la EIS, etc., pero si ellos no te cuentan la relación conflictiva con el Ayuntamiento no habiéramos entendido ni la mitad de lo que se cocía. Tengo la sensación de que buena parte del malestar que percibían como barrio no era la capacidad de salir de sus viviendas o de bajar a Rekalde, que eso la intervención lo iba a hacer posible, sino con esas carencias que les llevaron a secuestrar un autobús para reivindicar que el transporte público que llegue a su barrio, etc. Esto si no nos lo hubieran contado ellos, no nos hubiésemos enterado de nada”. **Técnica EIS***

Por otro lado, cabe tener en cuenta los beneficios de llevar a cabo la participación por parte de la EIS y que eso se correspondiera con una devolución de los resultados por parte del equipo evaluador. Durante los grupos de discusión se hicieron alusiones positivas al hecho de que desde el Gobierno Vasco y, en concreto “desde Sanidad” se accediera a hablar con los y las vecinas del barrio para conocer su realidad, a pesar de reconocer que la confianza en la consecución de cambios era escasa. Por otra parte, como se explicará en el siguiente punto, en la jornada de presentación de resultados, la persona entrevistada refiere que estos fueron bien acogidos por la población, que, según la persona entrevistada, vio representados sus intereses.

*“En las reuniones para presentar los resultados, veíamos que los vecinos sentían que realmente se les había ido a preguntar sobre su realidad, y que se habían sentido algo, en parte partícipes...creo que sí tuvo algún impacto en la gente que participó”. **Técnica EIS***

▪ **La transparencia y la rendición de cuentas en la EIS**

En cuanto a la transparencia con la que se gestionó la EIS, desde el plano institucional ésta resultó ser claramente mejorable.

Por un lado y como se ha comentado anteriormente, los acuerdos políticos relativos a los términos de referencia de la EIS no se dieron a conocer al equipo evaluador de la EIS ni al resto de agentes implicados. Por tanto, los valores y los objetivos sobre los que la iniciativa de la EIS se puso en marcha no se clarificaron, ni mucho menos, fueron consensuados.

Por otro lado, la ausencia de requerimientos por parte de las instituciones impulsoras, en relación al proceso, a las conclusiones finales de la EIS, así como la ausencia de seguimiento de las recomendaciones, también se acusaron a una falta de transparencia que, según la persona entrevistada, respondían al modelo tradicional de gestión política del partido en vigor.

“Esto fue el sello del partido vigente... muchos informes debajo del cajón, este entre muchos otros... luego no se le dio ningún empaque, la EIS terminó como un informe de investigación”.

“Sentían que el País vasco tenía que seguir liderando determinadas cosas, pero sin que nos dieran problemas, sin que parezca... los primeros años de poner sobre la mesa el discurso de las determinantes sociales en salud fue un terror, en el sentido de que hablar de que en Euskadi había

*desigualdades en salud... que ya se sabía y que es algo como decir que no todos ganamos lo mismo... esto dificultó mucho el tema". **Técnica EIS***

La falta de rendición de cuentas de la EIS en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones alcanzado, limitó conocer de primera mano el recorrido de las diferentes recomendaciones, así como las causas o mecanismos que motivaron la implementación de algunas de ellas.

Por su parte, desde el equipo evaluador, la transparencia fue promovida a través de la participación de la comunidad. Por un lado, durante el desarrollo de los grupos de discusión, el debate acerca de las intervenciones concretas del PRI contribuyó a una mejora de la información acerca de las mismas, cuestión que emergió como una necesidad. Por otra parte, mediante la celebración de una jornada pública al finalizar el proceso, los resultados y principales conclusiones de la EIS, conformados en parte por las contribuciones de la participación, fueron expuestos a la población. Este hecho permitió reconocer nuevos impactos indirectos de la EIS, motivados por la participación comunitaria.

4.1.1.5. Los determinantes relativos a aspectos transversales al contexto y al proceso

En cuanto a los elementos transversales al contexto y la proceso de la EIS de UBC, se identificaron la proactividad y la agencia individual.

La proactividad por parte del equipo evaluador a lo largo de todo el proceso constituyó un elemento posibilitador del desarrollo de la EIS con una aplicación lo más exhaustiva posible de sus valores. Este factor fue indispensable en el contexto tanto institucional como de toma de decisiones dado, como se ha descrito en la dimensión de *Contexto*, con valores poco alineados con los de la EIS.

*"La Organización facilitó la EIS por una parte, porque se veía en esa obligación y por otra, en su ambivalencia, también lo torpedeó, un poco de todo". **Técnica EIS***

*"Sin la proactividad no hubiera salido [la EIS], eran todo contrariedades. Si no fuera por las ganas, la ilusión, aprovechando la ventana de oportunidad, sabiendo que todos le iban a ver problemas. Una época en la que el consejero, estaba en las antípodas de la cultura de la transparencia. Todo eran problemas, lo único que pudo garantizar que esto saliera adelante". **Técnica EIS***

Más allá del proceso de la EIS, la proactividad mostrada por el equipo evaluador en la difusión de la experiencia, en la creación de la Asociación de EIS a nivel estatal, y en la docencia y apoyo a las experiencias EIS que le siguieron, permitió extender la efectividad indirecta alcanzada e influir de manera favorable en la efectividad de las mismas.

En segundo lugar, la agencia individual estuvo presente en la EIS de UBC en diferentes dimensiones: a nivel político, la iniciativa del acuerdo para llevar a cabo la EIS partió de la Directora de Salud Pública y fue aceptada por la correspondiente figura directiva en el Ayuntamiento; por otra parte, las personas decisoras que en última instancia incorporaron algunas de las recomendaciones en la toma de decisiones contribuyeron mediante su agencia individual a la efectividad directa de la EIS. Por otra parte, esta agencia la encontramos en la figura de la directora del Distrito de Rekalde participante en la EIS, con una importante implicación en el proceso. Esta persona constituyó el principal contacto con el Ayuntamiento por parte del equipo evaluador y facilitó de manera considerable el desarrollo de la EIS, apoyando a la participación, aportando información relevante y disposición.

4.1.1.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de efectividad de la EIS de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación

Los resultados de la efectividad de la EIS de UBC y sus determinantes se resumen en la tabla 4.1.3. Esta EIS tuvo una efectividad directa que se manifestó en la implementación parcial de sus recomendaciones y en la incidencia, también parcial, sobre los determinantes sociales de la salud. Por su parte, su efectividad indirecta se manifestó en las dimensiones de impactos indirectos y sobre otras actuaciones y en la adquisición parcial de aprendizaje.

Dentro de la dimensión del contexto, la presencia de un mandato y acuerdo políticos para la EIS, promovidos por la afinidad política entre ambas administraciones participantes, pudo contribuir a la efectividad directa alcanzada. Por su parte, la ausencia de un compromiso político en la línea de los valores de la EIS, la ausencia de entendimiento entre las partes implicadas, así como de alineación de los valores y objetivos del proyecto y de la EIS limitaron la efectividad directa y de la misma manera que los anteriores, la indirecta. El estado óptimo de planificación del proyecto para la EIS contribuyó a favorecer la efectividad directa e indirecta, mientras que la conflictividad socio-institucional afectó negativamente a la efectividad directa de la EIS, si bien su abordaje desde la EIS permitió generar cierto grado de efectividad indirecta.

Dentro de la dimensión de Proceso, la ausencia de acuerdos para la EIS, la falta de compromiso y la participación parcial en el proceso por parte de los actores clave para la toma de decisión, la ausencia de transparencia en el ámbito institucional y de seguimiento para la implementación de las recomendaciones, fueron los factores que obstaculizaron la consecución de la efectividad directa e indirecta -en sus dimensiones de aprendizaje y fortalecimiento de la acción intersectorial-. Por su parte, la suficiencia de recursos disponibles y la proactividad por parte del equipo evaluador contribuyeron a la efectividad directa e indirecta de la EIS, mientras que la participación de la comunidad y la transparencia externa o hacia la comunidad lo hicieron únicamente para la indirecta. En cuanto a los elementos transversales al contexto y al proceso, la proactividad del equipo evaluador fue un claro determinante de la efectividad en un contexto de toma de

decisiones hostil ante la EIS; la agencia individual, por su parte, llegó de la mano política -haciendo posible el impulso de la EIS y su efectividad mediante la incorporación de algunas recomendaciones a la toma de decisiones- y técnica, contribuyendo a facilitar el proceso.

Tabla 4.1.1.3. Tabla-resumen de la efectividad y sus determinantes de la EIS de UBC

		EFECTIVIDAD DIRECTA		EFECTIVIDAD INDIRECTA				
		Cumplimiento de las recomendaciones	Modificación de los DSS*	Aprendizaje	Fortalecimiento de la acción intersectorial	Impacto sobre otras actuaciones	Otros impactos indirectos	
DETERMINANTES DE LA EFECTIVIDAD		¿Existió?	Parcial	Parcial	Parcial	No	Sí	Sí
CONTEXTO								
Contexto institucional para la EIS								
Institucionalización del modelo social de la salud	Sí							
Mandato político para la EIS	Sí							
Compromiso político para la EIS	No							
Contexto de la toma de decisiones								
Afinidad política entre actores implicados	Sí							
Entendimiento entre actores implicados	No							
Acuerdos para la EIS	Sí							
Alineación de los valores del proyecto y la EIS	No							
Alineación de los objetivos del proyecto y la EIS	No							
Estado de planificación óptimo para la EIS	Sí							
Contexto sociopolítico y económico								
Conflictividad socio-institucional	Sí							
PROCESO								
Elementos clave para la EIS								
Base en la evidencia	Sí							
Conocimiento disponible para la EIS	Sí							
Recursos materiales para la EIS	Sí							
Flexibilidad y capacidad de adaptación de la EIS	Sí							
Procedimientos								
Participación de agentes clave para la toma de decisiones	Parcial							
Participación de la comunidad	Sí							
Transparencia y rendición de cuentas en la EIS								
A nivel institucional o interno	No							
A nivel de la comunidad o externo	Sí							
Seguimiento de las recomendaciones	No							
ASPECTOS TRANSVERSALES								
Proactividad	Sí							
Agencia individual	Sí							

Casillas color azul: el determinante influyó favorablemente en la efectividad de la EIS; Casillas color amarillo: el determinante no tuvo efecto en la efectividad de la EIS; Casillas color rojo: el determinante influyó negativamente en la efectividad de la EIS

*DSS: Determinantes Sociales de la Salud

4.1.2. Caso-estudio 2. La EIS de Vitoria-Gasteiz

La EIS de Vitoria-Gasteiz se desarrolló en el seno del Ayuntamiento de la ciudad en el año 2008, impulsada desde el Servicio de Promoción de la Salud del Departamento de Sanidad y Consumo. En aquel momento, Vitoria-Gasteiz se había integrado de manera reciente en el proyecto europeo de Ciudades Saludables de la OMS, entonces en su IV Fase. A las ciudades pertenecientes a la Red en aquella fase se les instaba a elaborar planes de desarrollo de la ciudad saludable centrados en los determinantes sociales de la salud, así como a realizar evaluaciones de impacto en salud con vistas a favorecer la acción intersectorial, con el fin de mejorar la salud y reducir las desigualdades sociales en salud. Así, en este marco de participación se elaboró el Plan de Desarrollo de la Salud de Vitoria-Gasteiz 2007-2009, el cual tenía un carácter complementario al del Plan de Salud de Euskadi entonces vigente, en cuanto a su fuerte base en el modelo de los determinantes sociales de la salud. Con el objetivo de testar la herramienta de la EIS en un plan urbanístico, se seleccionó un proyecto de ciudad en fase de pilotaje para el cual se preveía un importante impacto potencial en la salud, así como en la generación de desigualdades sociales en salud.

El proyecto consistía en el soterramiento de la línea ferroviaria Irún-Madrid a su paso por la ciudad y en la definición del diseño y usos del nuevo espacio liberado a partir del soterramiento (300 mil metros cuadrados). El acuerdo de financiación entre el gobierno del Estado, gobierno autonómico, Diputación Foral de Álava y Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz cifró la inversión en 476 millones de euros.

De manera previa al proceso de planificación del proyecto, se inició un proceso de pilotaje en el que estuvieron implicados varios departamentos del gobierno municipal, el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco y sociedades públicas, con un grado variable de responsabilidad en la toma de decisiones. El equipo promotor de la EIS decidió integrar el desarrollo de la herramienta en el proceso de pilotaje del proyecto, con el fin de orientar la posterior planificación y toma de decisiones en base a las recomendaciones que de la EIS se extrajeran. El planteamiento inicial fue tratar de establecer recomendaciones y realizar su correspondiente seguimiento tanto para el periodo de obras como para la etapa posterior a la finalización de las mismas.

Una vez finalizado el proceso de la EIS, tras la emisión de recomendaciones y la elaboración de un plan director para la puesta en marcha de las mismas, la llegada de la crisis económica hizo que se cuestionara la viabilidad económica del proyecto y este quedó paralizado, al igual que el nombrado plan director.

A continuación, se describen las dimensiones de efectividad de la EIS de Vitoria-Gasteiz y sus determinantes, en base a la revisión documental y las entrevistas realizadas al técnico promotor de la EIS, del sector de salud, y a un técnico del sector de medio ambiente participante en la EIS.

4.1.2.1. La efectividad directa de la EIS

La efectividad directa de la EIS de Vitoria-Gasteiz o su contribución a modificar la toma de decisiones no se dio, debido a que finalmente el proyecto que la EIS informaba no se llevó a cabo como consecuencia de la inviabilidad financiera de mano de la crisis económica.

El proceso fue desarrollado desde sus inicios con todas las personas representantes de los sectores implicados en la toma de decisión y éstas recibieron los resultados relativos a la identificación de impactos. Se elaboró un Plan Director que reunía las principales recomendaciones de la EIS y el área o departamento responsable de su implementación. Este Plan pasó a formar parte de los informes del Ayuntamiento y la entrevista desvela que, a causa de la suspensión del proyecto, no tuvo más trascendencia.

“En el momento en que acabó la EIS, llegó la crisis económica con toda su crudeza y se decidió aparcar el proyecto. Se hizo un plan director a partir de la EIS y sus conclusiones. Se emitieron las recomendaciones, qué organismos, departamentos, etc., tenían competencia en cada una... pero como no hubo más... ahí se quedó”. **Técnico promotor de la EIS**

4.1.2.2. La efectividad indirecta de la EIS

Para el análisis de la efectividad indirecta de la EIS de Vitoria-Gasteiz, se repasarán los elementos que componen esta: el aprendizaje, el fortalecimiento de la acción intersectorial, los impactos sobre otras actuaciones y otros impactos indirectos de la experiencia de la EIS.

- **El aprendizaje adquirido en la EIS**

El aprendizaje conceptual adquirido fue en la línea de afianzar el modelo de los determinantes sociales de la salud, tanto a nivel técnico como a nivel político. Tal y como se ha explicado en la introducción del caso, recientemente al inicio de la EIS se había creado el Plan de Salud de la ciudad y en él estaba integrado el modelo social de la salud, de manera que las personas del sector salud, cuanto menos, habían oído hablar sobre él. La EIS permitió extenderlo a la práctica y profundizar en su comprensión.

Como posteriormente se comentará en la dimensión de Proceso, a este aprendizaje contribuyó en gran grado la formación de sensibilización previa a la EIS que se impartió a la esfera política y directiva por un lado y, por otro, a las y los técnicos participantes en la EIS además del asesoramiento en el proceso, por parte de una persona experta en EIS en el ámbito internacional.

En este sentido, el técnico promotor de la EIS destacó la importancia en un momento inicial en la andadura de un trabajo intersectorial, una fase de sensibilización, para aunar conceptos y lenguajes y señala explícitamente, que es al sector salud al que le corresponde liderar esta sensibilización.

"La sensibilización inicial es muy importante. A todos nos pasa que como manejas una información, estudios... cada uno vive su realidad". Técnico promotor EIS

"Y a lo mejor es que solo lo vemos nosotros en una primera fase, otros no tienen por qué verlo. cuando decimos que tenemos que ser el pepito grillo de la salud, porque decimos que tenemos que poner la salud en la agenda de otras políticas es porque ellos no tienen por qué verlo". Técnico promotor de la EIS

En referencia al aprendizaje o sensibilización referidos a las cuestiones relacionadas con la equidad en salud, la persona promotora de la EIS no descartó que, al ser un eje que se trató de tener presente de manera sistemática en la evaluación, pudiera tener cierto calado entre las personas participantes. En cualquier caso, refirió que, desde su punto de vista, la introducción de la perspectiva de equidad en las iniciativas locales continúa siendo un reto en la actualidad.

"Al establecer todo el tiempo los grupos vulnerables para evaluar los impactos, la visión de la equidad creo que caló, pero sigue siendo uno de los retos. Todos desarrollamos proyectos, etc... pero no dedicamos el suficiente tiempo a pensar en colectivos específicos que no llegan a los proyectos o que se ven afectados. Deberíamos incorporarlo de forma sistemática". Técnico promotor de la EIS

Con respecto a esta cuestión, la persona entrevistada proveniente de medio ambiente, hizo referencia a numerosos ejemplos relacionados con el papel potencial de ciertas intervenciones sectoriales en la generación de las desigualdades en salud. Asimismo, percibía la EIS como una herramienta que pone de antemano sobre la mesa los efectos sobre las desigualdades en salud, ayudando así a la toma de decisiones:

"Yo, ingeniero, he hecho las aguas vayan muy rápidas donde tengan que ir, y lo que he hecho es una tubería que divide a la ciudad en dos y he genero un barrio o una zona en que la gente coincide con la menos favorecida. Estoy haciendo una nueva brecha social. Pues quizá si hubieras hecho un análisis de este tipo, te hubieras dado cuenta de ese efecto". Técnico del Área de Medioambiente

"Los proyectos urbanísticos antes no incorporaban ninguna perspectiva más que la puramente urbanística. Ya no puede ser porque si perseguimos la calidad de vida de los ciudadanos, hemos de hacerlo desde la perspectiva global, con criterios de equidad, de igualdad, de género... y si se piensa antes del proyecto mejor. Esas son las virtudes de esto". Técnico del Área de Medioambiente

En cuanto al aprendizaje técnico, relativo al conocimiento y manejo de la herramienta por parte de todas las personas implicadas, incluidas las de los sectores ajenos a salud, fue considerado de gran interés por las personas entrevistadas.

“Lo más interesante fue aprender del proceso de hacerlo. Aprendimos sobre la herramienta, el modelo de la salud”. **Técnico promotor de la EIS**

De las entrevistas se extrajeron reflexiones interesantes con respecto a la herramienta y su implementación en el ámbito municipal, a partir de la experiencia vivida con la EIS. En cuanto al desarrollo procedimental de la herramienta, la persona promotora reconocía que lo óptimo desde su punto de vista, es hacerlo de acuerdo a lo establecido por las guías metodológicas de la EIS, es decir, completando la totalidad de las fases de la EIS, de manera comprensiva. Sin embargo, señaló que en la realidad de la Administración local, donde los recursos son limitados, esto no siempre es factible y, por la imposibilidad de realizar una EIS de una manera metodológicamente ortodoxa, se corre el riesgo de perder la oportunidad de introducir la perspectiva del modelo social de la salud y de la equidad en salud en momentos en los que sería posible hacerlo en algún grado. Señalaba que, por tanto, no se debe perder la oportunidad de incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud adaptando la propia EIS a los recursos disponibles, si es necesario con herramientas más sencillas que la hagan viable y que aporten conocimiento y claves para orientar la toma de decisiones en este sentido.

“Lo ideal es hacerla siempre y que incorpore todo. Pero lo que me da pena es que se pueda perder la oportunidad de introducir el modelo de los determinantes sociales y de visualizar los impactos en la salud, porque se vea denso, porque de pereza... parece que de esa manera estamos perdiendo la oportunidad de hacer cosas sencillas, que van a aportar mucho a cosas que ahora mismo que no se están viendo desde esa óptica”. **Técnico promotor de la EIS**

“Para mí el reto es que la EIS se basa en el modelo de los determinantes sociales y el reto es aterrizar ese modelo al día a día. Eso, al final, o tienes unas herramientas relativamente sencillas de poner en marcha o corre el riesgo de quedarse en un modelo muy bonito pero que cuesta ver la forma de aplicarlo. No es sostenible tener que involucrar a un montón de gente para cada uno de los proyectos que hace cada área”. **Técnico promotor de la EIS**

“Las fases están bien, siempre que no te obsesiones con la herramienta y no vaya por encima de tu objetivo, que sea incorporar impactos. No podemos tener excusa de que la herramienta es engorrosa... flexibilízala, tiene que estar viva, modifícala para tu proyecto. Otra cosa es si tenemos capacidad técnica para modificar esa herramienta...pero bueno, las herramientas siempre dejan un margen [...]. Como es complejo, es bueno para determinado tipo de proyectos, tener una herramienta que no sean complejas, que sean fáciles de manejar y que al menos son capaces de aportar algo más de lo que hasta ahora se hace en este sentido. Por ejemplo, la de Udalsarea es una herramienta hecha, un checklist, la posibilidad de seleccionar elementos clave de los determinantes sociales de la salud. Igual es cuestión de ir desarrollando herramientas y que digas,

*es sencillo, aunque es poco, pero es algo que hasta ahora no se ha hecho". **Técnico promotor de la EIS***

El técnico de medioambiente participante destacó además que la herramienta tiene el potencial de incrementar la transparencia interna o en el seno de la toma de decisiones. También hizo alusión al potencial de la EIS de mejorar la transparencia externa o con respecto a la ciudadanía, mediante la mejora de la comunicación acerca de los proyectos. A su vez, refirió que esto tiene repercusión en cómo la ciudadanía recibe los proyectos o propuestas desde la Administración.

*"La EIS mejora la transparencia porque se ponen sobre la mesa datos directos o indirectos y el tomador de la decisión tiene un abanico más amplio. Yo creo que eso quedó patente en la experiencia en el Ayuntamiento. Y luego es más fácil de comunicar a la propia ciudadanía en general, no solo la que ha participado. Se le puede explicar las aristas que tienen y vamos a hacer que se comprendan mejor ciertas actuaciones. Explicar la globalidad del proyecto, las ventajas. A más información, más aceptabilidad social". **Técnico del Área de Medioambiente***

En referencia al aprendizaje social o relativo a conseguir establecer de manera exitosa la relación con otros sectores, las opiniones eran satisfactorias. En el servicio de Promoción de la Salud y en general en las áreas sectoriales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz existían antecedentes de experiencias de trabajo intersectorial. Según el promotor de la EIS, este hecho facilitó que los y las técnicas, especialmente aquellas de áreas distintas a salud, entendieran la filosofía de la EIS en cuanto a herramienta de trabajo intersectorial en salud y el adherirse a ella.

*"Por las características del servicio sí había línea de trabajo intersectorial, compartiendo objetivos con otros sectores. En eso el Ayuntamiento de Vitoria tiene una trayectoria importante que continúa. Y fue sencillo que la gente se incorporara a este enfoque". **Técnico promotor EIS***

En cualquier caso, destacó que la experiencia de la EIS predispuso a compartir y entender mutuamente los puntos de vista de los otros sectores y constituyó un espacio donde debatirlos y tomar decisiones basadas en el consenso, con la complejidad que esta manera de hacer implicaba.

*"En cuanto al trabajo intersectorial contribuyó, no inauguró, pero contribuyó positivamente, ayudó a entender cuestiones de otros sectores, salían muchas cosas, dudas, a veces, plantearse decir, ¿esto es así o estamos pensando que el impacto va a ser en esta línea? **Técnico promotor EIS***

*"Todas las puntuaciones las hicimos por consenso. Eso le añade complejidad porque había cosas que se cuestionaban. Esas puestas en común, esos debates, en ese momento se viven con desasosiego, pero lo bueno que al final se llegaba al consenso. No recuerdo ninguna situación de conflicto". **Técnico promotor de la EIS***

En relación con el punto anterior, el promotor de la EIS y el técnico del área de medioambiente entrevistados, coincidieron en que este aprendizaje adquirido fortaleció la relación intersectorial preexistente, en cuanto que contribuyó a generar cultura y entrar en contacto con nuevas dinámicas de trabajo. Ambos priorizaban el aprendizaje de la vivencia del proceso a la obtención de los éxitos o resultados esperados conforme a la incidencia en la toma de decisiones. Desde este punto de vista, ambos coincidieron en que la instauración en la administración local de la cultura y los valores que promulga la EIS se convierte en el principal objetivo, el cual es referido como un proceso y la EIS, como una herramienta para avanzar en él.

“Es aprendizaje y al final queda en la organización. La cuestión es que las organizaciones somos las personas. Si las personas cambian, ellas crean la cultura y las dinámicas de trabajo”. **Técnico promotor de la EIS**

“Es un proceso, no tiene fin, pero es un proceso de mejora. Estas herramientas pueden ayudar a que eso se acelere. No sé si la herramienta en sí o lo que ella incorpora, los determinantes, la transversalidad, el mirar lo mío, pero desde una perspectiva del contexto. [...]. Luego los éxitos, dices, hemos perdido la oportunidad de no llevar adelante todo esto. Son procesos, a veces no conviene dar pasos muy largos y que la cultura vaya calando”. **Técnico del Área de Medioambiente**

Como contribución a este acercamiento por parte de los sectores distintos a salud, emergió también la importancia de un elemento que la propia EIS pone sobre la mesa, que es la salud, y que como valor reconocido socialmente puede suponer una baza importante para impulsar iniciativas para incorporarla. El siguiente paso es hacer que estas iniciativas sean viables.

“Todo es importante, pero la salud es muy importante y la población la valora mucho. Eso es una ventaja, cada vez evolucionamos más en el sentido de que la población está más preocupada por la salud, el medioambiente. El valor salud se va a implantar fácilmente, la otra es buscar herramientas sencillas que hagan que los proyectos tengan esta perspectiva”. **Técnico promotor de la EIS**

También se pusieron de manifiesto las dificultades con las que hubo que lidiar para desarrollar este trabajo intersectorial de la manera más adecuada posible: el cuadrar las agendas, buscar lugares idóneos y tomar decisiones basadas en el consenso, lo cual, según el técnico promotor de la EIS, no resultó sencillo, a pesar de contar con el rodaje previo en cuanto al trabajo intersectorial en el Ayuntamiento.

“Aunque aquí fuera más sencillo que en otros sitios, era complicado reunir a las personas para desarrollar la EIS. Para juntarnos, hacer coincidir a la gente, hacer grupos, cuadrar agendas, había que ir a sitios neutros para centrarnos, requiere esfuerzo, requiere concentración y requiere diálogo. Teníamos que sacar mañanas enteras para juntarnos e ir avanzando”. **Técnico promotor de la EIS**

- **El fortalecimiento de la relación con otros sectores y el impacto sobre otras actuaciones**

Con respecto al fortalecimiento de la relación intersectorial a partir de la EIS, el técnico promotor de la EIS refirió que dio lugar a una extensión del trabajo conjunto tradicionalmente desarrollado en el Ayuntamiento, fundamentalmente con sectores del campo social, a colaboraciones con sectores con los que salud no había trabajado hasta el momento, como los del campo del urbanismo o la movilidad. El aprendizaje conceptual acerca de las relaciones existentes entre las intervenciones de estos sectores con la salud y la instauración de la cultura de relación intersectorial a la que anteriormente se hace referencia en las instituciones, han contribuido a este acercamiento a lo largo de estos años, pasando de relaciones de cooperación a un nivel de cooperación-coordinación.

“La EIS hizo que estas relaciones se fortalecieran de alguna manera. En Vitoria había una trayectoria de trabajo intersectorial, un Plan de Salud, como Salud actuábamos en planes sectoriales de infancia, etc. Y la EIS aportó un enfoque nuevo, que hasta ahora no se había tenido en cuenta y sí sirvió para que se abrieran colaboraciones con determinados sectores. Ante ya había un marco global para esto, pero tal vez había más colaboraciones con el campo social, pero en aspectos como el ámbito físico y urbano no se tenía tan claro. Y desde entonces, también por lo que se está trabajando los últimos años en movilidad, transporte, etc. se está viendo que existe una relación muy clara entre distintos determinantes y la salud, más de lo que se pensaba hace unos años”.

Técnico promotor de la EIS

En cuanto al impactos sobre otras actuaciones, la experiencia de la EIS dio paso, en los años siguientes, a otras actuaciones de carácter intersectorial, enmarcadas en una nueva línea de promoción de salud impulsada en el Ayuntamiento, de mano del II Plan de Desarrollo de Salud de Vitoria-Gasteiz 2013-2017. Este Plan establecía unas líneas relativas a entornos sociales de apoyo y cuidado, vida saludable y habilidades para la salud y entorno físico urbano.

Así, dichas actuaciones se realizaron con el objetivo de identificar impactos sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud de fenómenos como las bajas vacías en la ciudad, o de medidas relacionadas con las infraestructuras verdes. Se llevaron a cabo sin seguir formalmente la estructura secuenciada de la EIS, pero contaron con procedimientos propios de la herramienta, como la base en la evidencia procedente de la literatura científica, así como de la participación ciudadana (Gómez, 2016).

4.1.2.3. Los factores determinantes del contexto de la EIS

A continuación, se repasarán los determinantes de la efectividad relativos al contexto, que engloban la dimensión del contexto institucional para la EIS de Vitoria-Gasteiz, el contexto sociopolítico y el contexto de toma de decisiones.

4.1.2.3.1. El contexto institucional para la EIS

Con respecto a esta dimensión, se repasará lo relativo a la presencia o institucionalización del modelo social de la salud y al mandato y compromiso político para la EIS sustentado en sus valores.

- **La institucionalización del modelo social de la salud**

Como se ha descrito anteriormente, el Plan de Salud de Vitoria-Gasteiz (2007-2009) vigente en aquel momento, se circunscribió en el marco del proyecto de Red de Ciudades Saludables. Se desarrolló en una línea complementaria al Plan de Salud de Euskadi vigente en cuanto a su fuerte base en los determinantes sociales de la salud, e incorporaba objetivos específicos e indicadores orientados a la disminución de las desigualdades sociales de salud. Por esta razón, las y los técnicos del área de salud en el Ayuntamiento ya estaban familiarizados con el modelo de los determinantes sociales de la salud en el momento en que se planteó la EIS.

“Habíamos empezado o recién estrenado el primer Plan de Salud en el Ayuntamiento y ya se hizo con la base de los determinantes sociales, porque también coincidió con nuestra participación por primera vez en la Red Europea de Ciudades Saludable. Por tanto, muchas personas con las que trabajábamos ya conocían este enfoque de la salud”. Técnico promotor EIS

- **El mandato y compromiso a nivel político para la EIS**

La persona que promovió la EIS, jefe del servicio de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y coordinador del proyecto de Ciudades Saludables en la ciudad, fue quien conoció la EIS y se interesó por la oportunidad que ofrecía para valorar el impacto de todo tipo de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud y la salud y el enfoque intersectorial para la salud que promulgaba. Se puede decir, por tanto, que la EIS se impulsó desde un mandato técnico de alto nivel.

“Me llamó la atención y me sorprendió el tener a nuestra disposición una herramienta que valorase impactos sobre los determinantes sociales en salud y en la salud de otras políticas”. Técnico promotor EIS

En cuanto al compromiso para la EIS, las entrevistas pusieron de manifiesto que este era de naturaleza más técnica que política y fue el que impulsó la EIS y su desarrollo desde una perspectiva intersectorial, desde el compromiso, también a nivel técnico de los otros sectores. Hay que tener en cuenta en este punto que el proyecto se encontraba en una fase de pilotaje para su diseño, en la que no tenía lugar ninguna toma de decisión de gran envergadura. Por tanto, esta situación no dio lugar a que se mostrara, en caso de existir, el grado de alcance del compromiso político.

Por su parte, el grado de compromiso técnico se puso de manifiesto en las entrevistas, motivado por la alineación de varios factores en el contexto de la Administración Pública en la CAV que en aquel momento orientaban hacia la EIS. Por un lado, existía un interés por el trabajo en esta línea que era compartido y percibido como necesidad por personas en distintas administraciones locales y a nivel autonómico. En este sentido y a pesar de no percibirse exenta de limitaciones por ser la primera experiencia, la EIS fue recibida como una herramienta que no podía más que aportar en un ámbito donde poco o nada se había hecho hasta el momento.

“Con técnicos de otras Administraciones comenzamos a coincidir en cuestiones que nos enfocaban en el mismo sentido y vimos que era interesante. [...] Vieron que era una herramienta de la OMS, técnicamente nos pareció una oportunidad de explorar otra línea de trabajo que desde la prevención era muy interesante. Al ser la primera, con poca experiencia alrededor, éramos conscientes de que tendríamos limitaciones, pero siempre hemos pensado que cualquier cosa que se hiciera desde este enfoque era algo más de lo que había. Era una oportunidad de hacer patente y demostrar que desde otros sectores se puede trabajar en salud”. **Técnico promotor EIS**

4.1.2.3.2. El contexto socio-político y económico

Dentro del contexto socio-político y económico en la EIS de Vitoria-Gasteiz, el elemento determinante de la efectividad de la EIS fue la crisis económica, que actuó de manera desfavorable para la efectividad de la EIS, principalmente la directa. Con su entrada en el ámbito nacional, la viabilidad económica del proyecto de gran envergadura que era el soterramiento del ferrocarril de Vitoria-Gasteiz quedó en entredicho. El proyecto finalmente fue paralizado y las recomendaciones de la EIS no obtuvieron salida. Este hecho imposibilitó que la EIS tuviera efectividad directa y posiblemente limitó su efectividad indirecta. En este sentido, pudo limitar el grado de sensibilización o aprendizaje derivados del proceso a las personas implicadas, a nivel institucional y a la comunidad, de haberse llevado finalmente la fase cualitativa de la EIS. Por otra parte, también la EIS se privó de ser completada mediante esta participación, que finalmente no pudo llegar a darse. Por último, la crisis hizo que se perdiera la oportunidad de haber extendido el compromiso para la EIS a la esfera política y de toma de decisión. En cualquier caso, las

recomendaciones extraídas para el objeto de la EIS no desaparecieron y, en el supuesto de que el proyecto volviera a plantearse en un futuro, habría que comprobar si mantienen su vigencia y en caso positivo, se daría paso a la posibilidad de que la EIS pudiera ejercer un impacto en la toma de decisiones.

4.1.2.3.3. El contexto de la toma de decisiones

El contexto de la toma de decisiones en la EIS de Vitoria-Gasteiz englobó una serie de elementos determinantes de la efectividad de la EIS que fueron: la afinidad política y el entendimiento entre actores implicados, la alineación de los valores y objetivos de los proyectos y la EIS y el estado óptimo de planificación del proyecto.

- **La afinidad política, entendimiento y acuerdos entre actores implicados**

El grado de entendimiento entre las personas implicadas en la EIS -sobre todo en lo referido a distintos sectores o áreas del Ayuntamiento- era satisfactorio para la realización de la EIS. En buena parte tendría que ver la historia de trabajo y relación conjunta que, como se ha comentado en la dimensión de Contexto, facilitó el entendimiento y adherencia a la EIS por parte de las y los técnicos de distintas áreas.

A pesar de que la puesta en práctica del trabajo intersectorial en la EIS no estuvo exenta de dificultad, esta voluntad y compromiso compartidos por todas las personas implicadas en el pilotaje del proyecto hizo posible desarrollar el proceso hasta donde dio de sí.

En cuanto a los acuerdos para el desarrollo de la EIS, como se ha explicado en el punto de "Mandato para la EIS" de la dimensión de Contexto, no se dieron de manera explícita, sino que la participación fue de acuerdo al interés personal y al nivel en que las y los técnicos de las distintas áreas implicadas en el proyecto podían comprender que lo que allí se trataba les implicaba. En cualquier caso, la adherencia por parte de todas las partes fue satisfactoria para el desarrollo de la EIS.

"Respecto a la EIS no había acuerdo. A las personas les interesó, era una nueva visión, desde asuntos sociales, o promoción económica o urbanismo, medioambiente veían cómo aquello iba a modificar algunas determinantes más cerca de su área y era poner en evidencia que eso era así".

Técnico promotor EIS

- **La alineación de los valores y de los objetivos del proyecto y la EIS**

La alineación de los valores del proyecto con los de la EIS, según se puede desgranar de las entrevistas, era un aspecto a alcanzar, puesto que la idea era que esta fase de pilotaje, conducida desde los valores de la EIS, diera lugar a las principales directrices que orientarían la toma de decisiones final del proyecto.

Así, los valores de la EIS se explicitaron y acordaron desde el principio por parte de todas las personas participantes y determinaron el proceso. Los que se llevaron a la práctica fueron la equidad, la base en la evidencia y la transparencia, así como la participación interna. Como se explicará en el punto de "Participación de la comunidad" de la dimensión de Proceso, la participación ciudadana se decidió no llevar a cabo en la fase de pilotaje del proyecto, por razones técnicas principalmente.

De la misma manera que ocurría con los valores, la decisión de aplicar la EIS sobre el pilotaje del proyecto respondía a la voluntad de alcanzar una alineación de los objetivos del mismo con los de la EIS. Se buscaba que estos se formularan no solo en clave de mejorar el transporte de la ciudad o de mejorar el entorno urbano, sino también en clave de mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades sociales en salud.

- **El estado de planificación óptimo para la EIS**

El proyecto seleccionado para la EIS se encontraba en fase de pilotaje, según refirió la persona promotora de la EIS. Esto implicaba que, a pesar de que haberse ya establecido el acuerdo interinstitucional en términos económicos, no era un proyecto inminente y su nivel de definición era todavía escaso, con algunas líneas más aterrizadas que otras. Esto, por un lado, lo situaba en un momento favorable para poder introducir la perspectiva de los impactos en la salud y en las desigualdades en salud en su definición. Por otro, si bien aportaba una orientación acerca de las medidas que permitía llevar a cabo la EIS, el grado de definición no se consideró suficiente como para poder realizar predicciones de los impactos y las recomendaciones correspondientes con concreción. Había entonces que contar con un posible rango de alternativas en cuanto al diseño del proyecto y esto complejizaba la evaluación.

*"Sí había un proyecto, sí que había un acuerdo interinstitucional de financiación... por ser de envergadura importante, había cierta definición, en algunos aspectos no estaba del todo definido, pero sí había idea de trazados, de aprovechamiento de espacios de oportunidad, un proyecto de ubicación de una nueva estación intermodal. Sí que nos orientaba hacia la modificación de algunos determinantes". **Técnico promotor EIS***

"Lo que ayuda a hacer la EIS es que tengas bien definido el proyecto. A nosotros nos pasaba, al ser un macro proyecto, había cuestiones que no estaban concretadas con suficiencia como para poder tomar decisiones en cuanto a los impactos. Si sabes cómo está definido el proyecto, sabes cómo puede modificarse el determinante y puedes hacer una extrapolación de lo que puede ser

*el impacto en la salud, el que esté bien definido de una manera, aunque luego pueda ser modificado por la EIS. Eso siempre crea un valor añadido y que puedas hacer las modificaciones en base al criterio de salud". **Técnico promotor EIS***

4.1.2.4. Los determinantes del proceso de la EIS

En referencia a los elementos relativos al proceso de la EIS que determinaron su efectividad, se hará referencia a los elementos clave para la EIS y a los procedimientos desarrollados.

4.1.2.4.1. Elementos clave para la EIS

Dentro de los elementos clave para la EIS de Vitoria-Gasteiz, se repasarán la evidencia y el conocimiento presentes y los recursos económicos para la EIS.

- **La evidencia y el conocimiento para la EIS**

La EIS de Vitoria-Gasteiz contó, en primer lugar, con conocimiento procedente de la evidencia científica procedente de la literatura. Este elemento fue considerado clave por parte del técnico de medioambiente entrevistado, como elemento que orienta la toma de decisiones, en contraste con una realidad en la que no siempre se tiene en cuenta ni se toman decisiones informadas por ella. Por tanto, por su parte, puede decirse que constituyó un elemento que mejoró la predisposición a trabajar en la EIS.

*"La base en la evidencia es clave, lo estás sustentando en una evidencia concreta. Encuentro que hay mucho paracaidista y "sancto sanctorum" que dice cosas que no tienen ninguna base científica y se dedican recursos a cosas que no deberíamos. Necesitamos criterios razonables, es una manera de racionalizar los debates". **Técnico del Área de Medioambiente***

Además de la información procedente de la literatura, la EIS realizó una caracterización del perfil de la población de carácter sociodemográfico, en cuanto a los determinantes sociales de la salud y de estado de salud, según las zonas afectadas por el Masterplan. Esto permitió identificar grupos de población especialmente afectados por las distintas intervenciones del mismo y considerarlos de manera sistemática en la evaluación.

Como ya se ha explicitado en el contexto para la EIS, muchas personas, sobre todo del ámbito de la salud, que iban a participar en la EIS ya conocían el modelo de los determinantes sociales de la salud por estar contenido en el Plan de Salud de la ciudad.

En cuanto a la capacidad con respecto al desarrollo de la EIS y puesto que no se disponía todavía de experiencias finalizadas en el Estado, se llevaron a cabo unas sesiones de formación previa, tanto a nivel político como técnico y, por otro, el acompañamiento de dos personas con conocimiento de la herramienta: la persona experta procedente de la comunidad internacional de EIS y una persona procedente del gobierno autonómico que participaba en aquel momento de la EIS de Uretamendi-Betolaza-Circunvalación.

*“En aquel momento no había ninguna experiencia. Para no cometer errores recurrimos a una persona de la Red de Ciudades Saludables con mucha experiencia en EIS. Nos orientó y asesoró. [...] Hubo una sesión formativa para el nivel político y directivo y otra para técnicos que fueran a participar en la EIS. Ella fue desgranando el proceso y nosotros fuimos construyéndolo en sesiones de trabajo”. **Técnico promotor EIS***

En cuanto al conocimiento del proyecto, las personas del área de urbanismo disponían del mismo y estuvieron presentes de forma importante en la EIS, formando parte del grupo director.

▪ **Los recursos económicos para la EIS**

La EIS de Vitoria-Gasteiz, a diferencia de otras EIS, no recibió ninguna financiación o ayuda económica ad hoc. Los recursos para la EIS fueron percibidos, en general, como adecuados por las personas entrevistadas, si bien esta adecuación se debió a la proactividad por parte de todas las personas participantes. El tiempo planteado para la EIS fue acordado en el seno del propio grupo motor y en cuanto a las personas-tiempo, fueron voluntariamente aportados de acuerdo a las necesidades del proyecto. Destacó la importancia de contar con una persona externa al proyecto, que, en este caso sí fue contratada por el Ayuntamiento, y que llevó a cabo las tareas de coordinación y administrativas del proyecto, ante un trabajo que involucraba a tantas personas y que manejaba una cantidad de información considerable.

*“Los recursos personales fueron suficientes, éramos lo que estábamos, de hecho. Fue muy importante que tuviéramos un apoyo externo al proceso que recapitulaba los acuerdos, ordenada las fichas y redactó el documento. Tantas personas y tanta información conllevan un trabajo de coordinación que hay que tener en cuenta”. **Técnico promotor EIS***

4.1.2.4.2. Los procedimientos de la EIS

La categoría de los procedimientos englobó factores determinantes de la efectividad de la EIS de Vitoria-Gasteiz relativos a la participación de agentes clave para la toma de decisiones, la participación de la comunidad y la transparencia y rendición de cuentas en el proceso de la EIS.

- **La participación de agentes clave para la toma de decisiones**

El grupo director de la EIS estuvo conformado por en torno a 10 personas entre las que se contaba con: técnicas y técnicos de las distintas áreas municipales que estaban implicadas en el proyecto y de las áreas responsables de los determinantes sociales de la salud que podían verse afectados por él (Departamentos de Medio Ambiente y Sostenibilidad, Urbanismo, Intervención Social, Sanidad y Consumo, Promoción Económica y Empleo) el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco y sociedades públicas (Ensanche 21, Centro de Estudios Ambientales, Gabinete de Estudios y Estadísticas, Observatorio de Sostenibilidad, etc). En el grupo director estuvieron involucradas durante todo el proceso aquellas personas con capacidad de incidir en la toma de decisiones o personas con capacidad de transferir la información generada para incidir en la toma de decisiones. Según las personas entrevistadas era bastante factible que las recomendaciones que desde ese grupo se hubieran emitido, se hubiesen tenido en cuenta en la toma de decisiones.

“Había gente de urbanismo, asuntos sociales, empleo, sector de mayores, medioambiente... Todos aquellos sectores que podían estar relacionados con áreas del proyecto con los determinantes sociales de la salud afectados por él. Había personas con capacidad de incidir en la medida porque también estaban los de urbanismo” Técnico promotor de la EIS.

“Es importante la presencia de los que deciden, porque garantiza la transferibilidad de lo elaborado a la esencia del proyecto. Ella [una de las personas decisoras presentes] hubiera sido una de las personas que hubiera podido elaborar el pliego de condiciones para muchas de las actuaciones que se iban a hacer. Con lo que ya desde el contrato se hubieran plasmado aquellas cuestiones que eran, algunas bastante obvias, bien es cierto, pero que si no se plasman se quedan ahí, y otras no tan obvias y que requerían estudio porque había carencias de información, que también se podían haber hecho”. Técnico del Área de Medioambiente

- **La participación de la comunidad**

Como se ha comentado antes, a pesar de estar contemplada en un inicio, de acuerdo a los valores de la EIS, se valoró no llevar a cabo la participación comunitaria por varias razones, refrendadas

por la persona experta en EIS que la asesoraba. Por un lado, se consideró que, al tratarse de una experiencia piloto de la herramienta realizada sobre una intervención compleja, el elemento de la participación constituía un elemento añadido de complejidad que podía desdibujar y obstaculizar el aprendizaje orientado al manejo de la EIS. Por otra parte, el no contar en aquel momento de pilotaje del proyecto con la participación se vio en parte justificado por el equipo evaluador, al tratarse de un proyecto sin certeza con respecto a su ejecución.

*“No contó con la participación de la comunidad. Primero, Erica dijo que le pareció un proyecto importante, por ser la primera y por su complejidad. En primer lugar, afinar el proceso de la EIS de manera técnica, porque introduciendo la participación, tampoco era un proyecto que tenía certeza, ni que iba a ser inminente. Pensando en nosotros y en que fuéramos cogiendo experiencia, que quizá con la participación se nos iba. Por ese motivo, el proceso participativo lo aportábamos nosotros como ciudadanos”. **Técnico promotor de la EIS.***

▪ **La transparencia y rendición de cuentas en la EIS**

Con respecto a la transparencia en el proceso de la EIS, fue una constante en el proceso interno desarrollado en el seno del grupo motor. Hacia el resto de la institución, la persona promotora refirió que la EIS se dio por finalizada con la elaboración de un plan director para la implementación de las recomendaciones, que fue puesto en conocimiento de las y los representantes políticos de cada sector afectado. Con respecto a la transparencia externa o hacia la comunidad, al no contar con la participación de esta, no se realizó ninguna acción en este sentido.

4.1.2.5. Los determinantes relativos a aspectos transversales al contexto y al proceso

En cuanto a los elementos transversales al contexto y la proceso de la EIS de Vitoria-Gasteiz, se identificaron la proactividad y la agencia individual.

La proactividad por parte del técnico impulsor de la EIS a partir de su conocimiento de la herramienta fue el factor que puso en marcha el proceso de la EIS. A su convencimiento a nivel individual se sumaba el sentir compartido por parte de muchas personas del ámbito de la salud en las administraciones municipal y autonómica, que creían que la promoción de la salud debía avanzar en la actuación sobre el modelo social de la salud.

Además de la proactividad proveniente del ámbito de la salud, un factor clave para la efectividad indirecta de la EIS alcanzada fue la voluntad y el compromiso de las y los técnicos de los sectores integrantes del grupo motor de la EIS. Cabe decir que esta proactividad, aunque constituye un

determinante de la efectividad en sí misma, vino motivada por la cultura de trabajo intersectorial ya presente en la institución y por la concienciación existente acerca del modelo social de la salud.

4.1.2.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de la efectividad de la EIS de Vitoria-Gasteiz

La efectividad directa de EIS de Vitoria-Gasteiz se vio condicionada por la crisis económica, factor que impidió que se llevara a cabo el proyecto. Por su parte, su efectividad indirecta se manifestó en las dimensiones de aprendizaje y de fortalecimiento de la acción intersectorial, así como de impactos sobre otras actuaciones.

Con respecto a la dimensión contextual, la efectividad indirecta se materializó en las dimensiones de adquisición de aprendizaje y de fortalecimiento de la acción intersectorial. Esta fue favorecida, dentro del contexto institucional, por la presencia del modelo social de la salud en el Ayuntamiento y por prácticamente la totalidad de determinantes correspondientes al contexto de toma de decisiones: el entendimiento entre las y los actores implicados, la presencia de acuerdos para la EIS, la concordancia en valores y objetivos con la EIS y el estado de planificación.

Dentro del Proceso, estas mismas dimensiones se vieron favorecidas por la disponibilidad de recursos, la base en la evidencia, la adaptación de la EIS, la participación de actores clave para la toma de decisiones y la transparencia en el grupo director.

En cuanto a los aspectos transversales, la proactividad por parte del equipo evaluador y la agencia individual ejercida por las personas de los distintos sectores y departamentos municipales participantes en la EIS fueron factores favorecedores de la efectividad indirecta de la EIS.

Tabla 4.1.2.1. Tabla-resumen de la efectividad y sus determinantes de la EIS de Vitoria-Gasteiz

		EFECTIVIDAD DIRECTA		EFECTIVIDAD INDIRECTA				
		Cumplimiento de las recomendaciones	Modificación de los DSS*	Aprendizaje	Fortalecimiento de la acción intersectorial	Impacto sobre otras actuaciones	Otros impactos indirectos	
DETERMINANTES DE LA EFECTIVIDAD		¿Existió?	No	No	Parcial	Sí	Sí	Sí
CONTEXTO								
Contexto institucional para la EIS								
Institucionalización del modelo social de la salud	Sí							
Mandato político para la EIS	No							
Compromiso político para la EIS	No							
Contexto de la toma de decisiones								
Afinidad política entre actores implicados	Sí							
Entendimiento entre actores implicados	Sí							
Acuerdos para la EIS	Sí							
Alineación de los valores del proyecto y la EIS	Sí							
Alineación de los objetivos del proyecto y la EIS	Sí							
Estado de planificación óptimo para la EIS	Parcial							
Contexto sociopolítico y económico								
Crisis económica	Sí							
PROCESO								
Elementos clave para la EIS								
Base en la evidencia	Sí							
Conocimiento disponible para la EIS	Sí							
Recursos materiales para la EIS	Sí							
Flexibilidad y capacidad de adaptación de la EIS	Sí							
Procedimientos								
Participación de agentes clave para la toma de decisiones	Sí							
Participación de la comunidad	No							
Transparencia interna y rendición de cuentas en la EIS	Sí							
ASPECTOS TRANSVERSALES								
Proactividad	Sí							
Agencia individual	Sí							

Casillas color azul: el determinante influyó favorablemente en la efectividad de la EIS; Casillas color amarillo: el determinante no tuvo efecto en la efectividad de la EIS; Casillas color rojo: el determinante influyó negativamente en la efectividad de la EIS

*DSS: Determinantes Sociales de la Salud

4.1.3. Caso-estudio 3. La EIS de Barceloneta

La Barceloneta es un barrio barcelonés perteneciente al distrito de Ciutat Vella, el cual engloba el centro histórico de la ciudad, vinculado históricamente a la actividad portuaria. En respuesta al crecimiento demográfico con la industrialización, sus viviendas rectangulares se fraccionaron en cuartos de casa, parcelas de 30 m², que alojaban familias muy numerosas y cuya tipología no permitía la instalación de ascensores. Así, la accesibilidad vertical ha constituido uno de los principales problemas del barrio, teniendo en cuenta que la Barceloneta posee una población más envejecida que el resto de la ciudad de Barcelona, así como un mayor porcentaje de personas mayores de 65 años que viven solas. Sus múltiples transformaciones urbanísticas habían respondido en buena parte a un objetivo de atracción turística, alejado de la atención de otro tipo de necesidades (Martí et al., 2011), relativas a las condiciones de la vivienda, o la situación socioeconómica, claramente desfavorecida con respecto al resto de la ciudad.

Hacia el año 2000 surge el "Plan de los Ascensores", el cual posibilitaba la instalación de ascensores en las viviendas y mejorando así su accesibilidad vertical. El Plan proponía fusionar entre dos y seis fincas en una y eliminar una de ellas (o una hilera de pisos) para crear el hueco del ascensor, decisión última que residía en el acuerdo de la mayoría de las personas propietarias de las viviendas, las cuales, en muchos casos, tenían alquiladas estas viviendas en régimen de alquiler de renta antigua. La respuesta por parte de la sociedad civil fue contundente y dio lugar a la creación de nuevas asociaciones y organizaciones vecinales, que pedían el cese del plan. Entre las nuevas reivindicaciones, emergía con fuerza la de la regulación del turismo masivo en la Barceloneta atraído por los alquileres de los cuartos de casa, que se convertían en eficaces instrumentos de especulación.

Tras un proceso de negociación entre la administración y algunas organizaciones, el Plan de los Ascensores fue aprobado en 2007, de la mano de dicho compromiso político. Este acuerdo se materializó en la elaboración participativa del llamado Proyecto de Intervención Integral (PII) que suponía la puesta en marcha del plan de los ascensores y, por otra parte, aunque todavía muy centradas en la intervención física, conllevaba un conjunto de intervenciones orientadas a los problemas sociales, económicos y ambientales, con el fin de presentar dicho proyecto al programa de la Ley de Barrios de la Generalitat de Catalunya.

La Ley de Barrios era una ley autonómica catalana orientada a mejorar la calidad de vida de zonas urbanas "con necesidades especiales". Desde una visión integral de intervención, proponía actuaciones sobre el entorno físico, la vivienda y el tejido social y económico y lo hacía, además, desde el compromiso de hacer partícipe a la comunidad local en la toma de decisiones y la aplicación de las medidas acordadas (Gutiérrez, 2014). Así, otorgaba financiación a aquellos proyectos propuestos por los Ayuntamientos, los "Planes de Barrio", que fueran seleccionados para ser ejecutados en 4 años. El PII de la Barceloneta obtuvo la financiación y la responsabilidad de su gestión y toma de decisiones la asumieron el Distrito de Ciutat Vella (administración local) y Foment de Ciutat Vella S.A., una empresa público-privada encargada de su implementación. La Oficina Técnica de la Barceloneta ejercía la labor de coordinación de implementación del PII y de la participación ciudadana.

La Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), organismo público dependiente del Ayuntamiento de Barcelona y de la Generalitat de Catalunya, actuaba en el marco de la Ley de Barrios, implementando el programa de salud comunitaria "Salud en los Barrios". De manera casi concurrente al inicio de este programa en la Barceloneta, en 2008, desde el Servicio de Programas e Intervenciones Preventivas de la ASPB se puso en marcha la EIS de Barceloneta que fue desarrollada conjuntamente con la directora del Plan de Barrios de la Barceloneta y con la técnica de Gestión y Participación. Su objetivo era realizar una evaluación concurrente y prospectiva de las medidas de rehabilitación integral de los edificios del PII, cuyas actuaciones eran las siguientes:

- 1) la colocación de ascensores en aquellos casos para los cuales se alcanzara el acuerdo entre la propiedad; esta medida contemplaba el realojo de los y las vecinas de las viviendas eliminadas a núcleos de viviendas construidas en el barrio y fuera de él, aunque próximas;
- 2) la rehabilitación de los elementos comunes de los edificios, como escaleras, terrados y fachadas;

y

- 3) cambios sobre el ciclo del agua y la supresión de los depósitos de agua.

4.1.3.1. La efectividad directa de la EIS

La efectividad directa de la EIS de Barceloneta se explicará a través de dos tipos de resultados: por un lado, los impactos que tuvo sobre la toma de decisiones, en función de las recomendaciones que se emitieron; y por otro, la modificación de los determinantes sociales de la salud.

Con respecto a las recomendaciones emitidas por la EIS (Tabla 4.1.3.1), éstas se orientaron en torno a tres líneas de actuación: 1) la colocación de ascensores y el realojo de personas residentes secundario a la eliminación de viviendas para hacer viable el ascensor; 2) la rehabilitación de los elementos colectivos; y 3) orientadas a complementar las intervenciones.

El Plan de los Ascensores, que conllevaba el realojo de las personas residentes, fue derogado en 2014, por la fuerte oposición ciudadana, aunque estando en vigor no tuvo ninguna aplicación. Por tanto, aunque se exponen en la tabla, en el análisis de la efectividad directa no se tendrán en cuenta las recomendaciones dirigidas específicamente al realojo.

Tabla 4.1.3.1. Recomendaciones de la EIS de Barceloneta y su cumplimiento

Recomendaciones de la EIS de Barceloneta	Cumplimiento	
	Sí	No
Recomendaciones relativas a la colocación de ascensores		
En aquellas fincas donde no se pueda poner ascensor, considerar los casos de manera individual: valorando y priorizando aquellas situaciones de emergencia social	✓	
Colocar mensajes incentivadores para la utilización de la escalera en los puntos de decisión (entre la escalera y el ascensor)		X
Recomendaciones relativas al realojo de personas residentes en las fincas afectadas*		
Ubicar las viviendas dentro del núcleo del barrio o, en su defecto, lo más próximas a este		X
Crear itinerarios amigables, señalizados, visibles y libres de barreras arquitectónicas, así como con pacificadores de velocidad para los vehículos		X
Establecer una red de personas voluntarias del barrio que acompañen a las personas mayores realojadas fuera del barrio en sus traslados de la vivienda al barrio y al revés		X
Recomendaciones relativas a la rehabilitación de los elementos colectivos		
Rehabilitar la escalera, de manera que todos los escalones tengan la misma altura y posean bandas antideslizantes, de color visible y/o reflectantes		X
Establecer una iluminación suficiente en todos los tramos de la escalera, con interruptores accesibles desde distintos puntos	✓	
Colocar barandillas de mano continuas a al menos un lado de la escalera y a una altura adecuada	✓	
Recomendaciones para complementar las intervenciones		
Complementar con ayudas económicas para la rehabilitación de los interiores de la vivienda: eliminación de barreras arquitectónicas, eliminación de humedades.		X
Complementar con formación sobre buen mantenimiento de las viviendas: tratamiento saludable de las humedades en el interior de la vivienda	✓	
Complementar con intervenciones sobre el espacio público: eliminación de barreras arquitectónicas, suelo urbano antideslizante, peatonalización	✓	

*Los proyectos relativos a las recomendaciones no se ejecutaron finalmente

Fuente: Morteruel y Díez, 2011 (no publicado)

En cuanto a la implementación de las recomendaciones atendiendo a su naturaleza (Tabla 4.1.3.2) y teniendo en cuenta únicamente aquellas referidas a los proyectos que se llevaron a término, un 60% de las recomendaciones orientadas a mejorar los impactos en salud derivados de los proyectos tuvieron reflejo en la toma de decisiones, mientras que dos de tres recomendaciones adicionales fueron aplicadas.

Tabla 4.1.3.2. Cumplimiento de las recomendaciones según su naturaleza

Naturaleza de las recomendaciones	Número de recomendaciones emitidas	Porcentaje de cumplimiento
Relativas a los proyectos que se llevaron a cabo	5	3/5 (60%)
Adicionales	3	2/3 (66,6%)

Durante el desarrollo integral de las medidas de rehabilitación de las viviendas, tal y como señaló la persona entrevistada, entonces directora de la Oficina Técnica, desde el Plan de Barrios se trabajó desde una metodología de abordaje individual de las situaciones y de las necesidades, por tanto, alineada con la recomendación dirigida al respecto. Finalmente, las bases reguladoras de las medidas de rehabilitación establecieron tres tipos de subvenciones, entre las que estaban la de tipo general y la de tipo social, que cubría el 100% de la reforma para aquellas personas con bajo nivel de ingresos que no podían afrontar el coste de la rehabilitación. Este abordaje, por nivel de necesidad fue una medida ampliamente abordada en el grupo motor de la EIS, si bien no se puede afirmar que su cumplimiento se atribuyera a la EIS, sí puede decirse que contribuyó, mediante la abogacía realizada, a su implementación.

“La virtud que tuvo esta convocatoria de subvenciones a la rehabilitación fue que conseguimos trabajar conjuntamente comunidad de propietarios, administración y empresa constructora, de manera que pudimos adaptar las necesidades de la rehabilitación a las posibilidades sociales económicas de la finca”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

“El tema de tener en cuenta las distintas situaciones y necesidades se trató mucho en las reuniones. Y las técnicas ya tenían bastante interiorizada la necesidad de trabajar así, pero yo creo que nuestra labor de abogacía en ese sentido la teníamos que hacer y la hicimos” **Técnica EIS**

Con respecto a aquellos casos donde se instaló un ascensor, la recomendación dirigida a la colocación de mensajes incentivadores, con el fin de mantener o aumentar el nivel de actividad física de personas sin problemas de movilidad, no se puso en práctica. Las recomendaciones orientadas a la mejora de los impactos eminentemente positivos del resto de medidas, dirigidas al arreglo y mantenimiento de los elementos comunes de los edificios, se pusieron en marcha, aunque no puede decirse que la EIS contribuyera a su implementación. Por su parte, la recomendación que instaba a la colocación de bandas antideslizantes y visibles en el canto de los escalones, no se implementó.

Entre las recomendaciones, se hicieron propuestas complementarias a las intervenciones, como la formación sobre buen mantenimiento de las viviendas y específicamente, acerca del tratamiento

saludable de las humedades en el interior de la vivienda. En esta iniciativa se contó con la colaboración del equipo evaluador para elaborar un material pedagógico dirigido a los y las vecinas para abordar un problema del mantenimiento interior de las viviendas, especialmente relacionado con las humedades, detectado en la evaluación. Este material fue introducido en una "Guía de Usos y Mantenimiento de los edificios" que fue presentada en una jornada pública y difundida en el barrio.

*"Hicimos una guía de mantenimiento de los edificios, incorporamos las recomendaciones en la guía que enviamos a todas las comunidades de Barceloneta. No evaluamos, pero todo el mundo la tiene y es pedagógica. De tal manera que cuando viene un arquitecto, tú como ciudadano tengas información". **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta***

En las entrevistas a las personas residentes emergieron otros problemas que trascendían las medidas analizadas en la EIS, como el mal estado interior de las viviendas o del pavimento urbanístico del barrio, y para los cuales se recomendó la actuación, más allá de las medidas que analizaba la EIS. En cuanto a la primera recomendación, no hay constancia de que se realizara ninguna actuación en este sentido. Con respecto al pavimento urbanístico, en la observación durante el análisis, pudo constatarse la peatonalización de algunas calles y actuación de mejora de la accesibilidad en algunos puntos del barrio. Si bien ya era una medida contemplada en el Plan de Barrios y su realización no se atribuye a la EIS, la recomendación tuvo reflejo en la toma de decisiones.

En cuanto a si la EIS supuso algún impacto añadido sobre los determinantes sociales de la salud, según la técnica de la EIS, no fue posible afirmarlo, más allá del que sí tuvieron las medidas de rehabilitación desarrolladas. Refirió que la publicación y difusión del material orientado a mejorar la información sobre el buen mantenimiento interno de las viviendas pudo mejorar el nivel de conocimiento de la población con respecto a este tema. Sin embargo, la evaluación en este sentido no se llevó a cabo, por lo que esta afirmación es hipotética.

*"No podemos decir que la EIS incidiera sobre los determinantes sociales de la salud, al menos con lo que sabemos. Las medidas ya mejoraban las condiciones de la vivienda y el Plan de Barrios en general, mejoraba las condiciones de vida. Con la EIS quizá se pudo incidir en mejorar el conocimiento de las personas sobre algunas cuestiones, pero de ahí a que este conocimiento se plasmara en una mejora del mantenimiento...no lo sabemos...y está sin evaluar además". **Técnica de la EIS***

4.1.3.2. La efectividad indirecta de la EIS

Para el análisis de la efectividad indirecta de la EIS de Barceloneta, se repasarán los elementos que estuvieron presentes en este caso: el aprendizaje, el fortalecimiento de la acción intersectorial, los impactos sobre otras actuaciones derivados de la EIS.

- **El aprendizaje adquirido en la EIS**

En cuanto al aprendizaje conceptual, relativo al modelo de los DSS y el entendimiento de la relación entre las actuaciones del PII evaluadas y la salud, este fue rápidamente asumido desde el principio del proceso por las técnicas de la Oficina Técnica del Plan de Barrios, según infirió la técnica promotora de la EIS. Este aprendizaje se reflejó en la entrevista a la directora de la Oficina Técnica, quien hizo referencia la importancia de evaluar prospectiva y retrospectivamente en clave de impactos en salud cualquier política pública.

“Entendieron el modelo de Determinantes Sociales de la Salud, entendían que también lo suyo y lo nuestro redundaba en el bienestar y la salud. [...] Para un objetivo de salud y bienestar ellas pusieron sus dotes de comunicación, su organización, su estructura y su tiempo, con lo cual ese entendimiento fue fundamental”. **Técnica promotora de la EIS**

“Pienso que es muy importante en cualquier definición de política pública tener un conocimiento previo del impacto en la salud que va a tener eso y evaluarlo posteriormente”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

También recordó ejemplos concretos de resultados de la EIS que mostraron que sí hubo un calado en cuanto a la relación existente entre las intervenciones y la salud y en cuanto al debate que se generó en la fase de evaluación en el seno del grupo motor con respecto a algunos impactos. Desde su punto de vista, un enfoque interesante de la EIS es que, a pesar de la imposibilidad de adoptar la opción más saludable, permite mantener el enfoque de la salud en el resto de alternativas, minimizando los efectos negativos, de tal manera que la decisión tomada sea lo más saludable posible

“En el caso de la rehabilitación hay una correlación clara y directa con la salud. Lo que pasa es que yo creo que tiene un factor subjetivo aquello que entendemos por salud. Por ejemplo, subir escaleras es saludable, pero si yo pongo un ascensor seguro que para la persona que no puede utilizar las escaleras va a ser la opción más saludable... Entonces lo bajamos al nivel que te decía, como al final no podemos poner un ascensor, pongamos de nuevo en alto el valor salud y hagamos todos los escalones de la misma medida, barandillas más seguras para que la gente pueda subir con comodidad...”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

En cuanto a la sensibilidad generada por la EIS en torno a las cuestiones relacionadas con las desigualdades sociales en salud, el impacto a nivel de aprendizaje o sensibilización adquirida no fue tan evidente. La persona promotora de la EIS, desde su experiencia de trabajo en el marco de la Ley de Barrios hacía referencia a la dificultad que percibía a la hora de aplicar propiamente este discurso. Por un lado, la aplicación en estos programas del enfoque amplio de las desigualdades sociales en salud o la necesidad de vigilar el incremento potencial de las desigualdades en estas áreas a través de las intervenciones, puede tender a diluirse si el discurso no está bien interiorizado. Por otro lado, la técnica de salud consideraba que una dificultad añadida a la hora de implantar la perspectiva de equidad es el aspecto ideológico que conlleva. Ante esto, refería apostar por la solidez y legitimidad que aporta el método científico frente a las cuestiones ideológicas.

“Otra cosa es que como ellas han trabajado siempre en barrios desfavorecidos, todo su problema de equidad es todo el barrio con respecto al resto de la ciudad. Desde Salud Pública, desde la EIS, hemos de poner el ojo y llamar la atención sobre la necesidad de no favorecer a los más favorecidos de ese barrio”.

“Muchas veces ves que en el ámbito intersectorial son las aportaciones de salud las únicas basadas en el conocimiento científico. La equidad tiene un componente ideológico que frena a muchas personas. El tema de la equidad, si se demuestra que si reduces los problemas de equidad las mejoras en salud son para todos, eso es incuestionable”. **Técnica promotora de la EIS**

En la entrevista con la directora de la Oficina Técnica, esta puso de manifiesto que el abordaje de las diferencias socioeconómicas dentro del territorio es percibido como algo que complejiza la sectorización de las actuaciones. Por otra parte, la consideración de esta cuestión como “un mal menor” y dependiente de intervenciones sectoriales con enfoque orientado a los grupos vulnerables, pone de manifiesto que todavía hay recorrido en el calado de este discurso.

De todos modos, y con respecto al calado de los discursos que la EIS promulga, la promotora de la EIS se refirió a la importancia del tiempo y los pequeños contactos con estos discursos, en la consolidación de los aprendizajes adquiridos.

“Esto [el abordaje de las desigualdades sociales en salud] lo veo más complicado. Hay muchas situaciones desiguales en el propio distrito y no sé si sería fácil, porque te obligaría a sectorizar mucho más las propuestas que hagas. Actualmente se definen zonas, pero zonas relacionadas con la actividad [con las cuestiones que abordan los proyectos]. [...] No lo he reflexionado mucho, pero es un mal menor, siempre está bien aumentar la salud de los que ya la tienen, pero sobre todo tendríamos que focalizarnos en estas zonas...para esto esta Salut als Barris, ¿no? Yo creo que es más fácil en proyectos sectoriales”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

“Los cambios sociales, de actitudes y de prácticas de las personas no ocurren porque te expones a un taller o a una conferencia. Te expones una vez, luego el discurso llega por un lado, por otro y, poco a poco, eso va madurando en uno mismo”. **Técnica promotora de la EIS**

En cuanto al aprendizaje técnico adquirido o relativo al manejo de la herramienta de la EIS, la experiencia permitió al equipo evaluador cumplir el objetivo implícito de conocer y adquirir el manejo de la misma. La persona promotora de la EIS refirió que, por parte de las personas de la Oficina Técnica, este aprendizaje técnico fue más deficiente. Una de las causas que señalaba es que la EIS no llegó a percibirse por estas como un espacio de trabajo conjunto, que fuera va más allá del intercambio de información ya procesada por cada parte. Esta circunstancia fue atribuida por su parte al momento en que se desarrolló la EIS, en el cual todavía a nivel institucional y en la Administración era más difícil de concebir que profesionales de la salud trabajaran en temas no sanitarios y lo contrario, que profesionales expertos/as en otras áreas tenían un rol importante en la salud de la población. Como se comentará en el punto de "Reconocimiento de puntos comunes", en el momento institucional en que la EIS tenía lugar, esta filosofía de trabajo integral estaba comenzando a tomar forma.

"Lo que creo que no entendieron nunca es la metodología. Les pedíamos datos y cosas y ellas nos lo facilitaban. Pero decían: "Vosotras pedidnos y nosotras os lo pasamos, que tenéis cosas que hacer". No fue una metodología que ellas compartieran como líderes, aunque eran las líderes del programa. Yo creo que ahora esto ha cambiado mucho, dentro del Ayuntamiento y en la sociedad en general, ahora se entiende mejor que médicas, enfermeras, salubristas trabajen en determinantes de otros sectores ajenos a salud. Hace 5-10 años salud se seguía asociando a la bata, el fonendo, el centro de atención primaria y a las visitas domiciliarias como mucho". **Técnica promotora de la EIS**

Por su parte, la entonces directora de la Oficina Técnica, manifestó tener una concepción de la EIS cercana a la esencia de la misma como herramienta de toma de decisiones, aunque sin hacer referencia, en la línea del hallazgo anterior, al espacio de trabajo intersectorial que implica. Añadió, además que la herramienta, a su parecer, está poco utilizada teniendo en cuenta las oportunidades que ofrece.

"La gestión pública tiene aspectos discrecionales, yo puedo hacer una cosa siempre que la motive muy mucho y la EIS me ayuda a motivar muy mucho la decisión que tomo, hasta ahora lo veo como elemento facilitador. Necesito elementos fiables y buenos, que me muestren la evidencia...que avalen mi decisión. Yo lo percibo como un elemento que me ayuda a la toma de decisiones, y creo que está infrautilizado". **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

En cuanto al aprendizaje social o relativo a las cuestiones relacionadas con avanzar en la acción intersectorial, la EIS contribuyó a comenzar a entender algunos de los retos que implica esta nueva manera de hacer en el ámbito de la administración pública relacionados con el funcionamiento y la cultura organizativa de la administración. Por otra parte, se señaló la importancia percibida del valor salud, como recurso para potenciar la acción intersectorial (Ver en punto "Fortalecimiento de la acción intersectorial").

- **El fortalecimiento de la relación con otros sectores**

Dentro del marco del Plan de Barrios de la Barceloneta, la EIS no parece que contribuyera a incrementar la intensidad del trabajo intersectorial, más allá de la participación en las estructuras de participación de diferentes sectores institucionales establecidas en los mismos. La EIS y sus resultados fueron presentados por parte de la técnica promotora en el Comité de Evaluación y Seguimiento de la Barceloneta, sin obtener mayor repercusión. De la entrevista se desgranó que la acción intersectorial llevada a cabo sobre el funcionamiento de estos órganos de participación se basaba en el intercambio de información y en la cooperación, no alcanzando mayores niveles de intensidad para dicha acción.

“Aquí, como en otros Planes de Barrio, hemos participado en comisiones de seguimiento, pero para hablar de “lo mío”, para explicar nuestra aportación y colaboración y complemento al trabajo que se iba a hacer a la Llei de Barris desde Salut als Barris. Pero no desde el punto de vista que la EIS establece, de acción más colaborativa y de sinergias”. **Técnica promotora de la EIS**

Sin embargo, en el ámbito de la administración pública local en la ciudad de Barcelona, han surgido en la última década nuevas iniciativas intersectoriales que incorporan las cuestiones de la salud y la equidad en salud y una de ellas, es fruto directo de esta experiencia, como veremos en el punto de *“Impacto en otras actividades”*.

En las entrevistas, se pusieron de manifiesto retos existentes para el establecimiento de la acción intersectorial en la administración. Así, por un lado, se hizo referencia a la verticalidad en el funcionamiento de la administración y la brecha existente entre la consideración de quién tiene el poder y quién tiene la autoridad.

“Las administraciones públicas son jerárquicas, unos niveles muy marcados y estamos muy acostumbrados a trabajar en vertical y cuando tenemos que trabajar en horizontal nos cuesta”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

“Porque yo lo que hago tradicionalmente es creer lo que hace mi jefe. Si yo apodero a una persona que está aquí abajo, que no es necesariamente un jefe, sino que es un técnico experto en esto, para que pivote un proyecto, que tiene que contar con servicios jurídicos, con salud, etc., es especialmente difícil porque esa persona a la que yo como gerenta del Distrito le he dado este poder, delante del resto no tiene la autoridad. Esa diferencia entre poder/autoridad es compleja y la administración pública es especialmente dramática en esto”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

Relacionado con lo anterior, señaló que es condición indispensable que se dé un cambio de cultura organizativa en la administración para la acción intersectorial pero que, en cualquier caso, se está dando. Un ejemplo son los Planes de Barrio que, en el momento de la entrevista, comenzaban a

desarrollarse en la ciudad de Barcelona. Estos beben de la filosofía de la Ley de Barrios, tienen su base en ese enfoque transversal y son un ejemplo de materialización de esta gestión horizontal a nivel municipal. Este cambio de cultura al que la entrevistada hacía referencia no solamente conlleva retos a nivel estructural, sino que también concierne a una voluntad intrasectorial e incluso individual, orientada a confluir con los demás sectores y personas. Esto apela a actitudes orientadas a una confluencia de intereses y preocupaciones, de problemas sentidos como propios y de lenguajes.

*“El cambio de cultura es complicado, pero los planes de barrio intentan hacer esto, porque cuando yo implemento una cosa, que soy una oficina que está en el territorio y tienen que venir de otros sectores urbanismo, salud, medioambiente, feminismos... eres capaz de aglutinar esa acción transversal. Esa metodología con esos nuevos planes de barrios, va a ser una nueva manera de hacer, es una nueva cultura organizativa que está en alza en cuanto a la acción intersectorial en el Ayuntamiento”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta***

“El proyecto transversal es este, este es el objeto, pero al principio somos una suma de burbujas, hasta que al final somos una...y vamos remando todos en la misma dirección. Es necesaria una visión compartida y compartir objetivos iniciales. Es importante pasar a trabajar por proyecto y no por órgano gestor”.

“Los lenguajes nos cuesta mucho. ¿Podemos hablar normal y que nos entendamos todos? Cada uno está acostumbrado a hablar en sus términos. Es un síntoma más de que cuando haces proyectos conjuntos nadie es capaz de pensar en que cuando yo digo tal, el otro no tiene por qué saber de qué estoy hablando”.

*“El lenguaje y la actitud de, es que esto para mí no es un problema. Si partimos de una base de que cada uno tenemos nuestra visión... es un retazo la acción intersectorial”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta***

La siguiente consideración que emerge de la entrevista es el aprovechamiento del reconocimiento social y ampliamente extendido en otros ámbitos sectoriales que existe acerca del valor salud, como baza para implementar herramientas como la EIS.

*“Cuando tú pones la palabra salud, todo el mundo abre las orejas. Es una cosa que todo el mundo ve como necesaria, es indiscutible. Bienestar o calidad de vida son objetivos que todos ponemos en nuestros proyectos, cuando pones la palabra salud en la mesa tiene un empaque importante, percibo que es un tema que atrae la atención”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta***

- **El impacto sobre otras actuaciones**

En cuanto al impacto sobre otras actuaciones o proyectos, a corto plazo con respecto a la finalización de la EIS, se conformó en Grupo de Salud del Plan de Barrios, en el que estaba presente la ASPB y se impulsó el programa "Barceloneta, Pas a Pas", un programa de promoción de actividad física basado en grupos de caminatas por las diferentes partes del barrio y zonas próximas. La relación establecida previamente en la EIS entre la Oficina Técnica y la ASPB, facilitó la implementación de este programa.

Pero quizá el impacto más destacado de la EIS haya tenido lugar siete años después, trascendiendo el marco del Plan de Barrios. La que fue directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta ocupaba, en el momento de la entrevista para esta tesis, el cargo de gerencia del Distrito de Ciutat Vella (que comprende los barrios de la Barceloneta, Raval, Gòtic y Santa Caterina i Sant Pere), centro histórico y turístico de la ciudad de Barcelona. En ese momento se estaba llevando a cabo el diseño del nuevo Plan de Usos del distrito -una herramienta urbanística reguladora de los establecimientos de concurrencia pública, hotelería y otras actividades como el ocio nocturno en dichos barrios. Este diseño conllevaba importantes implicaciones en la calidad de vida de los y las vecinas, entre otros asuntos, por el impacto de estas actividades en el descanso de los y las vecinas. Esta persona, conocedora de la herramienta y sensibilizada ante esta cuestión de salud, había solicitado la realización de una EIS a la ASPB, como herramienta para la toma de decisiones relativa a dicho Plan de Usos.

*"Hay una zona en el Distrito con un monocultivo de ocio nocturno. Para hacer un nuevo plan de usos, para ser más consecuentes con los problemas que tenemos ahora con las actividades de concurrencia pública, una de las cosas que he encargado para poder tomar la mejor decisión a la hora de hacer este nuevo plan de usos es un estudio de impacto en la salud de las actividades de ocio nocturno de Barcelona, especialmente de esta zona. Para poder comprobar que tiene un impacto negativo, nos basaremos en lo que nos diga este estudio". **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta***

La persona promotora de la EIS de Barceloneta consideró esta petición como un resultado de alguna manera derivado de la experiencia de la Barceloneta, en cuanto a que ésta dio a conocer la herramienta a la actual gerenta del distrito y confiar en ella como un elemento que puede apoyar la toma de decisiones.

*"Esto muestra que ella entendió la EIS en su día, y ahora la pide porque la conoce... confía en el método, sabe que no le va a importunar ni le va a poner en un compromiso, sino que es un método que le permite, si tiene una demanda social, dar respuesta. Y ella lo vio, o sea, es brutal el impacto, porque no es que yo lo pida como línea de trabajo en mi institución de salud pública, sino que lo está solicitando una gerente de distrito". **Técnica promotora de la EIS***

Por otra parte, el avance logrado en estos últimos años en cuanto al reconocimiento de la salud y la equidad en salud como elemento transversal a las políticas públicas es un elemento clave en estos impactos indirectos. La generación de evidencia específica sobre el impacto en la salud de las Leyes de Barrios por parte de la ASPB y su amplia difusión han contribuido de manera clave a la sensibilización e interiorización de este discurso en el ámbito político municipal, con la ayuda de un cambio político que ha empujado en esta línea.

Prueba de ello es que, en los nuevos Planes de Barrios, apuesta estrella promovida desde la alcaldía del Ayuntamiento de Barcelona, que recogen la filosofía y metodología transversal de la Ley de Barrios, está muy presente la relación de estas intervenciones con la salud.

"...insisto que, cada vez más, todos somos conscientes de que la salud es un elemento que ha de ser transversal a todas las políticas públicas". **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

"No sé si tan en concreto la experiencia de la Barceloneta, sino toda la reflexión en general que se está haciendo, que ahora que estamos definiendo los Planes de Barrios en este mandato y tenemos muy claro este impacto en los barrios. A pesar de que la mayor fuente de inversión sigue estando en la piedra, el discurso de la salud, la evidencia acerca de los impactos sobre la salud, principalmente la salud mental de la Llei de Barris, etc... está muy presente". **Técnica de Gestión y Participación ciudadana el Plan de Barrios de Barceloneta**

4.1.3.3. Los factores determinantes del contexto de la EIS

A continuación, se repasarán los determinantes de la efectividad relativos al contexto, que engloban la dimensión del contexto institucional para la EIS de Barceloneta, el contexto sociopolítico y el contexto de toma de decisiones.

4.1.3.3.1. El contexto institucional para la EIS

Con respecto a esta dimensión, se repasará lo relativo a la presencia o institucionalización del modelo social de la salud y al mandato y compromiso político para la EIS sustentado en sus valores.

- **La institucionalización del modelo social de la salud**

En los momentos de inicio de la EIS, en el sector salud en la administración apenas se había introducido el discurso de la SeTP. La ASPB es una institución municipal puntera en Cataluña y a nivel estatal en la provisión de servicios de salud pública desde el modelo social de la salud y con el de reducción de las desigualdades sociales en salud. La implementación del programa “Salut als Barris” es un claro ejemplo de actuación sobre los determinantes sociales de la salud con este fin. Por otra parte, desde la ASPB, Barcelona participaba en la Red de Ciudades Saludables, que en aquellos momentos tenían el compromiso de elaborar planes de desarrollo de la ciudad saludables, centrados en los determinantes sociales de la salud, así como a realizar evaluaciones de impacto en salud con vistas a favorecer la acción intersectorial destinada a fomentar la salud y a reducir las desigualdades. Este fue el principal impulso para que desde la ASPB se realizara una EIS, sumado a la proactividad de la persona promotora.

Sin embargo, la Ley de Barrios fue una política precursora de la actuación integral de gobierno, más centrada en las intervenciones sobre el entorno físico en un inicio. Fue relevante para la EIS el hecho de que el Plan de Barrios de la Barceloneta fuera el primer desarrollo de la Ley de Barrios que incorporaba una lógica más integral, con mayor perspectiva intersectorial. Con lo cual, se puede decir que, a pesar de la prematuridad del momento institucional en relación a estos temas, la Ley Barrios presentaba ya unas condiciones óptimas para comenzar a introducir el discurso de la SeTP.

Por tanto, en un momento de apertura a estas nuevas maneras de pensar y de hacer en la administración local, y siendo la Ley de Barrios una de las iniciativas políticas que mejor ilustraban esta nueva dirección, la EIS supuso una de las primeras experiencias de acción intersectorial en salud. El aprendizaje, la relación intersectorial establecida y los impactos sobre otras actuaciones alcanzados, son dimensiones de efectividad indirecta alcanzadas también en base a este momento adecuado.

Más allá de la experiencia EIS, la continuidad del calado de esta nueva cultura organizativa en el seno de la administración en la última década ha sido paralelo a la concienciación en torno al modelo social de la salud y al conocimiento del impacto que políticas no sanitarias tienen sobre la salud. Un papel importante en la ciudad de Barcelona ha jugado la ASPB, al estudiar y generar evidencia acerca de los impactos de la Ley de Barrios sobre la salud y las desigualdades en salud (Mehdipanah et al. 2013, 2014, 2015) y trasladarla a instituciones y ciudadanía. Por otra parte, los programas de Salut als Barris en el marco de la Ley de Barrios en los barrios de Barcelona han dado lugar a intervenciones en salud comunitaria que se han mostrado efectivas para la mejora de esta y han contribuido a un refuerzo de la salud comunitaria en la actual línea de gobierno municipal.

Todos estos elementos contribuyen y constituyen en sí mismos un calado del discurso de la SeTP en la administración. En este camino se sitúa la solicitud de una EIS desde el distrito de Ciutat Vella para un nuevo instrumento de planeamiento urbanístico, impacto indirecto derivado de la EIS de Barceloneta.

- **El mandato y compromiso político para la EIS**

La EIS de Barceloneta no contó con ningún mandato político para su puesta en marcha ni para su desarrollo. De la misma manera, tampoco contó con un compromiso político que la soportara y que garantizase en algún grado la aplicación de las recomendaciones que de ella se derivaran. En su lugar, se instaló un acuerdo informal entre las personas implicadas, dos de ellas con cargos de responsabilidad a nivel técnico, y basado en el interés por testar la experiencia de la EIS sobre algún ámbito del PII. Desde el punto de vista del equipo evaluador, si bien la iniciativa se sustentaba en un sólido compromiso técnico, la falta de soporte político disminuyó la probabilidad de que la EIS fuera efectiva.

*“La nuestra fue una aproximación muy técnica, un acuerdo técnico de alto nivel...” **Técnica promotora de la EIS***

*“Depende del objetivo que tengas, en este caso era más un interés por llevar a cabo la experiencia que otra cosa... pero sin duda la falta de soporte a nivel político, disminuye la probabilidad de que la EIS sea efectiva. En la EIS de Barceloneta, un acuerdo a nivel político, por ejemplo, entre gerencia de la ASPB y del Distrito, hubiera dado otro empaque al proceso y a sus resultados”. **Técnica promotora de la EIS***

4.1.3.3.2. El contexto socio-político y económico

En relación con la esfera sociopolítica y económica, la conflictividad socio-institucional existente fue el elemento presente determinante de la efectividad.

La conflictividad socio-institucional en Barceloneta venía motivada por una histórica disconformidad por una parte del sector asociativo vecinal con el Plan de los Ascensores. Este plan era percibido como parte de lo que se consideraba un refrendo por parte del Ayuntamiento de un plan de promoción turística en el barrio, facilitando la especulación y expulsando de él a los sectores más vulnerables. Estas percepciones se extendían a la propia Ley de Barrios, la cual ponía el Plan de nuevo sobre la mesa, si bien el PII propuesto se había elaborado desde una base participativa, y las manifestaciones de protesta habían sido una constante durante los dos años previos al inicio de la EIS.

El Plan de Barrios de la Barceloneta se puso en marcha con un plan de participación estructurado, que contemplaba unos canales y unos órganos específicos. Desde la EIS se planteó llevar a cabo, con el apoyo de la Oficina Técnica, algunos grupos focales dirigidos a cumplir los objetivos de la EIS. En este contexto de confrontación, desde el Plan de Barrios no se mostró disposición para que se realizara un proceso participativo paralelo al Plan diseñado. Es probable que la celebración de una dinámica participativa fuera del Plan de Participación oficial, liderada por personas ajenas a la

estructura del Plan de Barrios fuera percibida como una amenaza ante la potencial generación de expectativas o de nuevos focos de conflicto.

*“Es cierto que no nos dijeron que no a hacer grupos focales, pero tampoco nos lo facilitaron. De alguna manera creo que el que se conformase un proceso participativo formal fuera de la Ley de Barrios y liderado por personas externas era percibido como una amenaza, quizá porque pudieran generarse expectativas o porque, simplemente, no interesaba introducir más ruido a lo que ya había. En aquel momento estaba en auge toda la oposición frente al Plan de los ascensores recién aprobado y todo el conjunto de intervenciones era visto como una amenaza para el vecindario, por la especulación, los pisos turísticos, etc.” **Técnica de salud pública***

*“En otros barrios nos ha ocurrido, el no poder hablar con los vecinos ni hacer un diagnóstico mientras lo hace Llei de Barris, con el argumento de que no se pueden hacer diagnósticos paralelos, pero también por miedo de que interfiramos en su relación con vecinos y de las entidades con los vecinos”. **Técnica promotora de la EIS***

Ante esta divergencia el equipo evaluador planteó realizar una exploración cualitativa basada en entrevistas individuales, orientada a conocer algunas percepciones acerca de los impactos en salud de las medidas desde distintos perfiles, tanto ciudadanos como técnicos. Los perfiles ciudadanos no se seleccionaron en base a conocer los puntos de vista confrontados, sino que se limitaron a los facilitados desde la propia Oficina Técnica. Podemos decir, por tanto, que la EIS adoptó un carácter exploratorio, más técnico que político, y aséptico en cuanto a algunos de los valores de la EIS. Así, los impactos que se pudieron identificar y las recomendaciones emitidas se situaban muy próximos a los efectos sobre la salud física y mental y la cohesión social del barrio derivados de las intervenciones, sin abordar aquellos más relacionados con el contexto sociopolítico y, en concreto, con la conflictividad socio-institucional existente en torno a las medidas analizadas.

La técnica de salud entrevistada destacó que el conocimiento sobre estas cuestiones hubiera aportado claves para poder lograr emitir recomendaciones orientadas a cuestiones más estructurales, perennes en el tiempo y con mayor potencial para mejorar la salud y la equidad en salud.

*“La EIS no llegó a incidir sobre cuestiones muy importantes en la Barceloneta, que iban más allá de colocar un ascensor o no. Toda esa esfera, esa preocupación en torno a la regeneración, que ya tenía una trayectoria, al qué va a ser de mi barrio, si ahora ya, tal y como estamos, vemos que se especula, que el nivel de vida aumenta, que nuestro tejido social se está poniendo en peligro, que van a echar a gente del barrio fuera, y ¿dónde están las instituciones?” **Técnica de la EIS***

*“(las recomendaciones) hubieran tenido la mayor duración en el tiempo, porque la Ley de Barrios pasó, pero el Plan de los Ascensores ha seguido su debate y los problemas de entonces continúan vigentes, con lo cual las recomendaciones de mayor alcance hubieran sido aquellas que apuntan más a estas cuestiones de gobernabilidad, que perduran en el tiempo” **Técnica de la EIS***

Como se ha comentado, el Plan de los Ascensores fue finalmente derogado en el año 2014, fruto de la oposición ciudadana, pasando por una voluntad de blindar el patrimonio urbanístico de la Barceloneta por parte del Ayuntamiento. En cuanto a los efectos sobre la efectividad alcanzada de estas circunstancias, el hecho de que la medida se derogara se tradujo en la imposibilidad de que las recomendaciones, orientadas a maximizar los efectos positivos de la colocación de ascensores y a reducir los efectos negativos de la medida, concretamente del realojo, llegaran a implementarse. La falta de abordaje de las dimensiones en torno al contexto sociopolítico evitó incidir en la potencial mejora de la salud relacionada con las recomendaciones o consideraciones que se podían haber realizado, de llegar a tenerse estas en cuenta.

4.1.3.3.3. El contexto de la toma de decisiones

El contexto de la toma de decisiones en la EIS de Barceloneta englobó una serie de elementos determinantes de la efectividad de la EIS que fueron: la afinidad política y el entendimiento entre actores implicados, la alineación de los valores y objetivos de los proyectos y la EIS, y el estado de planificación óptimo.

- **La afinidad política, entendimiento y acuerdos entre actores implicados**

Las dos partes implicadas en la EIS - el equipo evaluador y la Oficina Técnica de la Barceloneta- mostraron un buen entendimiento a lo largo de todo el proceso. La técnica promotora de la EIS destacó la buena acogida por parte de las personas de la Oficina Técnica, de las que refiere que rápidamente entendieron el discurso del modelo social de la salud, la relación de las medidas de la Ley de Barrios con la salud y el bienestar y que, por tanto, hicieron suyo el objetivo de la EIS, así como las ganas de trabajar conjuntamente.

*“Éramos cuatro, dos más junior dos más senior, con interés de trabajar juntas, que veíamos que podíamos potenciar los resultados en salud... Creo que tuvimos mucha suerte con las técnicas del Plan de Barrios, fuimos muy bien atendidas, con toda frescura y proximidad”. **Técnica promotora de la EIS***

- **La alineación de los valores y objetivos del proyecto y la EIS**

El proyecto (y de trasfondo, la Ley de Barrios) estaban alineados con la EIS principalmente en tres valores: la participación, la equidad y la salud, entendida como bienestar y calidad de vida.

Los dos primeros facilitaron el entendimiento y la identificación de puntos comunes para con la EIS. Sin embargo, el que en mayor medida fue reconocido por parte de la Oficina Técnica fue la salud. Las técnicas consideraron que este elemento aportaba un valor añadido a la vertiente social y al objetivo de la Ley de Barrios de mejorar la calidad de vida. Así, éstas asumieron la EIS como un elemento que remaba en la misma dirección y que, además, aportaba el valor salud al proyecto.

“No fue para nosotras una carga el pensar en esta lógica de salud. A efectos de lo que íbamos a hacer y a efectos del trabajo a hacer, era lo mismo. Era una forma de darle valor al trabajo, nosotros ya intuíamos que había una lógica social y de mejora de la calidad de vida de las personas, pero lo que vosotras nos disteis era la visión de calidad añadida. Una motivación de pensar, esto es muy importante, más allá de rehabilitar una finca”. **Técnica de Gestión y Participación Ciudadana del Plan de Barrios**

Otros puntos destacados en los que la Ley de Barrios se alineaba con la EIS fueron el carácter integral y la transversalidad, basadas en una acción horizontal de los múltiples sectores, niveles y actores implicados en la toma de decisión. Conforme el recorrido de la Ley de Barrios fue avanzando, la horizontalidad fue adquiriendo mayor presencia, siendo el de Barceloneta uno de los primeros planes de barrio donde más calado llegó a adquirir este modelo de intervención.

La presencia de esta lógica integral y transversal de los proyectos fue redundante en las entrevistas y fue considerada una característica clave de las intervenciones a las que la EIS debe dirigirse, para que esta resulte efectiva. Además del carácter integral, aquellos proyectos que sean estratégicos y se conformen desde la participación ciudadana son percibidos por las personas entrevistadas como la mejor base para la efectividad de la EIS, por los aspectos que comparten.

“Verías que el papel principal de la EIS estaría en proyectos muy determinados y sí o sí hacer siempre una EIS a la definición de proyecto. Es una variable que debería ser fija en estos proyectos, pero no puede ser en todos, por el ritmo que llevamos”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

“En ámbitos como los Planes de Barrios, que ya se conciben como proyectos de gestión integral y transversal, sí. Donde se trabaja a nivel de proyecto, primero y luego de sector, de abajo arriba. Los buenos proyectos nacen de la base y contando con la participación ciudadana. No puedo hacerse con todos, pero pienso que con los más impactantes, con los que han de marcar la acción de gobierno, hay que trabajar así”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta**

▪ **El estado de planificación óptimo para la EIS**

Cuando se acordó el desarrollo de la EIS, las intervenciones relativas a la rehabilitación de las viviendas constituían actuaciones próximas a ponerse en marcha. Estas intervenciones estaban por tanto presupuestadas, definidas y licitadas, aunque todavía en términos generales y la Oficina

Técnica señaló que cabía la posibilidad de incidir en su diseño. Así, el ya creado grupo motor decidió que el proceso de la EIS podía desarrollarse bastante en paralelo a los avances en la planificación de las medidas.

*“Había posibilidad de incidir en cuanto a modificar mínimamente el diseño o a contribuir en él, no era esa capacidad de poder decir que no se hiciera un proyecto, ya estaban presupuestadas y todo”. **Técnica promotora de la EIS***

Así, pese a que el equipo evaluador percibía en un principio mayor interés en otras áreas, como la de la actuación sobre los espacios públicos, el área de la rehabilitación de los elementos comunes de las viviendas era la que se mostraba más adecuada para realizar una EIS, principalmente en base a criterios de conveniencia relacionados con la concreción suficiente de la medida para facilitar la EIS; la concordancia de los tiempos (para la viabilidad de las recomendaciones y para la finalización del proyecto de investigación); y la previsión de un impacto en la salud importante por parte de los proyectos, ya que respondían a necesidades de gran calado en el barrio.

*“Quizá en un principio teníamos mayor interés en las mejoras que se iban a hacer en el espacio público, por prever un mayor impacto y porque habría quizá más evidencia para dar más juego. Pero las circunstancias eran importantes en aquel momento para pilotar la EIS, a les servía lo que fuéramos a hacer y a nosotras nos cuadraba con los tiempos”. **Técnica promotora de la EIS***

4.1.3.4. Los determinantes del proceso de la EIS

En relación a los elementos relativos al proceso de la EIS de Barceloneta que determinaron su efectividad, se hará referencia a los elementos clave para la EIS y a los procedimientos desarrollados.

4.1.3.4.1. Los elementos clave para la EIS

Como elementos clave presentes en la EIS de Pasaia, se repasarán la evidencia y el conocimiento presentes y los recursos económicos.

- **La evidencia y el conocimiento disponible para la EIS**

En cuanto a la base científica en la que se asienta la EIS, fue valorada positivamente por ambas partes, cara a su efectividad. Por un lado, porque aporta objetividad frente a los diferentes posicionamientos ideológicos y, por otro lado, la entonces directora de la Oficina Técnica reconocía la importancia de utilizar los máximos recursos posibles que posibiliten conocer mejor los efectos que ha tenido una política en otros contextos para una buena toma de decisiones.

*“Un regalo de la EIS es que los resultados son en salud y son incuestionables, no son ideológicos, ni basados en entelequias y eso es ciencia. Es mucho más incuestionable la ciencia que los posicionamientos de cualquier tiempo”. **Técnica promotora de la EIS***

*“En la definición del ciclo de política pública es lo que se dice, conocer lo que ha pasado, conocer la evidencia es vital, que luego sea extrapolable o no ya lo veremos. Para poder hacerlo, no puedo basarme solamente en qué es lo que nos ha servido y lo que no nos ha servido del plan anterior, que ya se hace desde la gestión pura y dura... Necesito toda una serie de estudios o mapeos, entre ellos la EIS, que me van a aportar todos los elementos que necesito para decidir, para poder hacer una buena política pública”. **Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta***

En relación con el conocimiento conceptual, el equipo evaluador contaba con bagaje en el campo de la intervención en salud comunitaria y la promoción de la salud. Por otra parte, el equipo evaluador disponía de conocimiento teórico acerca de la herramienta de la EIS y en relación a su implementación, en el Estado español ya existían antecedentes de la aplicación de la EIS: recientemente se había completado la experiencia de la EIS de UBC en Bilbao y estaba desarrollándose la EIS de Vitoria-Gasteiz, también motivada por su participación en la red de Ciudades Saludables. La existencia de estas experiencias previas y, de manera especial, el asesoramiento técnico, apoyo y motivación de las personas que habían desarrollado la EIS de UBC en Bilbao, resultaron claves para el desarrollo procedimental de la herramienta.

*“Contábamos con la experiencia y la disponibilidad de la gente de Bilbao, que ilustra muy claramente el procedimiento, y luego, concretamente con el valor de la experiencia vivida por los técnicos, con sus más, sus menos, sus dificultades, sus limitaciones... que veías que en muchos aspectos eran compartidos. Eso anima y ayuda mucho a seguir” **Técnica EIS***

El conocimiento existente en relación al modelo de los determinantes sociales de la salud, a las relaciones entre las medidas analizadas y la salud y con respecto a la EIS, fue transmitido a las técnicas de la Oficina Técnica a lo largo del proceso, en las distintas reuniones del grupo motor, así como a las personas con las que se iba contactando en el proceso. El conocimiento relacionado con el proceso de toma de decisiones y las medidas que se analizaban lo facilitaron, tanto las técnicas de la Oficina Técnica del Plan de Barrios, como el propio arquitecto del proyecto, que formaba parte de la Oficina Técnica y para lo que se concertó una entrevista específica.

*“El proceso consistió en reuniones donde se iba debatiendo acerca de la salud, de los impactos que iban surgiendo de la literatura... Ellas a su vez nos transmitían claves del proyecto, de los entresijos legales, de las relaciones con la ciudadanía...Y con respecto a los proyectos, pudimos entrevistar al arquitecto del Plan, quien nos despejó muchas dudas que solo con la lectura del proyecto hubiera sido imposible interpretar correctamente”. **Técnica de la EIS***

▪ **Recursos económicos para la EIS**

En cuanto a los recursos para el desarrollo de la EIS, las personas-tiempo disponibles fueron percibidos como suficientes. El periodo lo constituyó el tiempo de un curso académico y constituyó un trabajo fin de Master, realizado a través de una beca en la ASPB. La institución, comenzando por la tutoría del trabajo, ofreció sus recursos técnicos para el desarrollo del trabajo.

*“Tuvo lugar en el marco de un proyecto de investigación, aprovechando el desarrollo del periodo de prácticas, de una tesina del Master de Salud Pública, que estaba becada por la Agència de Salut Pública. La disponibilidad a tiempo parcial de una estudiante y el tiempo de las técnicas de Barceloneta, porque creían que era importante. Hoy día nadie tiene esos recursos para hacer una EIS...”. **Técnica promotora de la EIS***

Si bien los recursos fueron considerados suficientes, también es cierto que la EIS se adaptó a ellos. Por un lado, la selección de las medidas analizadas se realizó con el criterio de ajuste de los tiempos de planificación con los plazos disponibles para la EIS. Por otro lado, la posibilidad de realizar una exploración cualitativa de mayor profundidad estaba limitada, además de por una importante cuestión política, por los recursos existentes.

Al finalizar la fase de evaluación y pasado un año, se solicitó una beca FIS (Fondo de Investigación Sanitaria, proveniente del Ministerio de Economía y Competitividad) a tiempo parcial, que permitió entre otras actividades, completar la fase de emisión de recomendaciones.

4.1.3.4.2. Los procedimientos de la EIS

La categoría de los procedimientos englobó factores determinantes de la efectividad de la EIS de Barceloneta, relativos a la participación de agentes clave para la toma de decisiones, la participación de la comunidad y la transparencia y rendición de cuentas en el proceso de la EIS.

- **La participación de agentes clave para la toma de decisiones**

Se creó un grupo motor de la EIS, inicialmente conformado por las dos técnicas de la ASPB y dos técnicas de la Oficina Técnica de la Barceloneta -la directora de la misma y la técnica de gestión y participación-, aunque la primera fue con la que se estableció el mayor compromiso y fue la que tuvo mayor presencia a lo largo del proceso. La Oficina Técnica, como se ha comentado anteriormente, era el órgano encargado de coordinar la implementación del PII, así como el desarrollo del Plan de Participación del mismo. De esta manera, tenía una función canalizadora de la información que en el proceso de la EIS se gestase a la esfera política o de toma de decisiones final, que residía en el Distrito (administración local) y en la entidad público-privada de Foment de Ciutat Vella.

En el seno del grupo motor, se presentó la EIS y se acordó su desarrollo y la actividad se basó en un intercambio de información: desde la Oficina Técnica se facilitó la información relativa a la planificación de los diferentes paquetes de medidas, en función de lo cual, el equipo evaluador seleccionó la medida objeto de la EIS. Por parte de este, se explicó el marco de los determinantes sociales de salud, cuestiones relacionadas con desigualdades sociales en salud, así como la herramienta de la EIS y su filosofía. Una vez establecidos estos pilares, fueron sucediéndose reuniones a medida que avanzaba la fase de evaluación y se exponían y debatían los resultados de la revisión bibliográfica, con gran interés por parte de la Oficina Técnica; ésta, por su parte, facilitó al equipo evaluador la mayor parte de los contactos para realizar las entrevistas, tanto de profesionales de arquitectura expertas y expertos en las medidas de rehabilitación, de profesionales sociales y de salud del barrio, así como de representantes de algunas asociaciones vecinales.

En cuanto a la esfera de toma de decisiones y responsable última de la ejecución de las intervenciones, el hecho de que no estuviera representada de alguna manera pudo limitar la efectividad de la EIS, ya que su presencia e involucración es un determinante importante para su efectividad. Adicionalmente, según la técnica de participación, el hecho de que no se crearan los lazos necesarios con las áreas municipales en el territorio limitó el potencial de la EIS, cara a que las conclusiones o el aprendizaje generado pudieran repercutir en el PII y en continuas intervenciones futuras sobre el barrio.

“Es conveniente que los tomadores de decisiones vivan el proceso, se les tiene que involucrar”.

Directora de la Oficina Técnica de la Barceloneta

*“Yo pienso, y dónde están las recomendaciones, ¿cuáles eran y quién las tenía que implementar? Ejecutamos el plan, la inversión, nos encargaron otro plan y de ahí nos fuimos. Como no fuimos capaces de crear durante el proceso de implementación del plan suficientes lazos con las áreas municipales que son las que de forma permanente tienen que ejecutar este tipo de políticas, como la oficina de vivienda, salud pública, empleo, yo creo que este fue el error y es uno de los temas a trabajar...”. **Técnica de Gestión y Participación del Plan de Barrios***

▪ La participación de la comunidad

La participación de la comunidad en la EIS tuvo lugar en la fase de evaluación de la EIS, a través de la realización de once entrevistas en profundidad. Éstas fueron realizadas a personas residentes en el barrio, representantes de asociaciones vecinales, profesionales sociales y de salud del barrio, técnicas medioambientales y arquitectas y arquitectos expertos en la materia de los proyectos. Como se ha señalado anteriormente, los contactos de las y los representantes de asociaciones vecinales fueron facilitados por la Oficina Técnica. Inicialmente la idea era llevar a cabo grupos focales con la parte vecinal, lo cual no fue posible por varios factores. Por un lado, existía una limitación temporal impuesta por la cronología del proyecto de investigación, que hubiera hecho difícil llevar a cabo el reclutamiento, realización y análisis de los grupos con los recursos disponibles. Por otra parte, cabe señalar que desde la Oficina Técnica no había una actitud proclive a que se realizaran grupos focales. Hay que recordar, en este punto, el contexto de conflictividad manifiesta entre un sector de la población y el Ayuntamiento en relación a las medidas de rehabilitación y, concretamente, al Plan de los Ascensores y todo lo que éste conllevaba tal y como estaba planteado.

Las entrevistas realizadas aportaron gran cantidad de información interesante para la EIS. Por un lado, arrojaron luz acerca de las percepciones de los impactos en la salud y acerca de aquellas cuestiones que preocupan a las y los vecinos, en relación a las medidas de rehabilitación; permitieron identificar nuevos focos de riesgos para la salud, más allá del campo que abarcaba la actuación de rehabilitación, así como elementos de oportunidad para mejorar el bienestar; orientaron acerca de necesidades a abordar en el marco de la actuación, como la falta de información; y, por último, ayudaron a contrastar la evidencia y contextualizar las recomendaciones.

Sin embargo, el alcance de la participación de la EIS, tal y como esta se llevó a cabo, fue limitado para llegar a abordar cuestiones relacionadas con el contexto sociopolítico, tal y como se ha comentado en el punto de *"Efectividad directa"*, constituyendo una limitación para emitir recomendaciones más allá de las intervenciones.

*"La EIS no abordó el contexto sociopolítico, con cuatro entrevistas no es posible llegar a esto. Quizá si la EIS hubiera tenido la posibilidad de llevar a cabo, o se hubiera podido involucrar en alguno de los procesos de participación del Plan de Barrios, por ejemplo, incorporando las preguntas relacionadas con la salud, pero ya en unas dinámicas donde estuvieran todas las voces, con representación de conjunto de las asociaciones y tejido profesionalizado del barrio...seguramente se hubiera podido abordar con mayor profundidad y haberse llegado a emitir recomendaciones en este sentido...". **Técnica promotora de la EIS***

En las entrevistas realizadas emergieron algunas opiniones relacionadas con los retos que se plantean en torno a la participación ciudadana en la gobernanza local y que hoy todavía están vigentes. Por una parte, ambas entrevistadas confluían en sus puntos de vista al considerar que

los agentes que toman parte en los procesos participativos a menudo lo hacen desde una lógica más individual que comunitaria. En segundo lugar, señalaban que existe todavía un enfoque de participación muy basado en la negociación entre una ciudadanía que tiene el rol de reivindicar y "pedir" y una administración proveedora de servicios, que persigue el equilibrio frente a las exigencias. Y tercero, que dichas demandas que provienen de la ciudadanía participante no necesariamente irán en la línea de lo que, desde un punto de vista científico o técnico, se puede considerar más prioritario o más favorable para su bienestar. En este sentido, la técnica de salud refiere que es necesario un trabajo previo a la participación de sensibilización y de traspaso de esta información a la ciudadanía participante.

*"En la definición de los nuevos planes, sí estamos haciendo participación en la fase de definición del Plan y está siendo menos transgresora de lo que pretendíamos. Nos acabamos centrando en las relaciones que ya hay establecidas entre la Administración y agentes del territorio y acaban hablando los mismos, el grupo impulsor acaba siendo una mesa de negociación en la que el vecino exige, tú respondes y llegas a un equilibrio para tener paz, más que para hacer lo que necesita el barrio". **Técnica de Gestión y Participación del Plan de Barrios***

"Hay que preguntar, pero intentar trabajarlo más para preguntarlo, también. La participación puede apuntar a decisiones que no siempre son saludables, o son menos saludables. Muchas veces están centradas en el punto de vista de las voces más vociferantes. Hablan tres o cuatro personas que se representan a ellos y a su familia y los demás no hablan ni les dejan hablar".

Técnica promotora de la EIS

*"En el discurso hablamos de que el plan de barrios pone el foco en la intervención social más que en la urbana y en las personas y a nivel conceptual es verdad, pero ahora que cerramos los tres primeros planes, nos damos cuenta que el peso grande de los planes de barrio continúa siendo el tema de la piedra, porque ahí se sitúa gran parte de la demanda de los vecinos/as: en el centro cívico, en la rampa, en el paseo". **Técnica de Gestión y Participación del Plan de Barrios***

Por otra parte, la técnica de participación señalaba más retos, ahora desde la perspectiva de la Administración local, relacionados con los escasos recursos y la necesidad de contar con el tejido del terreno para conocer las necesidades reales del barrio y lograr implementar las intervenciones, lo que ella denomina como ejecución participada. Así, contrasta el proceso compartido (desde la detección de necesidades a la ejecución) o la coproducción, con el proceso participativo que ocurre en un momento puntual y no desarrolla una participación real en la toma de decisiones. Según refiere, en esta nueva línea es en la que se está avanzando en la actualidad desde el Ayuntamiento de Barcelona.

"Ahora está bastante presente este concepto, y es un cambio importante y el gobierno nuevo lo impulsa bastante, de ejecución compartida y lo que se conoce como coproducción, es decir, desde el punto cero, no tanto de proceso participativo correcto pero que no es real, sino de proceso compartido. No es fácil por el tema de recursos y de capacidades del Ayuntamiento. Para saber lo

que ocurre en cada barrio, necesitas gente que esté en el barrio. El Ayuntamiento no es flexible en el tema recursos". **Técnica de Gestión y Participación del Plan de Barrios**

"La lógica de la participación tiene que venir de aquí, no solo definimos las necesidades, sino todo el proceso de manera compartida, involucrando a todo el tejido asociativo más profesionalizado, grandes entidades formalizadas, que hacen mucho trabajo y tienes que contar con ellas porque la implementación de los proyectos acaba siendo la contratación de servicios para ejecutar las cosas. El Ayuntamiento tiene muchas limitaciones, necesitas entidades para trabajar sobre el terreno y cerrar el círculo administración, entidades profesionalizadas y el vecino". **Técnica de Gestión y Participación del Plan de Barrios**

- **La transparencia y rendición de cuentas en la EIS**

En cuanto a la transparencia interna, o en el seno del grupo motor, los términos de la EIS fueron acordados desde el principio y los resultados que se iban recabando eran compartidos en el mismo. Al finalizar la EIS se redactó un documento con las recomendaciones emitidas y fue entregado a la Oficina Técnica. Adicionalmente, a nivel institucional, la EIS fue presentada en una reunión del Comité de Evaluación y Seguimiento de la Barceloneta, donde estaban presentes representantes del gobierno autonómico y del municipal.

Con respecto a las personas de la comunidad y participantes en la fase cualitativa de la EIS, no hubo una devolución directa o de manera individual de los resultados. En el Comité de Evaluación y Seguimiento, donde se presentó la experiencia y sus resultados, estaban presentes miembros representantes de entidades vecinales, sociales y económicas del barrio. Más allá de este espacio, no hubo una devolución a nivel individual a los y las vecinos participantes, así como a las y los profesionales sanitarios y sociales del barrio y personas expertas, con lo que podemos decir que esta devolución a la comunidad fue parcial, limitando la efectividad indirecta alcanzada.

La beca obtenida permitió dar continuidad a la EIS con la emisión de las recomendaciones y el trabajo sobre algunas intervenciones asociadas a ellas, si bien esta fase tuvo un menor carácter intersectorial, con una menor intensidad de trabajo como grupo motor, lo cual pudo limitar la penetración y alcance de las mismas.

En relación con ello, la técnica de participación hizo referencia a la falta de un plan de implementación de las recomendaciones consensuado con las personas implicadas en la toma de decisión. Como se desprende de la entrevista, la existencia de este producto hubiera implicado el establecimiento de lazos lo suficientemente sólidos con las y los agentes responsables últimos de la toma de decisiones, que no se dio en la EIS de Barceloneta.

"Quizá tras emitir las recomendaciones, nos pusimos a otras cosas y se perdió un poco la continuidad de la relación con el otro sector y del trabajo conjunto, así como lo habíamos tenido en las fases anteriores. Es un momento en el que es importante seguir presente e ir viendo, oye, ¿qué tal va esto? ¿Y esto otro?" **Técnica de la EIS**

“Yo pienso, y dónde están las recomendaciones, ¿cuáles eran y quién las tenía que implementar? Ejecutamos el plan, la inversión, nos encargaron otro plan y de ahí nos fuimos. Como no fuimos capaces de crear durante el proceso de implementación del plan suficientes lazos con las áreas municipales encargadas de ejecutar este tipo de políticas...ahí está el error”. **Técnica de Gestión y Participación del Plan de Barrios**

4.1.3.5. Los determinantes relativos a los aspectos transversales al contexto y al proceso

La agencia individual se identificó como elemento transversal al contexto y al proceso de la EIS de Barceloneta. Por un lado y como elemento impulsor de la EIS, destacó la agencia individual de la persona promotora de la misma, quien, conocedora de la herramienta a través de la Red Española de Ciudades Saludables, tomó la iniciativa de testarla, aprovechando el trabajo de la ASPB en el marco de la Ley de Barrios.

Por otra parte, destacaron la apertura y facilidades aportadas desde la Oficina Técnica del Plan de Barrios, que posibilitaron el desarrollo de la experiencia y sobre las que pivotó toda la efectividad alcanzada por la EIS. En concreto, la agencia individual desarrollada por la figura de la directora de la Oficina Técnica fue un factor clave: en primer lugar, constituyó el primer contacto de apertura con la Oficina y el de referencia a lo largo del proceso; su actitud de servicio e interés facilitó del desarrollo del proceso y continuó siendo de gran importancia para la canalización de las recomendaciones y la implementación alcanzada. Posteriormente, desde una nueva posición de responsabilidad, ahora a nivel de Distrito, solicitó proactivamente una EIS para una nueva política en dicho territorio, mostrando el aprendizaje e interés adquiridos por la herramienta y extendiendo así la efectividad indirecta de la EIS de la Barceloneta.

4.1.3.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de efectividad de la EIS de Barceloneta

La efectividad de la EIS de la Barceloneta se vio condicionada por la derogación de una de las medidas analizadas. Teniendo en cuenta únicamente las medidas llevadas a cabo, la efectividad directa se manifestó en una implementación parcial de las recomendaciones y en la ausencia de impacto sobre los determinantes sociales de la salud. Por su parte, su efectividad indirecta se manifestó en todas sus dimensiones, excepto en la consecución de “otros impactos indirectos”.

Dentro de la dimensión de Contexto, a nivel institucional, el impulso desde el proyecto de Ciudades Saludables y el carácter integral de la Ley de Barrios promovieron el impulso de la EIS

en el seno de esta, mientras que la ausencia de un mandato y compromiso político limitaron la efectividad de la EIS. Asimismo, la conflictividad socio-institucional presente dificultó la efectividad de la EIS, tanto directa como indirecta. Por su parte, el contexto de la toma de decisiones fue, en general, favorable para la obtención de la efectividad.

Con respecto a la dimensión de Proceso, la disponibilidad de recursos suficientes, la base en la evidencia, la participación de las técnicas de la Oficina Técnica como transmisoras de la información a la esfera de decisión, la transparencia interna del proceso fue favorable, aunque la reducción de la intensidad en la acción intersectorial y la ausencia de alianzas políticas en la fase de emisión y seguimiento de las recomendaciones limitaron la efectividad directa e indirecta conseguidas. Por último, la agencia individual en la EIS permitió que la iniciativa fuera impulsada y favoreció su efectividad directa e indirecta.

Tabla 4.1.3.3. Tabla-resumen de la efectividad y sus determinantes de la EIS de Barceloneta

DETERMINANTES DE LA EFECTIVIDAD		EFECTIVIDAD DIRECTA		EFECTIVIDAD INDIRECTA			
		Cumplimiento de las recomendaciones	Modificación de los DSS*	Aprendizaje	Fortalecimiento de la acción intersectorial	Impacto sobre otras actuaciones	Otros impactos indirectos
¿Existió?		Parcial	No	Sí	Sí	Sí	No
CONTEXTO							
Contexto institucional para la EIS							
Institucionalización del modelo social de la salud	Sí						
Mandato político para la EIS	No						
Compromiso político para la EIS	No						
Contexto sociopolítico y económico							
Conflictividad socio-institucional	Sí						
Contexto de la toma de decisiones							
Afinidad política entre actores implicados	Sí						
Entendimiento entre actores implicados	Sí						
Acuerdos para la EIS	Sí						
Alineación de los valores del proyecto y la EIS	Sí						
Alineación de los objetivos del proyecto y la EIS	Sí						
Estado de planificación óptimo para la EIS	Sí						
PROCESO							
Elementos clave para la EIS							
Base en la evidencia	Sí						
Conocimiento disponible para la EIS	Sí						
Recursos materiales para la EIS	Sí						
Flexibilidad y capacidad de adaptación de la EIS	Sí						
Procedimientos							
Participación de agentes clave para la toma de decisiones	Sí						
Participación de la comunidad	Parcial						
Transparencia y rendición de cuentas en la EIS							
A nivel institucional o interno	Sí						
A nivel de la comunidad o externo	Parcial						
Seguimiento de las recomendaciones	Parcial						
ASPECTOS TRANSVERSALES							
Proactividad	Sí						
Agencia individual	Sí						

Casillas color azul: el determinante influyó favorablemente en la efectividad de la EIS; Casillas color amarillo: el determinante no tuvo efecto en la efectividad de la EIS; Casillas color rojo: el determinante influyó negativamente en la efectividad de la EIS

*DSS: Determinantes Sociales de la Salud

4.1.4. Caso-Estudio 4: LA EIS DE Alcalá de Guadaíra

Alcalá de Guadaíra es un municipio sevillano de alrededor de 75 mil habitantes, situado en la comarca metropolitana de Sevilla y que cuenta con un importante patrimonio histórico y natural. El barrio de San Miguel-El Castillo constituye el centro histórico de la ciudad y en el año 2007 se encontraba en una situación de aislamiento social y espacial con respecto al resto de la ciudad. La falta de limpieza y de zonas verdes, la delincuencia, los ruidos, la contaminación y los malos olores eran en aquel momento los principales como problemas asociados al entorno de las viviendas. Asimismo, el diagnóstico socioeconómico del barrio realizado en la EIS, mostraba unos indicadores claramente desfavorables con respecto al resto del municipio: menor nivel de instrucción, mayor proporción de empleo manual y eventual, así como de hogares monoparentales y de personas mayores que viven solas. En cuanto a los indicadores del estado de salud, revelaron un mayor descontrol de enfermedades crónicas, deficiencias alimentarias en personas mayores, mayor consumo de drogas y de interrupciones voluntarias de embarazo.

El Ayuntamiento impulsó en aquel momento una serie de iniciativas de carácter urbanístico, social, económico, cultural, con el objetivo de alcanzar la regeneración integral del barrio, para lo cual contaba con la cofinanciación en un 80% por la Unión Europea a través del programa operativo FEDER para Andalucía 2007-2013. EL plan URBAN Alcalá se enmarcó, por tanto, en este paquete de medidas con el objetivo de promover la integración física y social del barrio con respecto a la ciudad, así como a nivel interno. En concreto, el Plan se dotaba de un plan de infraestructuras diseñado para mejorar la accesibilidad y conexión física de la zona de intervención; dotar al barrio de nuevos equipamientos e instalaciones que aportaran valor desde una perspectiva socioeconómica; y mejorar la urbanización e infraestructuras básicas.

Los antecedentes de la EIS de Alcalá de Guadaíra se sitúan en el año 2005, momento en el que la Secretaría General de Salud Pública de la Consejería de Salud realiza un encargo a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) consistente en una revisión de la literatura y consulta cualitativa para conocer las reformas y tendencias en el ámbito de la salud pública en el resto del Estado español y en Europa, con el fin de emitir recomendaciones para orientar un cambio estratégico en el ámbito de la salud pública en Andalucía. Las recomendaciones que llegaron de aquella investigación se orientaron a la promoción de la estrategia de la SeTP en la administración autonómica y, como pasos para avanzar, se proponía la puesta en marcha de herramientas catalizadoras de dicho enfoque, como la EIS. Así, siguiendo esta recomendación, en el año 2009 desde la Consejería de Salud encarga a la EASP el desarrollo de la EIS con el objetivo de valorar el potencial y la aplicabilidad de la evaluación del impacto en la salud en el ámbito municipal, desarrollar y validar procedimientos y herramientas adaptadas a la evaluación del impacto en la salud, así como facilitar un proceso de aprendizaje y creación de capacidades de cara a su futura implementación en Andalucía.

En base a estos objetivos, se seleccionó el municipio (Alcalá de Guadaíra) y el proyecto en base a criterios de conveniencia, que consistía en la reurbanización de la calle San Fernando, principal conexión del barrio con el resto de la ciudad. También constituía el único acceso al tráfico rodado,

quedando restringido el paso a vehículos grandes por el estrechamiento de la calle al pasar bajo un arco de la antigua muralla. El proyecto planteaba las siguientes intervenciones:

1. La creación de un vial que rodeara el arco para facilitar el acceso al barrio
2. La rehabilitación de las aceras
3. La creación de nuevos equipamientos e infraestructuras. En concreto, se preveía la remodelación de una plaza adyacente, en estado de abandono.

La EIS fue desarrollada en 2010 por cuatro técnicos y técnicas de la EASP, conjuntamente con dos personas del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra -una trabajadora social y el coordinador técnico del Plan URBAN- y se estableció con los siguientes tres objetivos: 1) identificar los impactos del proyecto en la salud de la población; 2) hacer recomendaciones para minimizar sus efectos negativos y optimizar los positivos; y 3) contribuir al eje «participación social» del Plan URBAN.

4.1.4.1. La efectividad directa de la EIS

La efectividad directa de la EIS de Alcalá de Guadaíra se explica a través de dos tipos de resultados: por un lado, a través de los impactos que tuvo sobre la toma de decisiones, en función de las recomendaciones que se emitieron; y por otro, mediante la modificación de los determinantes sociales de la salud.

Con respecto a las recomendaciones emitidas por la EIS (Tabla 4.1.4.1), estas estaban dirigidas a minimizar los efectos negativos y a maximizar los efectos positivos asociados a la fase de obras y a la fase posterior a las obras. En relación a la fase de obras, las recomendaciones se orientaban, por un lado, a prevenir los impactos relacionados las consecuencias sobre la salud física y, por otro, a minimizar los impactos negativos de la falta de información y transparencia con respecto a los proyectos y los tiempos y a potenciar las oportunidades que las obras arrojaban en relación con la empleabilidad en el barrio. En cuanto a la fase posterior a las obras, se incluían medidas relacionadas con las demandas de la comunidad, con respecto a la remodelación del espacio público y la dinamización de equipamientos de uso público.

Tabla 4.1.4.1. Recomendaciones de la EIS de Alcalá de Guadaíra y su cumplimiento

Recomendaciones de la EIS de Alcalá de Guadaíra	Cumplimiento	
	Sí	No
Recomendaciones asociadas a la fase de obras		
Recomendaciones para minimizar los efectos negativos		
Regar periódicamente viales y caminos de zona de obras	✓	
Colocar mallas en los remolques de camiones que transporten tierras	✓	
Restringir las labores más ruidosas en horas de descanso	✓	
Limitar la velocidad de circulación en el tramo afectado y acceso a las obras	✓	
Adoptar medidas de señalización y seguridad en los tramos afectados por el tránsito de vehículos de obras	✓	
Establecer un protocolo con las empresas adjudicatarias para suministrar información continua sobre las obras/afectación concreta (cortes de vías, circuitos alternativos para vehículos y peatones, etc.)		X
Apoyarse en la asociación de jóvenes y otros agentes comunitarios para informar personalmente a los afectados		X
Consultar con los residentes mayores o con discapacidad la pertinencia de eliminar/minimizar barreras de acceso a viviendas		X
Recomendaciones para maximizar los efectos positivos		
Facilitar el apoyo/implicación de los residentes en el proceso de reforma apoyándose en asociaciones y agentes locales para informar y comunicar sobre el proyecto y recoger propuestas e inquietudes		X
Establecer un punto de información en la biblioteca	✓	
Gestionar con las empresas adjudicatarias la creación de empleo en el barrio, con especial énfasis en las familias más vulnerables		X
Desarrollar iniciativas públicas para mejorar la empleabilidad de residentes	✓	
Recomendaciones asociadas a la fase posterior a las obras		
Recomendaciones para minimizar los efectos negativos		
Prever medidas de seguridad para tráfico rodado en el nuevo tramo: señales de limitación de velocidad y badenes a lo largo de la calle		X
Prever una dotación de equipamientos resistente y de fácil mantenimiento para garantizar su conservación y funcionalidad	✓	
Implicar al vecindario en el cuidado y mantenimiento de los nuevos equipamientos y espacios públicos habilitados	✓	
Recomendaciones para maximizar los efectos positivos		
Facilitar/promover el uso del espacio biblioteca para actividades lúdicas, culturales, asociacionismo	✓	
Crear una zona recreativa para público infantil y para promover espacios de socialización/actividad física de personas mayores	✓	
Tapiar las casas pendientes de demolición y/o acelerar en su caso el proceso de demolición		X
Acercar la red de autobuses municipales al barrio		X

Fuente: Venegas-Sánchez, et al., 2013

Para valorar el porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones según su naturaleza utilizando la clasificación utilizada para todas las EIS, dentro de aquellas orientadas a la fase posterior a las obras, se han considerado las recomendaciones más relacionadas con el diseño de los proyectos y aquellas de carácter adicional (Tabla 4.1.4.2)

Tabla 4.1.4.2. Cumplimiento de las recomendaciones según su naturaleza

Naturaleza de las recomendaciones	Número de recomendaciones emitidas	Porcentaje de cumplimiento
Relativas a los proyectos	3	66,6%
Relativas a la fase de obras	12	58,3%
Adicionales	4	50%

Así, las recomendaciones relativas a los proyectos tuvieron un cumplimiento del 66,6% y aquellas dirigidas a la fase de obras, de un 58,3%. Por su parte, aquellas adicionales a los proyectos incluían una de ámbito urbanístico, emergente de la participación ciudadana, que no se llegó a implementar, y tres de carácter social u otro, de las cuales dos fueron implementadas (66,6%).

La constatación de la efectividad directa en la EIS de Alcalá de Guadaíra tuvo lugar en dos momentos diferentes -una en 2011, un año después de finalizarse la EIS y otra en 2016, en las entrevistas para esta tesis- que arrojaron distintos resultados:

Así, en la primera evaluación, las recomendaciones para minimizar los daños físicos de la fase de obras se habían llevado a cabo, aunque se desconocía el papel de la EIS en la implementación este tipo de recomendaciones, puesto que podía estar asociado a otras normativas vigentes como la evaluación de impacto ambiental.

*“Es verdad que había recomendaciones muy relacionadas con cuestiones ambientales, que pueden estar en los proyectos por otro tipo de normativas...y no sabes hasta qué punto son resultado de la EIS”. **Técnica de la EIS***

El segundo tipo de recomendaciones para la fase de obras, de índole social, no se llevaron a cabo en la fase de obras, debido a acontecimientos como la crisis económica y el cambio de gobierno local, que retrasaron la ejecución y modificaron las prioridades. La influencia de estos aspectos sobre la efectividad se detallará más adelante.

En la evaluación realizada en aquel momento, tampoco había indicios de que las recomendaciones adicionales hubiera tenido algún calado. Sin embargo, tal y como pudo comprobar la persona evaluadora, el Plan de trabajo de la segunda etapa del proyecto (2012-2015) había incorporado varias recomendaciones, entre ellas: el plan de comunicación del proyecto a la población que incluía un punto de información sobre el plazo y actuaciones en la biblioteca, espacio reivindicado para su dinamización; una programación de actividades culturales y formativas en la biblioteca; el plan de usos recreativos de la plaza a remodelar propuestos por los y las vecinas; así como temas

de formación para el empleo para los nuevos usos de espacios e infraestructuras que se iban a crear en el barrio.

En la entrevista realizada para esta tesis, el actual director del Plan URBAN, constató que, en la última fase del Plan, -si no de manera exacta, en cierto grado-, hubo incorporaciones que apuntaban en la línea de las recomendaciones de la EIS. De hecho, algunas englobaban asuntos como la exclusión social, la educación y vivienda, que las recomendaciones no abordaban de manera explícita:

1. Por un lado, se incluyeron pliegos dentro de la estructura ejecutiva del Plan para poner en marcha algunas líneas de trabajo que propone el informe, como la orientación en el empleo, temas de participación y cohesión, exclusión, educación y vivienda, "donde se podía intervenir".
2. Por otra parte, se creó una cláusula social para incorporar a las personas residentes a trabajar en las obras de reurbanización, en respuesta a las necesidades en el ámbito de empleo y a la expectativa generada
3. Se creó, además, una oficina informativa para que las personas residentes pudieran conocer el proyecto en su conjunto, en respuesta a la demanda de transparencia

Al parecer, la mayor efectividad se consiguió con respecto a las intervenciones correspondientes al ámbito social. Por su parte, las relativas al ámbito urbanístico, como la implementación de la remodelación de la plaza, encontraron mayores dificultades para abrirse paso:

"Hay ciertos paralelismos entre lo que hemos podido hacer y algunas de las recomendaciones. Por ejemplo...se ha podido crear una cláusula social que ha permitido incorporar a los vecinos a trabajar en las obras de reurbanización, que era una de las recomendaciones; en participación y dinamización social se ha trabajado muy directa con los vecinos, se creó una oficina informativa para que los vecinos conocieran las acciones, no de forma desconectada ni que fueran sabiendo lo que iba a pasar cuando empezaran las intervenciones, sino que pudieran tener un punto de información donde conocieran el proyecto en su conjunto, dado que se hablaba en la EIS de la falta de confianza que podía mantener la administración respecto a los vecinos".

*"Es verdad que luego hay dificultades interdepartamentales y las recomendaciones en términos de reurbanización, a veces la oficina técnica que ha ejecutado las obras las ha tenido en cuenta o no". **Nuevo director Plan URBAN***

En cuanto a las modificaciones sobre los determinantes sociales de la salud, puede decirse que la EIS incidió, de manera directa y sustantiva, sobre determinantes relacionados con las condiciones de vida y trabajo, como el acceso al empleo (mediante intervenciones de formación y aumento de empleabilidad) y la mejora del entorno físico del barrio (apoyando las intervenciones y reduciendo los efectos negativos de las obras); sobre la mejora de acceso a bienes y servicios comunitarios y sobre determinantes relativos a la esfera psicosocial, como la mejora de la información acerca de los proyectos del Plan y la mejora de la cohesión social.

4.1.4.2. La efectividad indirecta de la EIS

Para el análisis de la efectividad indirecta de la EIS de Alcalá de Guadaíra, se repasarán los elementos que componen esta: el aprendizaje, el fortalecimiento de la acción intersectorial, los impactos sobre otras actuaciones y otros impactos indirectos de la experiencia de la EIS.

- **El aprendizaje adquirido en la EIS**

Con respecto a la adquisición del aprendizaje conceptual o sensibilización con respecto al modelo social de la salud por parte de las personas del Ayuntamiento implicadas en el grupo motor de la EIS, ésta fue satisfactoria, según la persona entrevistada, partiendo de las aptitudes y conocimientos previos de las mismas, además de su actitud favorable y de apertura con respecto a la EIS. Con respecto al discurso de las desigualdades sociales en salud, por otro lado, la persona entrevistada señala que desconoce el grado de sensibilización que se pudo generar en este sentido desde la EIS, aunque explicó que el abordaje de estas cuestiones relacionadas con la desigualdad social y las demandas sociales desde el ámbito municipal, era una necesidad percibida por las personas del Ayuntamiento.

“Entendieron e hicieron suyo rápidamente el discurso. La información aportada por la EIS les pareció útil y relevante y pudieron comprender las relaciones entre los elementos del proyecto y la salud”

*“Eran profesionales sociales con amplia experiencia en el barrio, muy sensibilizadas con la casuística social y de desigualdad social en el mismo. Ellos ya percibían desde antes de la EIS que era una necesidad introducir la perspectiva de la comunidad, y veían que esta era una forma que daba respuesta a eso... estaban muy motivados”. **Técnica de la EIS***

Con respecto a la extensión de este aprendizaje a las personas responsables de la toma de decisiones, la persona entrevistada reconoció que el objetivo de la EIS conllevó un desarrollo técnico de la EIS, que en el que no estuvo presente la abogacía en este sentido. Así, afirmaba que los impactos hubieran podido ser más notorios si hubieran formado parte de los objetivos marcados de manera explícita para la EIS:

*“Fue un trabajo muy técnico donde quienes más estuvimos dentro fuimos nosotros. No hicimos un trabajo de implicarlos en el equipo técnico, sino que hicimos lo básico, al principio y al final. El objetivo era pilotar una herramienta y este objetivo de sensibilizar era secundario. Si lo hubiéramos colocado como prioritario sí se podía haber conseguido más en este sentido”. **Técnica de la EIS***

En cuanto al aprendizaje técnico generado, referido al desarrollo de la herramienta, la EIS cumplió su objetivo de ser testada y de crear capacidades en torno a la herramienta entre las personas del

equipo evaluador. También para estas personas, permitió entender cuestiones relacionadas con los plazos políticos y las particularidades del proceso de toma de decisiones, así como respuestas desde la EIS ante posibles acontecimientos inherentes a dicho proceso que pueden incidir en su rumbo de forma importante, como la coyuntura electoral (Ver punto de "Transparencia y rendición de cuentas en la EIS").

*"Aprendimos las limitaciones de los plazos políticos, de los problemas internos en los ámbitos de decisión" **Técnica de la EIS***

También se destacó lo aprendido en relación a los retos para la implementación de la herramienta, como la necesidad de aplicar herramientas que ayuden adaptar el proceso a las circunstancias del ámbito local, con recursos materiales y temporales definidos. En este sentido, destacaba hacer uso de la flexibilidad y capacidad de adaptación de la EIS a procedimientos o estructuras ya existentes (Ver punto de "Flexibilidad o capacidad de adaptación de la EIS").

En relación al aprendizaje social o relativo o relativo a las cuestiones relacionadas con el avance en la acción conjunta entre los sectores implicados en la EIS, se pudieron de manifiesto las cuestiones relacionadas con las trabas existentes a nivel institucional para la EIS y, en concreto en la administración local, relacionadas con sus características organizativas y de funcionamiento, que a menudo dificultan el trabajo intersectorial (Ver punto de "El fortalecimiento de la relación con otros sectores").

- **El fortalecimiento de la relación con otros sectores**

A la hora de analizar si la EIS pudo ser efectiva a la hora de fortalecer la acción intersectorial en el seno del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, el director del Plan URBAN afirmó que este Plan había sido exitoso en introducir esta cultura en la institución y con respecto a la EIS, afirmó que constituyó una de las primeras experiencias intersectoriales. Así, desde esta perspectiva intersectorial, se habían logrado introducir ciertas medidas alineadas con las recomendaciones de la EIS, de mano del entonces coordinador técnico, no sin dificultades.

"En el URBAN hemos conseguido introducir esta visión interdepartamental en un mayor nivel que con otros antecedentes. No podemos decir que sea un modelo de éxito, pero al menos hemos conseguido alinear en la misma dirección a algunos departamentos".

*"Esto ha sido una primera experiencia, las aportaciones desde el área social iban en la línea de las recomendaciones de la EIS" **Nuevo director Plan URBAN***

Estos resultados y los precedentes de la efectividad directa (la introducción de cláusulas sociales y pliegos a nivel estratégico en el Plan URBAN) permiten concluir que la EIS contribuyó en el fortalecimiento de la acción intersectorial en el ámbito municipal desde un nivel previo de información a un nivel de cooperación-coordinación.

Sin embargo, y a pesar de reconocer que la EIS supuso un primer paso en este sentido, el nuevo director del Plan puso en evidencia las dificultades experimentadas para lograrlos y que relacionó, tanto con la actual estructura y procedimientos sectorizados existentes a nivel institucional, como con rutinas individuales difíciles de modificar.

"... pero no ha sido fácil interiorizar esto. Esta nueva forma de trabajar requiere a organizaciones como Ayuntamiento, Administración local, un proceso de maduración. Los departamentos están muy estructurados en base a un procedimiento administrativo y esto exige ciertas modificaciones a nivel interno para que esta manera de trabajar se implemente de forma eficiente".

*"Integrar otras variables en el proceso, solo introducir la cláusula social para contratar a personas ha costado mucho, y lo hemos conseguido...pero ha supuesto muchas dificultades porque supone romper la rutina ordinaria en la que trabaja un técnico municipal". **Nuevo director Plan URBAN***

Destacó en este sentido que la filosofía de la EIS, en cierta medida, había aportado una visión y una dirección comunes, en una estructura departamental carente de referentes para la acción conjunta. En un plano más práctico, la potencialidad que esta persona le atribuía a la EIS era como guía o herramienta de trabajo que posibilita el entendimiento entre los sectores implicados en la evaluación y en la toma de decisiones, otro gran reto en el trabajo intersectorial, mediante la creación de códigos comunes.

"Sí es verdad que la filosofía del documento en cierta medida...ha servido para orientar la prestación de servicio. Es una mecánica que al menos permite a los técnicos de departamentos diferentes alinearnos en una dirección y establecer un proceso de trabajo, que es lo más complicado en un Ayuntamiento, entender cuál va a ser el referente y alinearnos a él. Es muy difícil".

"El gran reto es que cada técnico que maneja su disciplina maneja su código y si no hay capacidad de entender... el documento sí lo facilita... Son discursos que no se entienden entre sí [los del área social y urbanística] y tienen muchos puntos en común. Crear un código que unifique o haga entenderse a las dos áreas es fundamental, para que el que está realizando la ejecución entienda los impactos que van a tener las personas que la reciben, esa traducción sí es esencial".

*"Esto es una herramienta de trabajo, una guía muy válida para alguien que va a ser director de infraestructuras para que le pueda orientar en los impactos que va a tener sobre la gente". **Nuevo director Plan URBAN***

- **El impacto sobre otras actuaciones**

La EIS de Alcalá de Guadaíra contribuyó a establecer una línea de generación y difusión del conocimiento adquirido más allá de las instituciones promotoras. En esta línea de creación de capacidad diversas iniciativas se llevaron a cabo, como la acogida por parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública del XI Congreso Internacional de Evaluación de Impacto en Salud en 2011; la creación del Centro de Recursos de Evaluación de Impacto en Salud (CREIS), principal plataforma de difusión de información y documentación sobre la EIS en el Estado español, que tiene la misión de facilitar la difusión e intercambio de conocimiento y experiencias en torno a la EIS tanto en el contexto estatal como internacional; y trabajos de formación, consultoría y apoyo a la EIS dentro y fuera del contexto andaluz por parte de las personas promotoras de la EIS.

Por otra parte, la EIS de Alcalá de Guadaíra supuso el principal antecedente de la Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía, la cual establecía que en el plazo de un año se definiría y elevaría al Consejo de Gobierno el procedimiento de evaluación del impacto en la salud para su aprobación. Así, el Decreto 169/2014, de manera pionera en el Estado, pasó a regular la aplicación de la EIS en Andalucía.

Cabe comentar cuál fue la relación entre la experiencia de la EIS y esta normativa. Como se ha aclarado en la introducción del caso, la EIS fue fruto, por una parte, de la voluntad por parte de la Secretaría General de Salud Pública de impulsar la ley de Salud Pública autonómica y por otra, de las recomendaciones que se orientaron para ello emitidas desde la EASP, quien bajo esta premisa y con el objetivo de crear capacitación interna, llevó a cabo el pilotaje de la EIS en Alcalá de Guadaíra. Tras la finalización de la EIS, la Secretaría General de Salud Pública publicó la Ley de Salud Pública andaluza, sentando las bases para el decreto regulador de 2014. Según el promotor de la EIS la elaboración de la Ley se llevó a cabo en un plano interno, acotado a la Consejería de Salud y opaco con respecto a otras instancias territoriales y a las personas que desarrollaron la EIS de Alcalá de Guadaíra.

*“Sí es verdad que pasaron a contar mucho menos con nosotros, que contábamos con el conocimiento técnico, los contactos a nivel internacional... Hubo un gran secretismo y opacidad con respecto a la ley, a nivel general” **Agente promotor de la EIS***

En base a este contexto que pone en relación, al menos en los momentos previos a la EIS, la voluntad de testar la herramienta con la futura ley de salud pública, se puede decir que la experiencia de la EIS en Alcalá de Guadaíra, la demostración de su viabilidad y el aprendizaje adquirido en ella, pudieron contribuir a la elaboración y puesta en marcha de la iniciativa de impulso primero, y de regulación después, de la EIS.

- **Otros impactos indirectos de la EIS**

La EIS contribuyó a mejorar la transparencia con respecto al proyecto y la toma de decisiones, según se recoge en la entrevista, en su papel como intermediaria entre el Ayuntamiento y la comunidad en aquel momento. En la consulta realizada se pusieron de manifiesto las carencias informativas por parte de algunas personas participantes a este respecto. Por un lado, la EIS facilitó el intercambio de información entre el ámbito de decisión del URBAN y la población a través de la sesión de participación comunitaria de la EIS, celebrada justo después de la presentación del Plan.

*“Fue un proceso de compartir información y esa información fue incorporada en la segunda etapa del proyecto. Si la transparencia es comunicar y recibir lo que dice la ciudadanía, pues sí se favoreció”. **Técnica de la EIS***

4.1.4.3. Los factores determinantes del contexto de la EIS

A continuación, se repasarán los determinantes de la efectividad relativos al contexto, que engloban la dimensión del contexto institucional para la EIS de Alcalá de Guadaíra, el contexto sociopolítico y el contexto de toma de decisiones.

4.1.4.3.1. El contexto institucional para la EIS

Con respecto a esta dimensión, se repasará lo relativo a la presencia o institucionalización del modelo social de la salud y al mandato y compromiso político para la EIS sustentados en sus valores.

- **La institucionalización del modelo social de la salud y el mandato y compromiso políticos**

Como se ha comentado en la introducción del caso, el ámbito autonómico de la salud pública se encontraba en el momento de la EIS en tránsito hacia un modelo social de la salud y hacia la estrategia de la Salud en Todas las Políticas. Este fue el principal elemento impulsor de la EIS, con el objetivo de crear capacidad en este sentido en el ámbito de la administración. Además, en el Estado ya se contaba con las dos primeras experiencias de EIS, desarrolladas en UBC en Bilbao y en Vitoria-Gasteiz.

*“En el análisis y en las recomendaciones fuimos muy explícitos en recomendar la SeTP y, en concreto, la EIS. Lo aceptaron bien, la secretaria general de Salud Pública lo tomó como suyo y lo propuso a la consejera y al consejo de Gobierno y algunas medidas que planteamos se desarrollaron”. **Agente promotor de la EIS***

*“Algunas medidas eran muy claras, como cambios administrativos para facilitar la interlocución con los demás Departamentos, mejorar la competencia del trabajo intersectorial y participación en reuniones interdepartamentales, etc. Y otro punto era introducir la estrategia de la SeTP y en concreto, la introducción de la EIS”. **Agente promotor de la EIS***

En este contexto de reorientación estratégica a nivel político e interés por conocer la EIS, a principios del año 2010, la Secretaría General de Salud Pública y Participación otorgó financiación y asignó la ejecución de una EIS a la Escuela Andaluza de Salud Pública. Cara a la efectividad de la EIS, cabe decir, sin embargo, que este impulso no se tradujo en un compromiso político para la EIS, en la línea con el propósito técnico con el que fue concebida la experiencia. La presencia de la Consejería de Salud no tuvo una presencia significativa una vez emitido el mandato de la EIS, ni se dio un respaldo y empuje político a las recomendaciones derivadas para su implementación.

*“Hubo muy poca formalización. No apareció la Consejería, veníamos nosotros como Escuela Andaluza de Salud Pública, un equipo que se sustancia con un contrato de consultoría que financia la Consejería pero que se ejecuta por la EASP”. **Agente promotor de la EIS***

4.1.4.3.2. El contexto sociopolítico y económico

Dentro del contexto socio-político y económico en la EIS de Alcalá de Guadaíra, los elementos determinantes de la efectividad de la EIS presentes fueron la crisis económica, la coyuntura electoral y la conflictividad socio-institucional existente.

- **La crisis económica y la coyuntura electoral**

La llegada de la crisis económica tuvo lugar tras finalizar el proceso de la EIS, durante el periodo de vigencia de las recomendaciones orientadas a la fase de obras. La situación económica en el Ayuntamiento hizo que se paralizaran las obras de reurbanización, ya comenzadas e instauró como prioridad la finalización de estas, pasando el cumplimiento de parte de las recomendaciones a un segundo plano.

*“Cuando volví para hacer el seguimiento, la obra estaba comenzada y parada por la crisis el año siguiente, de tal manera que los vecinos llevaban un año con todo patas arriba. Además, con el cambio de gobierno, había cambiado también el director del Plan”. **Técnica de la EIS***

*“A raíz de la consulta a la población priorizamos hacer la campaña de comunicación de las obras, plazos, secuencias... el nuevo director justificaba que había tanta urgencia por acabar, que lo prioritario era acabar lo básico. No hicieron esta campaña, por tanto, se paralizó el poner el punto de información, el punto de transparencia... ”. **Técnica de la EIS***

*“Luego al limitarse tanto el alcance de la obra, hubo poca contratación, que era una expectativa ya creada entre la gente”. **Técnica de la EIS***

A la crisis económica se sumó el cambio de equipo de gobierno local tras las elecciones municipales, celebradas también en este momento posterior a la EIS, que conllevó cambios también en el equipo directivo del Plan URBAN. Las personas entrantes no tenían conocimiento de primera mano del proceso de la EIS llevado a cabo, ni de sus recomendaciones. En este momento, la figura del coordinador técnico, participante en el grupo motor de la EIS, tuvo un papel clave en la continuidad del proceso, ya que retomó el informe de recomendaciones con el equipo entrante, transfiriendo a este la experiencia y el aprendizaje adquiridos.

Ante este acontecimiento, según referían las personas responsables de la EIS, una mayor consolidación de los lazos con la esfera política (materializados en acuerdos), así como en torno al cumplimiento de las recomendaciones, hubiera facilitado el relevo para su implementación por el nuevo equipo entrante. El compromiso, según se reveló, estuvo basado en la buena relación interpersonal entre las personas de ambas instituciones del comité de pilotaje y la motivación individual por parte de las personas del Ayuntamiento participantes. Esto fue referido como una dificultad cuando sobrevinieron las dificultades externas al proceso. Asimismo, se señaló que esta carencia estaba relacionada de nuevo con la existencia de un mandato político para el desarrollo de la EIS, que determinó que esta tuviera un propósito técnico y contara con recursos asignados para ello, lo cual impidió ahondar en esta alianza con el nivel político.

*“Planteamos establecer un acuerdo, pero desde la Consejería no se creyó necesario [...] Lo veo como una debilidad, el hecho de que hubiera poca formalización. Dificultó el seguimiento el que hubiera cambios en el URBAN. E hizo que la continuidad de las recomendaciones estuviera muy basada en las buenas relaciones personales entre una persona especialmente motivada que se creía la historia y colaboró mucho.” **Agente promotor de la EIS 1***

*“Con mayores recursos y con tiempo, hubiésemos, a lo mejor, trabajado más con decisores políticos para haber hecho el relevo”. **Técnica de la EIS***

Ambos elementos del contexto sociopolítico, por tanto, pusieron a prueba la efectividad de la EIS, ya que supusieron un cambio de escenario en la toma de decisiones y modificaron las prioridades con respecto a la EIS y sus recomendaciones. Si bien, cabe decir que el impacto de la coyuntura electoral fue amortiguado por la presencia del coordinador técnico de la EIS, quien dio continuidad a las mismas.

- **La conflictividad socio-institucional**

El contexto sociopolítico de Alcalá de Guadaíra estaba marcado por un clima de desconfianza y desafección del vecindario con respecto a las instituciones y sus iniciativas. Esta situación era fruto de la continua desatención percibida por la población con respecto a las necesidades del barrio, situación prolongada en el tiempo.

Esta situación se reflejó en el proceso por ambas partes implicadas. Por un lado, los perfiles políticos participantes en el Comité Director de la EIS expresaron recelo ante la propuesta del equipo evaluador de que vecinos/as estuvieran presentes en dicho comité por miedo a que se filtrara información relativa al Plan URBAN, que todavía permanecía en la esfera político-técnica. Por su parte, en la convocatoria a la participación en la consulta ciudadana por parte de la EIS, las personas residentes se mostraron reticentes a participar en una iniciativa proveniente de las instituciones, lo cual limitó el alcance de la consulta.

Para el abordaje del contexto sociopolítico y, en concreto, de la conflictividad existente, la consulta ciudadana recogió los elementos que emergían en torno a ella y las percepciones de las personas residentes acerca de cómo la misma impactaba en su salud. Asimismo, las recomendaciones emitidas por la EIS se orientaban a esta esfera psicosocial, haciendo especial énfasis a las mejoras de la comunicación entre el Ayuntamiento y la ciudadanía y el incremento de la transparencia.

Por tanto, la conflictividad socio-institucional presente en el contexto de la EIS dificultó el desarrollo de la EIS de acuerdo a sus valores y limitó la efectividad directa e indirecta en ese sentido. Por su parte, desde la EIS trató de abordarse esta conflictividad, llegando a emitir recomendaciones que posteriormente fueron consideradas en la toma de decisiones y, por tanto, revirtiendo, en la medida de lo posible, dichos impactos negativos sobre la efectividad.

4.1.4.3.3. El contexto de la toma de decisiones

El contexto de la toma de decisiones en la EIS de Alcalá de Guadaíra englobó una serie de elementos determinantes de la efectividad de la EIS que fueron: la afinidad política, entendimiento y acuerdos entre actores implicados, la alineación de los valores y objetivos de los proyectos y la EIS, y el estado de planificación óptimo.

- **La afinidad política, entendimiento y acuerdos entre actores implicados**

La afinidad política y la buena calidad de la relación institucional entre la Consejería de Salud y el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra fueron dos de los criterios de oportunidad o de conveniencia sobre los que pivotó la selección del proyecto para la EIS de Alcalá de Guadaíra, de entre

aproximadamente una quincena de proyectos locales en todo el territorio andaluz. Concretamente, el proyecto URBAN de Alcalá de Guadaíra se seleccionó en base al interés, disponibilidad y compromiso por parte de los agentes responsables del proyecto, sobre la existencia de una relación de colaboración institucional entre la Consejería y el Ayuntamiento. Esta relación de colaboración no solamente venía dada por el mismo color político, sino también por una relación favorable de trabajo profesional en el ámbito de la salud pública. Sin embargo, como se ha comentado en el punto de "La crisis económica", no se establecieron acuerdos entre la Consejería y la administración local, elemento que dificultó la continuidad de las recomendaciones en el plano político tras la coyuntura electoral.

"Los criterios, era de buena relación desde la Consejería, de colaboración institucional, en la práctica esto tiene que ver, teniendo en cuenta la tendencia dominante en Andalucía, de relación política, que fueran ayuntamientos del mismo partido político, etc. Pero dentro de estos, había algunos que tenían mejor relación de trabajo profesional con ellos en salud pública, promoción de salud, etc. Y dentro de esos 12, el que tuviera más potencial para desarrollar capacidades".

Agente promotor de la EIS

- **La alineación de los valores y los objetivos del proyecto y la EIS**

La EIS y el proyecto se encontraban alineados con respecto a algunos valores y no a otros. La equidad no era un valor explícitamente alineado desde el Plan URBAN y desde la EIS se trató de visibilizar las relaciones entre las mejoras que conllevaban las medidas del Plan y la salud y su potencial para reducir las desigualdades sociales en salud. Por su parte, la participación era el principal valor que alineaba la EIS y el Plan URBAN. No en vano, este elemento constituyó un lazo de conexión importante entre ambas partes implicadas en la EIS, ya que desde el Plan se consideraba esta contribución por parte de la EIS.

*"Este lazo fue importante, porque les daba lo que buscaban dentro del Plan URBAN, sacar a la luz las demandas de los vecinos para ser integradas en el Plan ...". **Técnica de la EIS***

Sin embargo, la aplicación de este valor se vio determinada técnicamente por lo limitado de los recursos disponibles -acordes al cumplimiento del propósito de la EIS de adquirir aprendizaje y manejo de la herramienta- impidió realizar la exploración en mayor profundidad. Por otra parte, la conflictividad, desconfianza y desafección que caracterizaba la relación entre la población y las instituciones, limitó de forma importante la aplicación de la participación. El miedo a la filtración de información a la población no permitió que esta estuviera representada en el Comité Director y, por otro lado, la desafección por parte de la población determinaba sus expectativas con respecto al Plan y limitó su implicación en la exploración cualitativa. De este hecho, y de los resultados de la consulta participativa, se desgranó que los valores que regían la actuación municipal no estaban completamente alineados con aquellos que la EIS promulga.

Otro valor en torno al cual el Plan URBAN se alineaba con la EIS era su carácter integral. El Plan se desarrollaba en torno a ejes transversales que contemplaban la esfera física -de infraestructuras y equipamientos- y la socioeconómica -promoción de empleo, empresarial y social-. Desde esta visión amplia, era fácil compartir los discursos en torno al modelo social de la salud y en torno a la interdependencia de las relaciones que se establecían entre las medidas y la salud.

“Fueron unos discursos muy compartidos desde el principio. El Plan URBAN ya posee esa filosofía, ya se orienta a la regeneración social, cultural, económica, a través de proyectos de urbanismo”
Técnica de la EIS

En cuanto a la alineación en relación a los objetivos, la EIS formuló entre sus objetivos contribuir al eje de «participación social» del Plan URBAN, llevando a cabo la participación de la comunidad con el objetivo de extraer las percepciones de las personas residentes acerca del proyecto seleccionado, así como de los efectos que se preveían en su salud. Este fue el punto común reconocido de mayor relevancia, según las entrevistas.

- **El estado de planificación óptimo para la EIS**

Se ha hablado de la existencia de criterios de conveniencia que determinaron la selección del proyecto. El estado de planificación fue considerado como otro criterio importante, con vistas a que el proyecto ofreciera un margen temporal adecuado para que las recomendaciones emitidas pudieran llegar a considerarse. Esto tenía que estar de acuerdo también con los recursos disponibles para desarrollar la EIS, según los cuales, este margen se estableció en 6-9 meses. En respuesta a este criterio, la planificación del proyecto de reurbanización de la Calle San Fernando se correspondía con estos plazos.

4.1.4.4. Los determinantes del proceso de la EIS

En referencia a los elementos relativos al proceso de la EIS que determinaron su efectividad, se hará referencia a los elementos clave para la EIS y a los procedimientos desarrollados.

4.1.4.4.1. Los elementos clave para la EIS

Dentro de los elementos clave para la EIS de Alcalá de Guadaíra, se repasarán los recursos relacionados con la información basada en la evidencia y el conocimiento presentes, así como los recursos económicos, y la flexibilidad o capacidad de adaptación de la EIS a los mismos.

- **La base en la evidencia y el conocimiento disponible para la EIS**

La base en la evidencia de la información aportada por la EIS fue referido como un factor clave para la efectividad de la EIS por dos vías: por un lado, mediante la legitimidad que confiere al proceso y a los resultados de cara a su presentación a la clase política. Por otro lado, la evidencia procedente de la literatura, así como su contextualización a través de la evidencia cualitativa local y la información procedente de la caracterización del área en términos sociodemográficos, socioeconómicos y de salud, permitieron emitir recomendaciones basadas en las necesidades de la población.

“La base en la evidencia aumenta la legitimidad, se supone que lo presentas a los decisores y en la Consejería, con esa parte “científica” de la EIS para legitimar que no nos inventamos nada, sino que está sustentado y que lo que hemos hecho es contextualizar y completar esa evidencia con el trabajo sobre el terreno para adaptarla. [...] Si la efectividad también se refiere a que la EIS haya sido capaz de emitir recomendaciones basadas en la evidencia y que den respuesta contextualizada, a las necesidades de la población, podemos decir que lo alcanzó”. **Técnica de la EIS**

Además de la información y conocimiento necesarios para la evaluación, la EIS contó con otros tipos de conocimiento que hicieron posible y enriquecieron el proceso. El grupo evaluador estuvo conformado por cuatro personas expertas en salud pública y con bagaje en el estudio de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud. En cuanto a la herramienta, contaban con el conocimiento teórico y con el asesoramiento técnico por parte de las personas que habían desarrollado la EIS de UBC en Bilbao. El conocimiento de las medidas y de los cronogramas y circunstancias del proyecto fue facilitado por parte del coordinador técnico del plan URBAN, implicado en el grupo motor de la EIS. En relación a los recursos comunitarios, se contó con el apoyo de informantes clave por su posición y relación con el barrio: trabajadoras sociales, representantes comunitarios y personal técnico municipal, que, entre otras funciones ejercieron de labor de abogacía y de intermediación entre el equipo evaluador y la comunidad.

- **Los recursos económicos y la flexibilidad o capacidad de adaptación de la EIS**

Con respecto a los recursos relacionados con las personas-tiempo, estos vinieron dados por la financiación otorgada desde la Consejería. En la entrevista fueron descritos como suficientes para la realización de la EIS de acuerdo a los objetivos planteados. Sin embargo, esta limitación de financiación-tiempo sí determinó la profundidad de la EIS, en concreto en los siguientes aspectos identificados en la entrevista con la técnica de la EIS: 1) el diseño y el alcance de la participación, ante la imposibilidad de realizar grupos de discusión y de alcanzar un mayor número de perfiles; 2) el grado de implicación de las personas implicadas en la toma de decisión en el proceso; y 3) la elaboración de un plan de seguimiento de las recomendaciones.

“Adaptamos el proyecto a los recursos que había. Y el objetivo era el de testar la herramienta... Por supuesto, con más tiempo haces todo en mayor profundidad y tienes más impacto”. **Técnica de la EIS**

Con respecto a esta última cuestión, emergió la necesidad de echar mano de la adaptabilidad de la herramienta de la EIS, para que pueda ser aplicada en el ámbito local y cumplir su propósito. La persona entrevistada, promotora de la EIS, reflejó que ante la existencia de recursos limitados en el ámbito municipal para el desarrollo de la una EIS desde una perspectiva académica, sería necesario atender a dos cuestiones: por un lado, generar e implementar herramientas sencillas, integradoras de la información existente, y que apoyen la reflexión en términos de impactos en salud y en la equidad en salud; y por otro, integrar la EIS en procedimientos que se lleven a cabo en la rutina de planificación municipal. Por otro lado, el proceso de EIS debería poder adaptarse a las posibilidades y no sería necesario en todos los casos aplicar el procedimiento completo.

“Cuento con que no hay recursos a nivel municipal para hacer una EIS como la hacemos a nivel académico. Por tanto, hay que conseguir generar herramientas muy finas, en cuanto que nos digan algo, que aporten conocimiento sustantivo y valor añadido al proceso que ya existe, y que sean fáciles de aplicar. Por ejemplo, para la información que ya existe aportar resúmenes de evidencia. Y para la nueva información, que la EIS se integre en procedimientos que ya se hacen, no añadir nuevos...integrar las cuestiones de salud en otros procedimientos de consulta, por ejemplo. Que el decisor lo pueda integrar en su quehacer. En definitiva, que aporte más resultados que trabajo. [...] Se podría actuar sobre procesos que existan y que se les pueda aportar algo... puede que no sea una EIS completa, puede que sea únicamente una fase suelta...”. **Técnica de la EIS**

4.1.4.4.2. Los procedimientos de la EIS

La categoría de los procedimientos englobó factores determinantes de la efectividad de la EIS de Alcalá de Guadaíra, relativos a la participación de agentes clave para la toma de decisiones, la participación de la comunidad y la transparencia y rendición de cuentas en el proceso de la EIS.

- **La participación de agentes clave para la toma de decisiones**

En el seno de la EIS de Alcalá de Guadaíra se conformó un grupo director compuesto por el director del Plan URBAN, el jefe del área económica del proyecto y la jefa de servicios sociales. Las reuniones de este grupo fueron puntuales, en un momento inicial de la EIS y en la reunión de presentación de resultados, al final de la EIS. A pesar de ello, este grupo otorgó la apertura institucional y política para llevar a cabo la EIS, brindó su apoyo durante el proceso y dio apuntes

a las recomendaciones. También mostraron conformidad a la inclusión de la EIS dentro del Plan URBAN y a la realización de la consulta a la población.

Por otra parte, se configuró un grupo motor, en el que participó el equipo evaluador de la EIS, el coordinador técnico del Plan URBAN y una trabajadora social del Ayuntamiento. Las reuniones de este grupo fueron más numerosas a lo largo del proceso, y buena parte del intercambio de información que se dio en ellas tuvo lugar en un ámbito informal.

La participación e implicación de estas personas en la EIS incidió de manera favorable en su efectividad directa e indirecta. Ante el cambio de equipo de gobierno municipal y de la dirección del Plan, la continuidad en la coordinación técnica del Plan de la persona que estuvo presente en el grupo motor de la EIS hizo posible que el informe fuera transmitido al equipo entrante, pudiendo aportar valor añadido al proceso de toma de decisiones.

*“El coordinador técnico había estado con nosotros, aunque con un papel más técnico que político, pero luego él estaba ahí para seguir transmitiendo el informe, las recomendaciones... En el seguimiento era nuestro contacto y me dijo, mira, no lo hemos aplicado pero lo hemos retomado, vi que habían trabajado en él (en el informe EIS) les aportaba ideas”. **Técnica de la EIS***

Esta transmisión del discurso en la línea de las recomendaciones pudo influir en que, en la siguiente fase del Plan, fueran recogidas algunas de las recomendaciones de índole social. Posteriormente, esta persona asumió la jefatura del área social del Plan y, según se desgrana de la entrevista con el nuevo director del Plan, incidió en gran medida para la inclusión de pliegos y cláusulas sociales en la línea de las recomendaciones de la EIS. Por otro lado, la trabajadora social, ejerció una importante labor de apoyo para la realización de la consulta cualitativa, mediante su papel intermediario con las personas del equipo evaluador.

*“Desde que se hace este informe (el de la EIS) hasta como el URBAN se organiza, hay un cambio organizativo. Se decide crear una estructura organizativa con un organigrama político, se crea una comisión estratégica y otra directiva, en la que está el jefe de servicio de promoción social, que estuvo implicado en el proyecto de la EIS... En esta comisión se tuvieron en cuenta algunas recomendaciones”. **Nuevo director del Plan URBAN***

▪ **La participación de la comunidad**

La EIS materializó la participación comunitaria en la fase de evaluación, llevando a cabo un taller y un grupo de trabajo en el que participaron entre 30 y 40 personas. Esta reunión se celebró aprovechando la convocatoria pública para la presentación del plan URBAN. Para esta participación y la recogida de información cualitativa en general, el grupo evaluador contó con el apoyo de asociaciones vecinales y de las trabajadoras sociales del Ayuntamiento.

“Una asociación de jóvenes y otra vecinal que nos sirvieron de enlace en torno a la difusión sesión de trabajo. En las visitas al barrio fuimos acompañados por las trabajadoras sociales que nos presentaban e hicimos varias entrevistas informales a pie de calle”. **Técnica de la EIS**

La participación contribuyó a contextualizar en el barrio los impactos en salud identificados en la literatura y a conocer en profundidad elementos del contexto que eran relevantes para considerar las percepciones que emergían acerca de los impactos en la salud en la población, sobre todo en relación a la conflictividad socio-institucional existente.

Sin embargo, algunos factores limitaron la presencia y el alcance de la participación desde la voluntad inicial de aplicarla de la forma más plena posible como valor de cabecera en la EIS. En primer lugar, se trató de integrar a agentes clave de la comunidad en el comité director de la EIS, lo cual no fue posible debido a las reticencias por parte del equipo URBAN por temor a que se filtrara información acerca del proyecto previamente a su implementación.

En segundo lugar, la participación se vio restringida por el escepticismo y la desafección sentidos por parte de los/as vecinos/as en torno al plan, por las sucesivas promesas no llevadas a cabo por la institución municipal.

Y por último, la participación comunitaria fue uno de los procedimientos afectados por la limitación de recursos, como se extrajo en la entrevista.

“En un plano teórico, si hubiésemos tenido más tiempo y dinero me imagino que hubiéramos hecho grupos focales o cualquier otra herramienta. La consulta al final fue muy restringida” **Técnica de la EIS**

A pesar de ello, el equipo evaluador echó mano de la flexibilidad de la EIS y pudo llevar a cabo la consulta aprovechando una actividad existente de difusión organizada por el propio plan URBAN.

“Estaba la reunión de presentación del URBAN a toda la población por la mañana y pedimos hacer la reunión de grupo por la tarde, en lugar de hacer grupos focales... así hicimos la parte cualitativa”. **Técnica de la EIS**

La participación de la comunidad que recogía el proceso de la EIS era un elemento percibido como propio por parte de todas las personas del Ayuntamiento implicadas en cuanto que respondía a una de las líneas prioritarias del Plan. En este sentido, la EIS fue considerada como la herramienta que vehiculaba esta participación.

“Este proceso se tomó como parte del Plan URBAN, que tiene un componente importante de participación, de consulta ciudadana. A ellos también les satisfacía este objetivo. [...] Se puede decir que en principio la EIS sí se tomó en cuenta como instrumento para recoger la demanda de los ciudadanos para su bienestar. Que luego esto se traduzca en recursos y en hacerlo posible...”. **Técnica de la EIS**

En esta línea cabe mencionar que desde la esfera política no se pusieron obstáculos ni se percibieron reticencias a esta exploración. Esto supone un factor significativo, al tratarse de un barrio con un alto grado de necesidades no cubiertas y como consecuencia de ello, con una relación conflictiva con respecto a la autoridad local. De darse una generación de expectativas a partir de esa consulta, era necesaria una rendición de cuentas por parte del Ayuntamiento, si es que existía la voluntad de revertir esta situación de conflictividad. Con lo cual, puede decirse que con esa aceptación, implícitamente se estaba dando un acuerdo entre la esfera política y la comunidad, mediado por la EIS, independientemente de su cumplimiento posterior.

*“El director técnico y las trabajadoras sociales estaban muy sensibilizados/as, estaban con nosotros, y querían que emergieran las necesidades de la población. Y adecuar esas recomendaciones a las necesidades de los habitantes, esto es lo que se intentó recoger. [...] Luego, la aplicación de las recomendaciones depende de que éstas sean factibles desde un punto de vista económico, político... de la sensibilidad y apertura a esas necesidades del barrio. Pero los políticos ya sabían que íbamos a consultar a la comunidad y eso genera expectativas. Luego no podrían ignorarlas. Estaban políticamente de acuerdo con que un equipo externo se metiera internamente en el Ayuntamiento, con las reticencias que normalmente existen para ello en ciertos proyectos locales, con poblaciones en situaciones problemáticas”. **Técnica de la EIS***

En todo caso, el director del URBAN, en base a la experiencia de la participación desarrollada en el marco del Plan, puso sobre la mesa el reto de la escasa cultura de participación para la inclusión efectiva de la participación en la toma de decisiones, y que afecta tanto a la Administración -en su déficit organizativo- como a la ciudadanía -en la primacía del interés individual sobre el comunitario-.

“Se intentó hacer un proceso participativo para poner en común a todos los vecinos cuáles eran los elementos que podían identificar en positivo al barrio, por esa imagen negativa que se tenía, y encontramos tanto la dificultad de que la Administración no está organizativamente preparada para los procesos participativos, como la propia dificultad de que los vecinos entiendan qué es un proceso participativo. También el otro tiene que tener cultura participativa, que tampoco el ciudadano la tiene. En ocasiones se ha confundido el interés individual sobre el comunitario”.

Nuevo director Plan URBAN

- **La transparencia y la rendición de cuentas en el proceso de la EIS**

En cuanto a la transparencia interna, referida al ámbito del grupo motor o institucional, el grupo evaluador estableció canales de comunicación continua tanto dentro del grupo motor como hacia el grupo director, conformado por personas con responsabilidad política en el proyecto URBAN.

El informe de la EIS, junto con las recomendaciones, fueron presentados en una reunión a las personas del comité director, quienes realizaron algunos apuntes a las mismas.

Con respecto a la transparencia externa o referida a la comunidad, se realizaron publicaciones en un soporte escrito de divulgación local al inicio de la EIS, a mitad del proceso y al final, informando acerca de los hitos del proceso y los diferentes resultados. Además, en la página web del Plan URBAN, contenida en la página web del Ayuntamiento, se publicaron varias entradas informativas de la EIS. No se dio una devolución expresa de los resultados a las personas participantes en la consulta ciudadana, lo que limitó la efectividad indirecta en este sentido (mediante el aprendizaje a partir del intercambio generado, un mayor sentimiento de reconocimiento, etc.)

*“Se hicieron varias publicaciones en el periódico local, en un boletín o soporte escrito, dos o tres a lo largo de nueve meses. Además, en la página web del Plan se publicaron varias entradas contando lo que estaban haciendo”. **Técnica de la EIS***

Con respecto a la rendición de cuentas de la EIS en relación con el grado de implementación de recomendaciones alcanzado, una persona del equipo evaluador realizó una evaluación del mismo un año y medio después de finalizar el proceso. En ella, entrevistó a las personas del equipo motor de la EIS y al nuevo director del Plan URBAN, lo que le permitió conocer los avances realizados, escasos hasta ese momento (tal y como se ha descrito en el punto de “Efectividad directa”) y conocer también los elementos que se habían dado en ese tiempo y que habían dificultado la puesta en marcha de las recomendaciones (la crisis económica y la coyuntura electoral). Por otra parte, permitió conocer el papel del coordinador técnico en la continuidad de las recomendaciones ante dichos acontecimientos. Esta recogida de información fue clave, por tanto, para hoy poder explicar los elementos que vehicularon la efectividad de la EIS de Alcalá de Guadaíra.

En relación con este punto, emergió en el análisis la ausencia de un elemento del proceso que podía haber favorecido la efectividad de la EIS en este escenario cambiante y que fue un plan consensuado con las personas responsables de la toma de decisiones para la implementación de las recomendaciones.

*“El problema es que no hicimos un plan de seguimiento de las recomendaciones, por ejemplo, un informe donde decir: estas son las recomendaciones, quién lo va a hacer, en qué momento. ¿Qué pasó? Cambió el director del URBAN, vino uno nuevo y ese informe no estaba hecho... a lo mejor hubiera sido más eficaz si él hubiera tenido un informe no ya de la EIS, sino un plan de seguimiento de las recomendaciones. No sé si hubiera ayudado al final, pero si hubiéramos tenido más tiempo hubiéramos hecho esa parte también”. **Técnica de la EIS***

4.1.4.5. Los determinantes relativos a aspectos transversales al contexto y al proceso

En cuanto a los elementos transversales al contexto y la proceso de la EIS de Alcalá de Guadaíra, se identificaron la proactividad y la agencia individual.

La proactividad tuvo lugar, en el caso de Alcalá de Guadaíra, relativa a las personas del equipo evaluador, quienes trataron de sacar el mayor rendimiento a la experiencia con los recursos disponibles. En la entrevista se hizo referencia al compromiso técnico como baza para la efectividad de la EIS.

*“Un factor para la efectividad de la EIS que haya personas convencidísimas a nivel técnico, y esto sale porque son ciertas personas las que meten de lleno”. **Técnica promotora de la EIS***

En la EIS de Alcalá de Guadaíra, el papel de la agencia individual tuvo relevancia a nivel político, a través del mandato por parte de la Directora de Salud Pública, para llevar a cabo la EIS. Por su parte, la posición del nuevo director del Plan URBAN, tal y como su pudo revelar en la entrevista, fue de aparente alineación con la filosofía de la EIS y de apertura a líneas de trabajo cercanas a las recomendaciones.

A nivel técnico, la figura del coordinador técnico fue un factor determinante de la efectividad de la EIS: como contacto principal respecto a la esfera del Plan URBAN, tuvo un papel intermediario fundamental para que la EIS siguiera teniendo presencia, una vez que el proceso finalizó y el equipo evaluador marchó del terreno. Aún más importancia tuvo cuando en ese momento cambiaba el equipo directivo del Plan URBAN y era necesario transmitir la experiencia vivida y las recomendaciones a las personas entrantes. Posteriormente, prosiguió transmitiendo el legado de la EIS, ya desde el cargo de jefatura del área social y con la ayuda de cambios organizativos. Por último, las profesionales sociales del barrio participantes en el grupo motor de la EIS, tuvieron un papel clave, como intermediarias entre la EIS y la comunidad, de legitimación y de facilitación del proceso.

4.1.4.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de efectividad de la EIS de Alcalá de Guadaíra

La EIS de Alcalá de Guadaíra tuvo una efectividad directa parcial, llevándose a cabo algunas de las recomendaciones emitidas, principalmente aquellas relacionadas con las cuestiones más sociales, modificando la toma de decisiones y, en consecuencia, los determinantes sociales de salud afectados por ellas.

Por su parte, la efectividad indirecta se materializó en la adquisición de aprendizaje, en la consecución de impactos en otras actuaciones, como la normativización de la EIS, y en la

consecución de otros impactos indirectos, consistentes en la mejora de la transparencia de la toma de decisiones. La relación intersectorial fue reforzada a partir de la EIS, avanzándose desde un nivel de información hacia un nivel de cooperación-coordinación. Dentro de la dimensión de Contexto, los determinantes del contexto institucional que obstaculizaron tanto la efectividad directa como el fortalecimiento de la acción intersectorial -efectividad indirecta-, fueron la ausencia de un compromiso político para la EIS materializado en un acuerdo político. Por su parte, dentro del contexto sociopolítico y económico, la crisis económica, la coyuntura electoral y la conflictividad socio-institucional existente, dificultaron el alcance de la efectividad. constituyó otro factor obstaculizador de dichos tipos de efectividad. En cuanto a la dimensión de Proceso, el conocimiento disponible, la base en la evidencia, los recursos suficientes de acuerdo a los propósitos planteados para la EIS y la adaptabilidad de la misma, fueron elementos favorables para la efectividad directa e indirecta. Asimismo, la participación de actores clave para la toma de decisiones, la transparencia hacia las instituciones y la realización de la evaluación de la implementación de las recomendaciones, contribuyeron favorablemente a la efectividad directa e indirecta alcanzadas. Por su parte, el alcance limitado de la participación de la comunidad, si bien permitió contextualizar los impactos en la salud, redujo el potencial de efectividad alcanzable mediante este procedimiento. Finalmente, en cuanto a aspectos transversales, la proactividad por parte del personal técnico, tanto el implicado en la experiencia de Alcalá de Guadaíra como en la implementación del Decreto de aplicación de la EIS en Andalucía, emerge como un elemento clave para la efectividad de la EIS. La agencia individual, ejercida por la figura de coordinación del Plan URBAN en diversos momentos de dificultad para la efectividad de la EIS, consiguió salvarlos en beneficio de la EIS; por su parte, a nivel político, la agencia individual puede decirse que fue favorable, tanto para el impulso de la EIS (desde la Consejería de Salud), como para la adopción de las recomendaciones (desde la dirección del Plan URBAN).

Tabla 4.1.4.3. Tabla-resumen de la efectividad y sus determinantes de la EIS de Alcalá de Guadaíra

DETERMINANTES DE LA EFECTIVIDAD	EFECTIVIDAD DIRECTA			EFECTIVIDAD INDIRECTA			
	¿Existió?	Cumplimiento de las recomendaciones	Modificación de los DSS*	Aprendizaje	Fortalecimiento de la AI**	Impacto sobre otras actuaciones	Otros impactos indirectos
		Parcial	Parcial	Sí	Parcial	Sí	Sí
CONTEXTO							
Contexto institucional para la EIS							
Institucionalización del modelo social de la salud	Sí						
Mandato político para la EIS	Sí						
Compromiso político para la EIS	No						
Contexto sociopolítico y económico							
Crisis económica	Sí						
Coyuntura electoral	Sí						
Conflictividad socio-institucional	Sí						
Contexto de la toma de decisiones							
Afinidad política entre actores implicados	Sí						
Entendimiento entre actores implicados	No						
Acuerdos para la EIS	No						
Alineación de los valores del proyecto y la EIS	No						
Alineación de los objetivos del proyecto y la EIS	No						
Estado de planificación óptimo para la EIS	Sí						
PROCESO							
Elementos clave para la EIS							
Base en la evidencia	Sí						
Conocimiento disponible para la EIS	Sí						
Recursos materiales para la EIS	Parcial						
Flexibilidad y capacidad de adaptación de la EIS	Sí						
Procedimientos							
Participación de agentes clave para la toma de decisiones	Sí						
Participación de la comunidad	Sí						
Transparencia y rendición de cuentas en la EIS							
A nivel institucional o interno	Sí						
A nivel de la comunidad o externo	Parcial						
Seguimiento de las recomendaciones	Parcial						
ASPECTOS TRANSVERSALES							
Proactividad	Sí						
Agencia individual	Sí						

Casillas color azul: el determinante influyó favorablemente en la efectividad de la EIS; Casillas color amarillo: el determinante no tuvo efecto en la efectividad de la EIS; Casillas color rojo: el determinante influyó negativamente en la efectividad de la EIS

*DSS: Determinantes Sociales de la Salud

**AI: Acción intersectorial

4.1.5. Caso estudio 5. La EIS de Pasaia

Bahía de Pasaia es un municipio costero de la provincia de Gipuzkoa. Está formado por cuatro barrios situados en torno a la ría y al puerto del mismo nombre. El municipio colinda con la capital de provincia, Donostia-San Sebastián, y dos de sus barrios constituyen prácticamente una prolongación de esta ciudad.

Pasaia constituyó un núcleo muy potente en los años de la industrialización, 1960 y 1970, por la importante actividad de su puerto. La demanda de la actividad generó un acusado crecimiento de la población inmigrante, que conllevó el desarrollo urbano hacia los barrios residenciales de carácter obrero. A partir de los años 1980, la actividad se vio reducida y el área comenzó un declive generalizado, llegando a una situación de degradación urbanística, áreas deterioradas y abandonadas y sin uso, escasez de zonas verdes y de esparcimiento, suelos contaminados y polución ambiental. Esta situación se ha extendido a la esfera socioeconómica, caracterizada por elevados índices de pobreza, alta proporción de población inmigrante, desempleo, bajo nivel de instrucción y, en general, una situación claramente desfavorecida con respecto al conjunto de la provincia.

Las intervenciones objeto de la EIS forman parte de un plan integral (Master Plan) para la revitalización de la Bahía de Pasaia y cuya competencia en la toma de decisiones era compartida por el Ayuntamiento de Pasaia, la Autoridad Portuaria- perteneciente a la Administración estatal- y la Diputación de Gipuzkoa. El diseño del Master Plan estaba condicionado por la construcción de un puerto exterior, que era el proyecto estrella. Con la llegada de la crisis económica se cuestionó la viabilidad de este proyecto, por lo que el Master Plan fue reformulado y únicamente quedaron dos intervenciones cuyo desarrollo se preveía con relativa certeza:

1. La construcción de una nueva lonja, con un proyecto de obra ya aprobado y definido, pero existía la posibilidad de incidir en él. Proponía construir un nuevo edificio para la lonja sobre el mismo solar de la antigua, sito en el casco urbano. Planteaba soterrar la actividad de la lonja bajo una cubierta verde paseable y abrir el acceso visual al mar. Dotaba el edificio de un aparcamiento público, un restaurante y espacios polivalentes.
2. La reordenación de una parcela degradada y abandonada -La Herrera-, pero para la cual no existía todavía ningún proyecto concretado.

Las propuestas para la revitalización del área de la Herrera habían sido numerosas y provenientes de distintos agentes. En un concurso convocado por la Diputación en 2006, a la del Master Plan vigente, le acompañaron propuestas procedentes de una sociedad y una plataforma ciudadana, que, aun con sus particularidades, incluían propuestas que convergían en elementos como el uso mixto del suelo y las zonas verdes. Sin embargo, la diversidad de administraciones competentes en el área (Ayuntamiento, Diputación y Autoridad Portuaria), los complejos procedimientos necesarios en materia de ordenación de espacios portuarios, la situación económica y la falta de acuerdos que empujaran en una misma dirección, impidieron que ninguna acción fuera llevada a cabo. Mientras, el estado de degradación del área había ido progresando, al igual que lo hicieron

la desafección, desconfianza y escepticismo por parte población residente hacia las instituciones competentes, al no ver atendidas sus necesidades y reivindicaciones. Durante la EIS y con los cambios de gobierno municipal y en la Diputación, el proyecto de la Herrera todavía carecía de plazos para su definición, por lo que se decidió abordar los impactos que el retraso en la actuación sobre la Herrera y el abandono de esta área sobre la salud y el bienestar de la población.

La EIS fue impulsada desde la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, instancia perteneciente al Departamento de Sanidad y Consumo. con el objetivo general de realizar una EIS concurrente y prospectiva sobre la salud del proyecto de la nueva lonja y la no actuación sobre el área de la Herrera. Como objetivos específicos, se señalaron: identificar impactos positivos y negativos de ambas intervenciones sobre la calidad de vida y la salud de la población residente; estimar la magnitud y distribución por ejes socioeconómicos de los impactos y realizar recomendaciones de mejora de las intervenciones. Otro objetivo señalado era adquirir conocimiento y destrezas en la aplicación práctica de la metodología EIS en proyectos de regeneración urbana.

En el momento de realizarse las entrevistas para esta tesis, el equipo de la EIS de Pasaia estaba en pleno desarrollo de la fase de seguimiento de las recomendaciones emitidas por la EIS, en base a la realización entrevistas a la población e instituciones participantes.

4.1.5.1. La efectividad directa de la EIS

La efectividad directa de la EIS de Pasaia se explicará a través de dos tipos de resultados: por un lado, los impactos que tuvo sobre la toma de decisiones, en función de las recomendaciones que se emitieron; y por otro, la modificación de los determinantes sociales de la salud.

Con respecto a las recomendaciones emitidas por la EIS (Tabla 4.1.5.1), se propusieron líneas de actuación en torno a las intervenciones objeto del análisis - la nueva lonja de pescado y los retrasos de intervención en la Herrera-, pero además se emitieran recomendaciones que apuntaban a oportunidades ligadas a las intervenciones, al proceso de regeneración de la bahía, así como orientadas a los nuevos espacios de esparcimiento que se crearan a futuro en el área.

Tabla 4.1.5.1. Recomendaciones de la EIS de Pasaia y su cumplimiento

Recomendaciones de la EIS de Pasaia	Cumplimiento	
	Sí	No
Recomendaciones para la nueva lonja de pescado		
Garantizar la acometida del proyecto en toda su amplitud, asegurando la urbanización y ajardinamiento de la cubierta y taludes según lo previsto		X
Establecer y velar por el cumplimiento de normas de uso para los vehículos estacionados en el recinto de la planta baja, no permitiendo mantener el motor en marcha		X
Dotar de equipos de insonorización y filtro de partículas a los sistemas de ventilación forzada ubicados en la cubierta paseable de la lonja		X
Apantallar las dos torres de refrigeración que se mantienen en su antigua ubicación		X
Acoger en los espacios polivalentes que se generan, a asociaciones y colectivos		X
Prever un área de estacionamiento de vehículos pesados en el suelo portuario		X
Diseñar el trayecto de los vehículos pesados a través del vial portuario, fuera del casco urbano		X
Establecer límite de velocidad para el tránsito rodado y asfalto fono-absorbente en el trayecto de los camiones a la lonja para minimizar ruidos y emisiones a la atmosfera		X
Aplicar asfalto fono-absorbente en el trayecto de los camiones a la lonja para minimizar ruidos y emisiones a la atmosfera		X
Recomendaciones ante los retrasos de intervención en la Herrera		
Realizar el desescombro, retirar los apiles de derribos, limpiar, sanear y asfaltar la parcela, con el fin de dotarla de una mínima calidad paisajística y de salubridad		X
Dar prioridad a la paulatina y planificada regeneración de esta área, dando continuidad al espacio urbano actual, fragmentado	✓	
Planificar los nuevos usos, reparando los déficits urbanos existentes		X
Tener en cuenta las diversas propuestas populares que se han dado para esta área		X
Reordenar los nuevos usos, teniendo en cuenta la actividad portuaria actual y futura: ubicar y diseñar las dotaciones para reducir la exposición a impactos negativos de la actividad		X
Recomendaciones para las oportunidades ligadas a las intervenciones		
Crear un paseo de calidad para uso peatonal y de bicicleta que conecte la bocana del puerto con la estación del metro, integrando las dos áreas de intervención	✓	
Amortiguar el tráfico en la calle Arraunlari, compatibilizando el tránsito de vehículos motorizados con la seguridad de peatones y ciclistas		X
Crear una parada para la embarcación que conecta con Donibane, en el entorno de la nueva lonja para incentivar el uso del transporte público		X
Recomendaciones para el proceso de regeneración de la bahía (3 en total)		
Alcanzar los acuerdos necesarios entre las instituciones implicadas impulsar la necesaria regeneración de la bahía y afianzar cauces de comunicación entre ambas y con la ciudadanía	✓	
Prever y aplicar medidas correctoras para paliar las molestias generadas en el periodo de obras		X
Recomendaciones para los nuevos espacios de esparcimiento que se creen (6 en total)		
Planificar la dotación de las nuevas áreas de esparcimiento: mobiliario urbano, iluminación nocturna adecuada, aparcamiento para bicis, vegetación, etc. y garantizar su mantenimiento		X

Fuente: Adaptado de Serrano et al., 2016

Del conjunto de recomendaciones, la relativa a la creación de un paseo que atravesase el área, emitida como oportunidad ligada a las intervenciones, fue expresamente recogida y presupuestada en un nuevo plan de reordenación de usos del área de la Herrera con fecha de

implementación en 2018. Cabe decir que dicha recomendación estaba considerada como una de las más importantes por parte del equipo evaluador, ya que daba respuesta a múltiples necesidades identificadas por la EIS y, de manera especial, porque se elaboró a partir de una propuesta emitida por la población participante en la exploración cualitativa. Adicionalmente, según se señaló en las entrevistas, este nuevo plan de ordenación fue consensuado en mucho menor tiempo que el anterior, denotando un mayor acercamiento en las posturas políticas.

“Ahora se ha aprobado de manera consensuada el Plan Especial de Ordenación de Espacios Portuarios, refrendado por la Diputación, Autoridad Portuaria y Ayuntamiento. Se organiza en áreas de intervención y la primera es el nuevo paseo, que era la primera recomendación estrella de la EIS. Esto se recoge después de un año de trabajo, cuando el plan anterior les llevó siete años de discusión. Esto te lleva a pensar que sí ha contribuido, no de manera triunfalista”. **Técnica de la EIS**

De la consideración de esta intervención y de esta última reflexión, se puede deducir el cumplimiento de dos recomendaciones más, orientadas a priorizar la regeneración de la Herrera, dando continuidad al espacio urbano actual, y alcanzar los acuerdos necesarios entre las instituciones implicadas para impulsar la regeneración.

Así, en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones según su naturaleza (Tabla 4.1.5.2.), de las 14 relativas a los proyectos, una alcanzó su cumplimiento (7,14%). Con respecto a las adicionales, dos de las once recomendaciones fueron implementadas (18%).

Tabla 4.1.5.2. Cumplimiento de las recomendaciones según su naturaleza

Naturaleza de las recomendaciones	Número de recomendaciones emitidas	Porcentaje de cumplimiento
Relativas a los proyectos	14	1/14 (7,14%)
Relativas a la fase de obras	1	0 (0%)
Adicionales	11	2/11 (18,2%)

La noticia de la nueva llegada del plan de ordenación de la Herrera con la dotación de presupuesto incluida para el paseo, medidas a las cuales hacían alusión las recomendaciones de la EIS había sido conocida por las personas responsables de la EIS poco antes de realizarse las entrevistas para esta tesis. Asimismo, habían comenzado las entrevistas de seguimiento en el territorio por parte del equipo evaluador. Con todo ello, reconocían que, si bien tras finalizar la EIS el potencial de efectividad percibido por su parte era escaso, los acontecimientos recientes habían cambiado su parecer y les hacían pensar que la EIS había tenido cierto impacto en la toma de decisiones. En consecuencia, señalaron que el potencial de la efectividad directa de la EIS quedaba condicionado al paso del tiempo y al avance del proceso de regeneración, no sin reflejar un cierto grado de

escepticismo al respecto, en remisión al historial de actuación de las instituciones en el área, marcado por las promesas incumplidas.

*“La que tenemos ahora es una visión distinta tras las entrevistas de seguimiento. En mayo de 2014 el trabajo acabó con la presentación de recomendaciones... y la impresión fue que no tenía repercusión, que poco se iba a recoger lo que allí se proponía en la materialización de los proyectos. A medida que ha pasado el tiempo la hemeroteca ha ido diciendo que parecía que sí, pero nunca sabíamos si era real o era publicitario, porque a veces esas cosas las administraciones lo publicitan pero no sabes qué hay de poso real”. **Técnica de la EIS***

“La influencia en las decisiones, lo digo con la boca pequeña, pero visto los movimientos que se han hecho en los últimos meses, en justicia tengo que decir que algo ha pintado la EIS... ya no puedo decir que no se ha informado e influido en las decisiones”.

“Porque hay un hecho, que hay que decirlo, que es que todavía no ha finalizado la obra de la lonja ...con lo cual hay muchas cosas pendientes y en la Herrera se sigue habiendo intervenido poquito y habiendo hecho pocas cosas, con lo cual...”

*“Con la intervención del paseo que surgió de las entrevistas, se han dado pasos importantes como su aceptación, asignación de presupuesto y fecha de 2018, pero claro, está por ver. Está por ver y en este entorno, decía la gente, hechos son amores, y hasta que no lo veamos... porque todavía esa desconfianza es muy honda”. **Técnica promotora de la EIS***

En el caso de que estos proyectos planteados -el paseo que atravesaría el área y la reordenación del área de la Herrera- se llevaran a cabo, los determinantes sociales de la salud directamente impactados de manera positiva serían los relativos a las condiciones de vida (entorno físico y accesibilidad) y a los factores psicosociales, como la cohesión social.

4.1.5.2. La efectividad indirecta de la EIS

Para el análisis de la efectividad indirecta de la EIS de Pasaia, se repasarán los elementos que componen esta: el aprendizaje, el fortalecimiento de la acción intersectorial, los impactos sobre otras actuaciones y otros impactos indirectos de la experiencia de la EIS.

- **El aprendizaje adquirido en la EIS**

En cuanto al aprendizaje adquirido a partir de la EIS, las entrevistas desgranaban que se trataba de la dimensión de efectividad más importante lograda. Teniendo en cuenta que se trataba de una parte importante de los objetivos establecidos, conjuntamente con la elaboración de recomendaciones, la persona promotora de la EIS se mostraba satisfecha en este sentido.

“El objetivo nunca fue solamente el acabar haciendo una serie de recomendaciones, había otro objetivo, que era el aprendizaje y la capacitación y el manejo de la herramienta, al margen de testar cuánto daba de sí. Desde luego, en este segundo objetivo el cumplimiento fue mayor que el de las propias recomendaciones”. Técnica promotora de la EIS

En referencia al aprendizaje conceptual, relativo al conocimiento o sensibilización acerca del modelo de los determinantes sociales de la salud, en las entrevistas realizadas en la fase de seguimiento de la EIS se constató que el proceso generó sensibilización tanto en la institución consultada como en la población involucrada en la EIS en torno al discurso de los determinantes sociales de la salud.

“Antes ya lo pensábamos y ahora se nos ha confirmado tras las entrevistas de seguimiento, tanto la Autoridad Portuaria, como los participantes en el proceso, porque lo verbalizan tal cual: “estábamos en otro mundo y no pensábamos que esto pudiera afectar en la salud. Posiblemente, en cuanto a efectividad de resultados, sea muy claro, los impactos, el modelo social de la salud, la gente lo entiende fácil y además lo hace suyo rápidamente”. Técnica de la EIS

“La Autoridad Portuaria ha corroborado que fue importante para ellos conocer las recomendaciones de la EIS en cuanto a conocer el problema de salud de la población y ha tenido una traducción, no al 100%, en las actuaciones”. Técnica de la EIS

Un resultado distinto encontramos con respecto al discurso de las desigualdades sociales en salud y la sensibilización con respecto a la influencia de las intervenciones del master plan sobre ellas por parte de las personas responsables de los proyectos. Esto seguramente en parte tuvo que ver con que el valor de la equidad no constituyó una cuestión prioritaria por parte de las instituciones competentes en la toma de decisiones acerca del master plan. De hecho, una de las personas entrevistadas comentó que, posteriormente a la EIS, por parte del Ayuntamiento se iniciaron una serie de actuaciones aisladas de mejora del entorno urbano de la zona, pero que, desde su punto de vista, respondían más a una demanda extendida en la zona que a una asunción en el seno del propio Ayuntamiento del discurso de las desigualdades.

“El Ayuntamiento recientemente, también ha empezado a mover ficha, junto con la Diputación, a través de fondos europeos, todo muy modesto e incipiente. Eso es una cosa, porque se ha hecho mucho hincapié en que era una zona desatendida, y yo creo que es una necesidad muy sentida que no solo lo dice la EIS, es muy general. Entonces sí que se ven que han de dar respuesta a eso.

*De ahí a decir que esté asumido el discurso de las desigualdades, no me atrevo". **Técnica promotora de la EIS***

En referencia a la asunción del discurso del modelo social de la salud y de la equidad en salud por parte de los sectores distintos al de salud, la EIS permitió ratificar que ésta requiere de una sensibilización progresiva, a través de distintos hitos, procesos o factores que se van sucediendo en el tiempo. Por tanto, el hecho de que, en el momento de la evaluación, parezca que la filosofía que subyace a la EIS haya tenido poco o ningún calado, no significa que la EIS no haya constituido en sí misma una aportación efectiva en esta dirección:

*"Lo que sí me ha enseñado esta EIS es que esto es una siembra cuyos efectos son a medio-largo plazo. Es una bola de nieve que a medida que va sumándose copito a copito, va haciéndose cada vez más grande... hay que dar un poco más recorrido para ver hasta dónde alcanza y cómo va calando eso. Optimista no soy, pero tampoco quiero ser demasiado pesimista por el hecho de no haber tenido ningún indicador de que el Ayuntamiento efectivamente haya incorporado el discurso" **Técnica promotora de la EIS***

En cuanto a la penetración de este discurso entre la población participante en la EIS, la entrevista reflejó que a pesar de que la conciencia de desigualdad ya existía, la EIS pudo contribuir a comprender en mayor medida por parte de esta población cómo las condiciones del entorno influían en su calidad de vida, así como en el incremento o reducción de estos niveles desiguales de salud con respecto a otras zonas:

*"Partimos de que ellos ya se sienten en situación de desigualdad, se sienten los abandonados, la escoria del mundo, la baja autoestima en general quedaba muy patente. Entonces no les cuesta entender... no sé si en su concepto de desigualdades sociales en la salud llegan a comprender todo a lo que se refiere e implica el discurso de las desigualdades, pero que hay diferencias, sí, y cómo esos diferentes factores que nosotros hemos ido escarbando genera estas diferencias, de alguna manera creo que también". **Técnica promotora de la EIS***

Con respecto al aprendizaje técnico, relacionado con el conocimiento y manejo de la herramienta, la experiencia fue satisfactoria dentro del equipo evaluador, tanto para las personas que ya conocían la herramienta como para quienes era la primera vez que oían hablar de ella.

En cuanto al aprendizaje social o relativo a las cuestiones relacionadas con el avance en la acción intersectorial, la EIS infirió nuevos conocimientos y habilidades acerca del acercamiento por parte de salud al otro sector, de los nuevos roles este debe adquirir, alejados del de autoridad sanitaria (ver punto de "Fortalecimiento de la relación con otros sectores"). Por último, permitió aprender cuestiones relacionadas con la naturaleza de los proyectos de regeneración urbana y sus correspondientes procesos de toma de decisiones (ver punto de "Flexibilidad o capacidad de adaptación de la EIS").

- **El fortalecimiento de la relación con otros sectores**

Tradicionalmente, la principal relación entre el sector de Salud Pública con el resto de sectores en el área se había establecido con el Ayuntamiento. A partir de la EIS, la relación con otras instituciones que trabajan en el área se vio reforzada, en vista a la buena respuesta obtenida en la fase de seguimiento. Así, durante el periodo previo a la fase de seguimiento habían pasado a darse ciertas relaciones de colaboración con la Autoridad Portuaria, así como con sectores, por ejemplo, del ámbito urbanístico y se solicitó la participación de Salud Pública en comisiones interinstitucionales.

Como se describirá en el próximo punto, esta participación dio lugar a la inclusión de objetivos de salud en iniciativas intersectoriales en el área, así como la consideración del diagnóstico de salud en proyectos estratégicos de área. Puede afirmarse que, de no existir prácticamente una relación institucional de manera previa a la EIS, posteriormente, se alcanzó un grado de acción intersectorial de cooperación-coordinación entre salud pública y otros agentes en el barrio.

La conclusión por parte de las personas promotoras es que Salud Pública había pasado tener visibilidad y su presencia en el área se había visto reforzada, siendo percibida como un sector que puede aportar claves en la toma de decisiones de asuntos no relacionados con la salud pública en sí mismos.

“En el momento que estábamos haciendo la EIS y al acabarla pensaba que no. Ahora veo que sí han tenido sus consecuencias, porque creo que una consecuencia es que, en el último contacto, la Autoridad Portuaria dijera que habían hecho el plan especial 2016 en que se menciona los resultados de la EIS y que les gustaría que lo valoráramos desde el punto de vista de salud. Eso indica de alguna manera que la filosofía de la intersectorialidad estuvo ahí”. **Técnica promotora de la EIS**

“En paralelo, no fue consecuencia directa de la EIS, se conformó una comisión interinstitucional más relacionada con la situación ambiental (..), yo creo que ha abierto la Salud Pública a asociaciones y otras instituciones en las que éramos desconocidos, no había una relación previa, y se nos ha considerado, bueno, de alguna manera, como un agente o actor que puede tener algo que decir desde algo tan lejano para ellos como la salud en los planos de urbanismo”. **Técnica promotora de la EIS**

“En esa línea ya teníamos experiencia porque nuestro trabajo ya comprende las relaciones con otras Administraciones, sobre todo con el ámbito municipal. Pero nos abre otras líneas de trabajo, sobre todo con el mundo del urbanismo...”. **Técnica de la EIS**

“No se ha constituido un núcleo (..) pero desde luego hay una presencia de Salud Pública como agente que puede colaborar en determinados ámbitos, tiene algo que decir”. **Técnica promotora de la EIS**

Además de estos avances en la acción intersectorial, la EIS, como se ha citado en el punto anterior, permitió entender algunas claves para el establecimiento de una relación efectiva con otros sectores -es decir, dirigida al cumplimiento de los objetivos de ambos- se destaca, como clave adquirida, la necesidad de abandonar el rol históricamente adquirido de autoridad sanitaria:

*“Ha aportado ese aprendizaje de cómo relacionarse, como acercarse a los sectores, cómo dar un paso adelante y dos para atrás para volver a acercarte de otra manera... Aunque en este caso estuviera liderándolo lo que se entiende por autoridad de salud pública, la carta de presentación no puede ser de autoridad de salud pública hablando de trabajo intersectorial. Y eso o te das cuenta tu o te lo hacen dar cuenta ellos, rápidamente”. **Técnica promotora de la EIS***

La EIS, en cuanto a que supone una voluntad y una apertura a trabajar con otros sectores/instituciones, etc., hace obligatorio ese entendimiento de las cuestiones que ocupan al otro y le condicionan. Y este entendimiento parte, como señaló la persona promotora de la EIS, de reconocer al otro e identificar y poner el énfasis en los puntos comunes o aquellos donde se produce encuentro entre ambas partes.

*“Desde que el momento en que te abres a trabajar con otras gentes te obliga a entender, el reconocimiento mutuo es el primer paso, reconocer la cercanía y a partir de ahí se abre la predisposición a trabajar todos juntos y el entender dónde se han generado todos esos posicionamientos, esos enrocamientos”. **Técnica promotora de la EIS***

▪ **El impacto sobre otras actuaciones y otros impactos indirectos**

El citado fortalecimiento de la relación con otros agentes en el área y la mayor presencia de Salud Pública, se tradujo en la influencia del trabajo previo de la EIS en otras iniciativas o procedimientos de trabajo en el área e, incluso, informando procesos de toma de decisiones que afectaban a otros territorios. Así, las recomendaciones de la EIS tuvieron reflejo como parte de los objetivos en una mesa interinstitucional en Bahía de Pasaia y, por otra parte, el diagnóstico de salud del área realizado en el seno de la EIS fue incorporado en un informe que contenía un proceso de intervención en un área que englobaba la zona de la EIS, entre otras.

*“Coincidente con el trabajo de la EIS se organiza una mesa interinstitucional en Bahía de Pasaia en la que hay una mesa técnica y otra política. En la agenda de la mesa técnica se incluyen ítems en el programa para conseguir objetivos que parten de las propuestas que emergen de la EIS. Esos ítems no se hubieran metido como objetivos de otra manera”. **Técnica de la EIS***

*“Hay un replanteamiento de la reestructuración, una remodelación de Oarsoaldea, que abarca mucho más que la Bahía. En ese informe se hace alusión a la EIS y a los datos de salud que aportaba la EIS. Bueno, Son pequeñas cuñas que vas metiendo, eso quiere decir que tuvieron nuestro informe, que valoraron el informe y lo tuvieron en cuenta”. **Técnica promotora de la EIS***

En cuanto a otros impactos indirectos, destacó el relacionado con la mejora de la transparencia de la toma de decisiones con respecto a la población del área y, por otro, con el acercamiento como sector de salud pública con la población a raíz del proceso de la EIS.

Con respecto al primer impacto, en la fase de seguimiento de la EIS las entrevistas a la población del área participante desvelaron que, por un lado, a través de la exploración cualitativa y mediante el debate en torno a las intervenciones, se extendió información relativa a los proyectos del Master Plan.

Otra cuestión relacionada con la mejora de la transparencia acerca de la toma de decisiones en el proyecto de regeneración, era el conocimiento de los actores implicados en ella, sus diferentes funciones, valores e intereses, así como las relaciones de los mismos, al cual la EIS parece que contribuyó. En las entrevistas de seguimiento con la población participante, emergía una diversidad de opiniones y discursos que en el momento de la EIS se encontraba solapada por los discursos de ciertos grupos de poder, tal y como se explicará en el punto de participación de la comunidad. De este hecho se desprendía que esta situación había cambiado de alguna manera: los y las diferentes representantes de las asociaciones participantes expresaban su opinión propia, reconocían esas presiones ejercidas por parte de algunos grupos y no tenían problema en aportar opinión crítica con respecto a los mismos.

Con todo ello, podemos decir que la EIS contribuyó generar una opinión de mayor calidad, en base a una mejor información con respecto al contexto de la toma de decisiones del proyecto, a la vez que pudo contribuir a una neutralización de posicionamientos con respecto al mismo.

*"Hoy se me ha confirmado totalmente eso. Porque hemos preguntado: ¿y qué es de la propuesta de la asociación tal? Y es curioso que todos, absolutamente todos, mujeres, jóvenes, mayores, decían, es gente que está ahí y ha trabajado mucho, pero jo, es que también a veces, se ponían [...]. En cuanto ha cambiado la correlación de fuerzas empieza a manifestarse una diversidad de opiniones que costaba sacar, que conseguimos que salieran, porque las entrevistas y grupos se llevaron muy bien. Eso ha cambiado, de alguna manera. La gente siente con opinión propia y que este proceso les ha servido para tener opinión propia. Eso sí que es verdad". **Técnica promotora de la EIS***

*"Es lo que es, pero para mí es muy significativo, creo que a través de los procesos se ha dado a conocer las características de los proyectos, la posición de uno y de otro, y ¿este por qué hace así? Porque tiene una responsabilidad, ah, y es que también tiene este interés. Se ha entendido un poco, cada uno se mantiene en su posición, pero entendiendo un poco más al otro". **Técnica de la EIS***

Con respecto al segundo impacto señalado, la persona promotora de la EIS destacó la buena respuesta obtenida de las asociaciones en las entrevistas para el seguimiento de la EIS. Señalo que, teniendo en cuenta la falta de confianza y la lejanía percibida en los momentos iniciales de la EIS,

este hecho suponía un acercamiento en la relación del equipo evaluador y, en su representación, del sector de la salud pública, con la población. La población participante hizo una valoración positiva de la EIS y su participación en ella, a pesar de referir no haber percibido ningún cambio importante en cuanto al proceso de regeneración a raíz de la EIS.

“No nos imaginábamos la respuesta que hemos obtenido cuando hemos vuelto a las asociaciones, por ejemplo. Ha habido un acercamiento, de tal manera que cuando volvimos a contactar con ellos, todos respondieron, se reconocían, se ha ganado esa confianza que no existía cuando empezamos con esta historia. Ves que, hombre, la EIS ha tenido más efecto del que parece, ¿no?”.

*“Me remito a las últimas reuniones de seguimiento, en que la valoración ha sido positiva y que la gente valora positivamente su participación en la EIS, a pesar de reconocer que hechos prácticos, que cambios prácticos, pocos. Pero valora muy positivamente el recorrido hecho”. **Técnica promotora de la EIS***

4.1.5.3. Los factores determinantes del contexto de la EIS

A continuación, se repasarán los determinantes de la efectividad relativos al contexto, que engloban la dimensión del contexto institucional para la EIS de Pasaia, el contexto sociopolítico y el contexto de toma de decisiones.

4.1.5.3.1. El contexto institucional para la EIS

Con respecto a esta dimensión, se repasará lo relativo a la presencia o institucionalización del modelo social de la salud y al mandato y compromiso político para la EIS, sustentados en sus valores.

- **La institucionalización del modelo social de la salud**

En el momento de iniciarse la EIS, en el año 2010, todavía estaba vigente el Plan de Salud de Euskadi (2002-2010) que incorporaba, como área prioritaria, las desigualdades sociales en salud e instaba a la evaluación de intervenciones orientadas a su reducción. Ya desde algunos años atrás, el Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria del Departamento de Sanidad, tenía implantada una línea de investigación y debate en el ámbito de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud. Desde este mismo servicio, se había pilotado la primera EIS en el ámbito estatal -la EIS de UBC- generándose una línea de trabajo en este sentido, que tenía entre sus fines la difusión del conocimiento adquirido en numerosos foros.

En la entrevista con la persona promotora de la EIS de Pasaia, se extrajo que, a pesar de que el discurso del modelo social de la salud había comenzado a tener cierta presencia institucional, no existía en aquel momento un calado real del mismo, más allá de ciertos servicios o equipos de trabajo. De sus afirmaciones se desgranaba que hoy día sigue sin existir esa asunción del discurso por parte de la institución.

“A nivel de la Administración se discutía sobre los determinantes sociales, pero se estaba discutiendo entre personas concretas y es verdad que había voluntades concretas en torno a este discurso, pero no sé hasta qué punto se puede decir que el Departamento de Sanidad como tal ha hecho como suyo este discurso”. **Técnica promotora de la EIS**

▪ **El mandato y compromiso políticos para EIS**

El impulso de la EIS vino de la mano de la persona que en aquel momento asumía la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa (el órgano encargado de las políticas e intervenciones de salud pública en el ámbito territorial), con importante bagaje en el terreno de la promoción de la salud desde la perspectiva del modelo social de la salud. Tenía una relación profesional cercana con las personas del servicio promotor de la EIS, estaba familiarizada con la herramienta e interesada por sus potencialidades en el ámbito de la promoción de la salud. Motivada por estas creencias y apoyada por este grupo de trabajo, decidió poner en marcha una nueva experiencia en la provincia de Gipuzkoa.

“Me parecía un ámbito muy interesante por todo el discurso que llevaba detrás, de STP, del trabajo conjunto de diferentes sectores, etc. Y me parecía atrayente también por el acento que ponía en todo lo que era promover salud. En la Subdirección (...) quizá donde más margen de mejora podía haber era el ámbito de la promoción de la salud y la EIS me parecía que podía activar, los poquitos recursos que había... e incluso las cabezas de la promoción de la salud”. **Técnica promotora de la EIS**

El compromiso político de la EIS vino de la mano de la procedencia del mandato político por parte de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, pero, según relató la persona promotora de la EIS, no por parte de instancias más altas del Departamento de Sanidad, ni tampoco por parte de las otras instituciones implicadas en la EIS, como luego se verá. La persona promotora de la EIS, a pesar de poseer ella misma dicho cargo de responsabilidad en salud pública y estar comprometida con el proyecto y con los valores de la herramienta, destacó la falta de interés y de apoyo institucional desde las instancias más altas del Departamento con la que se partió y con la que se desarrolló la iniciativa, lo que describía como una sensación de “orfandad”.

“En aquel momento cuando estábamos en pleno “fregao” nos parecía siempre insuficiente esa cobertura del plano institucional, y nos lo sigue pareciendo. La orfandad que sientes cuando estás

en el meollo... yo era institución, pero tenía gente por arriba. Siempre percibes que el interés...".

Técnica promotora de la EIS

Según la opinión de la persona entrevistada, la presencia o ausencia de compromiso político supone un determinante clave de la efectividad de la EIS. De entre los elementos que este compromiso conlleva, destacó el reconocimiento político hacia la EIS y su liderazgo, así como la disposición a asumir las consecuencias del proceso, también sus fracasos. Dicho esto, reconoció que, a pesar de que ella asumió desde su cargo de Subdirección su parte de compromiso con el equipo de la EIS, no sucedió lo mismo a nivel de las altas instancias de Salud Pública o del Departamento de Sanidad, hecho que condiciona considerablemente la efectividad de la EIS.

"El compromiso político supone dotación de recursos, reconocimiento, porque a veces, los recursos son importantes, indiscutible, pero cuando hay un reconocimiento, hay impulso, hay empuje, tenemos más recursos de los que imaginamos. Lo difícil es mantener un trabajo cuando, cuando, en fin, desde la esfera política o de la autoridad sanitaria en este caso, porque trabajamos dentro de lo que es esto, no muestra ninguna cercanía o interés por que se desarrollen trabajos de este estilo".

*"Y aceptando, porque al menos fue mi posición, yo era autoridad sanitaria en el momento en que impulsé esto y dejé claro ante el equipo que yo asumía el fracaso de antemano. Fracaso en el sentido de que bueno, de que no lo supiéramos hacer, de que no nos saliera, de que no consiguiéramos que nadie nos aplicara ni media recomendación. Creo que cuando se pide compromiso y liderazgo político es eh, eh, asumir que los fracasos son parte del trabajo y condición sinequanon del éxito futuro". **Técnica promotora de la EIS***

4.1.5.3.2. El contexto socio-político y económico

Los hitos de la esfera sociopolítica y económica determinantes de la efectividad y presentes en la EIS de Pasaia fueron la crisis económica, los cambios electorales y la conflictividad socio-institucional existente.

- **La crisis económica**

La crisis económica fue un hito que condicionó la EIS de manera considerable. Ésta tuvo su llegada notoria a la CAV en el año 2012, momento en que ya se había replanteado la EIS al nuevo equipo de gobierno local y comenzado a debatir acerca de las posibles intervenciones a evaluar.

Según las personas entrevistadas, este hito marcó un cambio de rumbo en el devenir del Master Plan, ya que modificó las percepciones y expectativas tanto desde el punto de vista político como de la opinión pública acerca del mismo. En concreto, se generó un escenario de posicionamientos divergentes en relación al proyecto eje, consistente en la construcción de un puerto exterior para la Bahía de Pasaia, intervención de alto coste económico y que condicionaba el resto de intervenciones del Plan. Se trataba de una obra bien vista a ojos de la Autoridad Portuaria, a diferencia del Ayuntamiento y de una parte de la sociedad civil y esta controversia es la que enmarcó en buena parte el escenario de conflictividad en el que se desarrolló la EIS.

*“La crisis estalló justo en el momento del debate, claro, cambió la mente de todos los gobernantes e incluso de la ciudadanía, de lo que era posible o no era posible, de lo que había que reivindicar y lo que no había que reivindicar, etc, fue un antes y un después, tanto es así que parte del Master Plan se fue al garete, se decidió que no había puerto exterior [...] Sobre todo, la respuesta general ciudadana que hubo a eso, la crisis económica, que hizo que quedara muy cuestionado”. **Técnica promotora de la EIS***

Por otra parte, esta situación modificó las previsiones temporales e incluso de puesta en marcha o no de muchos proyectos del Master Plan, con lo cual, determinó en gran medida la selección de los proyectos objeto de la EIS. A partir de la crisis, se definieron los proyectos para los cuales existía cierta seguridad, aunque variable, en cuanto a su viabilidad.

*“En 2012, con la crisis económica, ya se ve que los proyectos que tienen vistas a ser implementados eran la lonja, que tenía definidos ya los espacios, con características muy generales, pero estaba aprobado, y el proyecto de urbanización del área de La Herrera, que era dudoso, era una estrategia y no tenía un proyecto de obra”. **Técnica de la EIS***

- **La coyuntura electoral**

En un primer momento, el equipo evaluador planteó la EIS a ambas instituciones competentes en la toma de decisiones del Master Plan, la Autoridad Portuaria y el Ayuntamiento y llegó a aprobarse por el equipo de gobierno en el Ayuntamiento vigente en aquel momento. En 2011 tuvieron lugar elecciones tanto municipales como de Juntas Generales en la CAV -Diputaciones-, aunque quizá las que marcaron en mayor medida la EIS fueron las municipales, con el consiguiente cambio de grupo político en el Ayuntamiento de Pasaia. De esta manera, con la llegada del nuevo equipo de

gobierno municipal, hubo que replantear la EIS en el Ayuntamiento y conseguir su aprobación por parte de este, lo cual no estuvo exento de dificultades y conllevó que el proceso se retrasara.

“Desde 2010 a finales de 2011, tienen lugar una serie de cuestiones que interfieren mucho, hay elecciones, cambios de equipo de gobierno tanto a nivel autonómico y municipal, lo que trastoca mucho y nos retrasa mucho porque hay volver a plantear a los diferentes promotores y decisores la viabilidad de la EIS”.

*“El hecho de tanto cambio en el gobierno dificultó mucho el desarrollo del proceso, porque hizo replantear la EIS, buscar los compromisos, etc, es más llegamos a plantear la EIS cuando todavía no había habido elecciones municipales. El hecho de que la EIS fue aprobada por un equipo de ayuntamiento diferente al que llegó, esto supuso todo un recelo”. **Técnica promotora de la EIS***

Por otra parte, este cambio supuso la pérdida de oportunidad para formalizar con el Ayuntamiento un acuerdo para la EIS, el cual estaba preparado justo antes de la celebración de las elecciones. En el punto “Acuerdos para la EIS” de la dimensión de Proceso se tratará este punto con mayor detalle. En este sentido, se puede deducir que este cambio no favoreció la efectividad directa de la EIS, puesto que evitó una supuesta formalización de un compromiso político por parte de una de las autoridades responsables de la toma de decisiones.

▪ **La conflictividad socio-institucional**

La conflictividad en Pasaia fue un elemento que condicionó de manera importante el proceso de la EIS. Se puede decir que existían dos ejes de conflictividad. Por un lado, la existente entre el vecindario y asociaciones vecinales y las instituciones, en buena parte motivadas por el sinfín de promesas desde las instituciones y propuestas de regeneración nunca desarrolladas. Esta situación dio lugar a un clima de desconfianza y escepticismo hacia las distintas administraciones y los nuevos indicios de iniciativas que provenían de ellas, incluido el Master Plan.

Además de la desafección sentida hacia la Administración, la población de Pasaia refería percibir la desidia institucional, tras haber sido objeto de numerosos diagnósticos desde diferentes instituciones no gubernamentales, sin ver satisfechas, sin embargo, sus demandas y necesidades. Por su parte, este conflicto se trasladaba a la conformación de discursos asociativos fuertemente polarizados que solapaban otros existentes.

“El contexto, por ejemplo, de sucesivos planes, genera toda una masa social con desconfianza y escepticismo en todo lo que las administraciones plantean que dificultan el arrimarlo al debate, a la reflexión, a la participación”.

*“Además socialmente era un territorio asqueado ya de que se ensayara tanto, informe e informito, desde la universidad, desde la institución de no sé qué, y que todo el mundo opinara”. **Técnica promotora de la EIS***

Una segunda línea de conflicto existía entre las dos administraciones responsables en la toma de decisión con respecto a los proyectos y con grandes dificultades históricas para llegar a acuerdos sobre la regeneración del área.

Ambas líneas de conflictividad influenciaron la EIS por diferentes vías, a lo que esta trató de dar respuesta. En primer lugar, era vista como un nuevo actor del que desconfiar que entraba en un terreno de conflicto, tanto por parte de las instituciones, como de la población. Con respecto a las primeras, esta desconfianza hacia la EIS sumada a las desavenencias entre ellas, imposibilitó la conformación de un grupo director en el que todas las partes estuvieran representadas. Ante esta situación, el grupo evaluador realizaba reuniones de manera separada para mantenerles al corriente del desarrollo de la EIS (Ver en punto “La participación de los agentes clave para la toma de decisiones”).

*“De hecho, lo ideal hubiera sido que las dos instituciones principales de la toma de decisiones nos hubiésemos sentado en la misma mesa, debatir decisiones conjuntamente, no se pudo, la razón de nuevo fueron esos precedentes de conflictividad”. **Técnica promotora de la EIS***

Por parte de la población, la llegada de la EIS fue percibida de manera escéptica como una intervención externa más, promovida por una Administración de la que desconfiaban y desde la necesidad de ser situada rápidamente en un polo u otro del conflicto. Esto conllevó dificultades para poner en marcha la participación y para su desarrollo, donde emergían fuertemente las dimensiones relacionadas con la conflictividad, la desconfianza, el escepticismo, etc. Poco a poco, en base a las labores de conciliación por parte del equipo evaluador y con la alianza y colaboración con personal sanitario del barrio, que ayudó a legitimar la EIS en el barrio, pudieron llevarse a cabo. Otra manifestación de esta conflictividad, fueron los discursos dominantes por parte de algunas asociaciones del barrio, que solapaban los discursos individuales o procedentes de otros colectivos. En este sentido, la conducción de los grupos por parte de una persona con experiencia en investigación cualitativa fue clave para conseguir que emergieran otros puntos de vista, así como las cuestiones relacionadas con los impactos en la salud (Ver en punto “La participación de la comunidad”).

Por tanto, se puede concluir que la conflictividad socio-institucional dificultó el desarrollo de la EIS conforme a sus valores y sus objetivos, y puso trabas a la consecución de la efectividad directa e indirecta, ya que obstaculizó la conformación de un grupo motor que uniese a las administraciones competentes, así como la participación de la comunidad. Por otra parte, el abordaje del contexto sociopolítico que se realizó desde la EIS permitió contextualizar las percepciones de las personas participantes en la exploración cualitativa, con respecto a la salud y a los proyectos. Esto ayudó a emitir recomendaciones que daban mejor respuesta a las necesidades de la población. En este sentido, se debe destacar el hecho de que la recomendación aceptada -como medida presupuestada- proviniera de una propuesta de la participación ciudadana, si bien, no hay indicios que señalen una preocupación de la Autoridad Portuaria -la institución promotora- por solucionar

la situación de conflictividad. Por tanto, difícilmente se podría concluir que este abordaje de la conflictividad socio-institucional hubiera impactado sobre la efectividad directa.

En referencia a la efectividad indirecta, esta coyuntura y las respuestas desde la EIS contribuyeron a restaurar en parte la desconfianza existente entre actores institucionales y vecinales, a mejorar la transparencia con respecto al Master Plan y la toma de decisiones, y alcanzar el reflote de discursos en el tejido vecinal, más allá de aquellos dominantes.

4.1.5.3.3. El contexto de la toma de decisiones

El contexto de la toma de decisiones en la EIS de Pasaia englobó una serie de elementos determinantes de la efectividad de la EIS que fueron: la afinidad política y el entendimiento entre actores implicados, la alineación de los valores y objetivos de los proyectos y la EIS, y el estado de planificación óptimo.

- **La afinidad política, entendimiento y acuerdos entre actores implicados**

En el caso de la EIS de Pasaia, existía un abanico de agentes implicados y no confluyentes en una misma línea política: las instituciones responsables de los proyectos eran el Ayuntamiento de Pasaia, de diferente color político que el partido de gobierno autonómico, de donde provenía la iniciativa de la EIS- y la Autoridad Portuaria, de titularidad estatal y también divergente políticamente.

Más allá de las circunstancias que en un inicio podía implicar esta falta de confluencia política de las instituciones implicadas, la divergencia de intereses y opiniones con respecto a la regeneración del área se reflejaba en la conflictividad existente entre el Ayuntamiento y la Autoridad Portuaria, la cual impidió incluso su participación de manera conjunta en la EIS. Como consecuencia de esas desavenencias, había creada toda una esfera de desconfianza y de rechazo ante todo lo que viniera desde la otra parte. La llegada de la EIS desde una tercera parte no fue inmune a este ambiente de conflicto fuertemente polarizado, lo que dificultó su desarrollo y su efectividad, en cierto grado.

Con respecto al acuerdo para la EIS entre las instituciones implicadas en el proceso, no fue posible establecerlo formalmente, debido al cambio de gobierno en el momento en que iba a formalizarse. En su lugar se dio, únicamente, la conformidad por parte de las dos administraciones. Para la persona promotora de la EIS, este fue uno de los factores que en mayor grado limitó la efectividad de esta EIS, orientada a incidir en la toma de decisiones. Según su punto de vista, la importancia de la formalización de un compromiso pasa por la sensibilización de las personas decisoras acerca del discurso de la EIS y de cómo se lleva a cabo para introducir la salud en la toma de decisiones. De esta manera, este elemento podría haber favorecido el que se mostraran más predispuestas a tener en cuenta las recomendaciones.

“Yo creo que si no se cuenta con la complicidad y el compromiso de los decisores la EIS puede llegar a su final, como hemos llegado nosotros, puedes hacer las recomendaciones, pero seguramente el recorrido es mucho más tortuoso y la, implementación de esas posibles recomendaciones es más dificultosa”.

*“Yo creo que sensibilizar a cualquier decisor de la necesidad de que la salud esté presente y de cómo esto se lleva a la práctica es fundamental. Porque de lo contrario te dicen: haz, pero si tú no estás dispuesto a que eso tenga después unas consecuencias, pues...”. **Técnica promotora de la EIS***

▪ **La alineación de los valores y objetivos del proyecto y la EIS**

Los valores de la EIS se explicitaron y el desarrollo de la EIS trató de abordarlos con la mayor profundidad posible. Con respecto a la equidad, respondía a uno de los objetivos específicos de la EIS, consistente en identificar de los impactos de manera diferenciada según ciertos grupos de población.

En referencia a la participación, la EIS de Pasaia fue la que realizó este procedimiento con mayor profundidad, utilizando una metodología mixta para reforzar los resultados obtenidos en una primera fase cualitativa.

Por último, la promoción de la salud también se destacó como un valor que se hizo expreso y que estuvo muy presente en el proceso.

*“Se describieron suficientemente, desde el principio estaba el planteamiento desigualdades. Por ponerse el ojo en esa zona, esa sensibilidad estaba implícita y a veces explícita. En la exposición a las autoridades, siempre ese mensaje se exponía. Estaba el valor de que fuera un proceso participativo y desde el principio se pusieron los medios para que fuera participativo, porque formaba parte del discurso. Y en todo momento se vincula la promoción de la salud”. **Técnica promotora de la EIS***

A pesar de que la Autoridad portuaria encontró un punto de contacto con la EIS para la consecución de sus objetivos, como veremos en el siguiente punto, cabe aclarar que la trayectoria política tradicionalmente ejercida en el área por las instituciones promotoras de los proyectos no se alineaba con los valores de equidad, participación o transparencia.

*“La Autoridad Portuaria, he de decir que siempre fue reacia al discurso de las desigualdades, en buena parte porque ellos son causantes de esa desigualdad, por haber mantenido un entorno absolutamente en deterioro, desatendido, etc. Entonces, cuando hemos incidido en ese discurso, en fin, miran para otro lado, es así, es así. El Ayuntamiento, pues nos queda por saber su opinión, pero diría que seguramente hay mayor consciencia”. **Técnica promotora de la EIS***

Con respecto a los objetivos, tampoco existía una alineación entre aquellos del Master Plan y los de la EIS. La mejora de la salud o del bienestar no constituían explícitamente objetivos del mismo y en el proceso no se dio de manera expresa un acercamiento por parte de las instituciones implicadas a dicho objetivo.

Sin embargo, a pesar de estas divergencias, si se dieron puntos de encuentro entre los requerimientos de la EIS y los intereses de la Autoridad Portuaria. Así, la persona promotora de la EIS señaló que la Autoridad Portuaria llegó a mostrar interés en la realización de la EIS y en concreto, en la caracterización de la zona en términos de calidad de vida y salud. El diagnóstico desfavorable del área permitía ensalzar las bondades del proyecto del Master Plan relativo a la construcción del puerto exterior, del cual la Autoridad Portuaria era partidaria. Este punto de encuentro de los intereses de la Autoridad Portuaria con la EIS, aunque paradójico, dio lugar a uno de los impactos indirectos de la EIS. Cabe decir que la EIS no fue ajena a este interés y puso de manifiesto de manera transparente los verdaderos posicionamientos de los actores implicados, incluida la Autoridad Portuaria.

*“Lo que pasa que bueno, eso era así, los datos de salud son claramente peores en la zona, desde mortalidad, cáncer, patología crónica, depresión-ansiedad, casi duplican los datos de Gipuzkoa, y eso, estaba claro que lo íbamos a poner, pero había más cosas también. La actitud de la Autoridad Portuaria también se recogía”. **Técnica promotora de la EIS***

▪ **El estado de planificación óptimo para la EIS**

El estado de planificación de las intervenciones objeto de la EIS era variable. En el caso de la construcción de la nueva lonja, el proyecto de obras estaba aprobado, su estado de elaboración era más avanzado y con esta base resultó más sencillo reflexionar y realizar propuestas alternativas con el fin de mejorar la salud, si bien después no tuvieron viabilidad por otras razones. En el caso de la estrategia de urbanización de la parcela de la Herrera no poseía un proyecto definido de actuación. Esto resultaba idóneo, por una parte, por la capacidad de introducir recomendaciones, pero, por otra parte, sin embargo, la técnica de la EIS entrevistada señaló que la prematuridad y escasa definición del mismo dificultaba la emisión de recomendaciones.

*“En la lonja había posibilidad si hubiera tenido voluntad por parte del promotor, como existía esa distancia de tensión entre administraciones, no se consiguió, pero no fue por el momento [...] En la Herrera parecía que sí, pero acaso era demasiado pronto, incluso si hubiera tenido desarrollo concreto, porque todavía era urbanizar, en términos muy generales”. **Técnica EIS***

4.1.5.4. Los determinantes del proceso de la EIS

En relación a los elementos relativos al proceso de la EIS de Pasaia que determinaron su efectividad, se hará referencia a los elementos clave para la EIS y a los procedimientos desarrollados.

4.1.5.4.1. Los elementos clave para la EIS

Como elementos clave presentes en la EIS de Pasaia, se repasarán la evidencia y el conocimiento presentes, los recursos económicos y la flexibilidad o capacidad de adaptación de la herramienta.

- **La evidencia y el conocimiento disponible para la EIS**

Por su parte, la base en la evidencia fue considerada como un elemento clave que otorgó legitimidad a los resultados del proceso, elemento importante en la presentación política.

“Es fundamental. Cuando después hemos ido a contarles los resultados, el que tú vayas con ese conocimiento de lo que la ciencia dice, ¿no? legitima tus resultados, tus planteamientos. Creo que es un elemento muy importante”. **Técnica promotora de la EIS**

Además de la información procedente de la literatura, se recopiló información relativa al contexto histórico, sociopolítico y a factores relativos a las condiciones de vida y de la esfera psicosocial del área, a través de la caracterización del área y, posteriormente mediante la investigación cualitativa (Ver en punto “Participación de la comunidad”). Este conocimiento del contexto fue destacado por la técnica promotora de la EIS como un elemento clave que permite adaptar el proceso de la EIS, así como las recomendaciones, de manera que pueda ser efectiva.

“El análisis del contexto es esencial, si no lo abarcas con suficiente profundidad, difícilmente puedes llegar a explicar y a gestionar los posteriores problemas o dificultades y difícil lo pones para que la EIS sea efectiva”. **Técnica promotora de la EIS**

En este sentido, se contó con la presencia de una persona experta en técnicas de recogida de información cualitativa para llevar a cabo la participación de la comunidad en la fase de evaluación. Esta presencia también fue valorada muy positivamente por la técnica de EIS entrevistada, asegurando que la capacitación en investigación cualitativa o la presencia de personas expertas

en esa materia ha de ser un recurso inherente al desarrollo de la EIS y del cual a menudo los y las técnicas de salud pública, con formación sanitaria de base, no disponen.

*“Desde mi punto de vista no somos autosuficientes porque para trabajar con las asociaciones hace falta tener un conocimiento. En nuestro caso se llevó muy bien porque vino un sociólogo, pero si tuviéramos que repetir esa experiencia no sé si desde el Departamento de Salud somos autosuficientes, aunque se ha avanzado mucho, pero a veces adolecemos de pretender cumplir campos muy especializados, de sociólogos, que yo no me siento capaz y creo que es un poco sentir de todos los técnicos, somos técnicos de salud, pero a veces hace falta tener la seguridad de una persona sociólogo o psicólogo que ayude a llevar los trabajos de grupo, etc.”. **Técnica EIS***

El equipo evaluador de la EIS estaba conformado por personas con experiencia en el ámbito de la promoción de la salud -de manera especial, en los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud- y también por personas con experiencia y bagaje en el sector medioambiental, así como en epidemiología ambiental. A pesar de tratarse del primer contacto experimental con la EIS, pudieron contar con la experiencia previa y el asesoramiento a lo largo del proceso de las personas que estuvieron implicadas en la EIS realizada tres años antes en el barrio de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación de Bilbao.

De manera externa, el equipo evaluador contó con personas expertas en el ámbito de la propuesta, profesionales de arquitectura e ingeniería del proyecto de la lonja, con las que se estableció un intercambio de información considerado importante por las personas entrevistadas. Asimismo, el hecho de que estas personas expertas hubieran estado involucradas en la EIS como parte del grupo motor, hubiera constituido un elemento de efectividad, según las personas entrevistadas.

“Yo creo que fue interesante porque nosotras le contábamos [al arquitecto de la lonja] todo el discurso de los determinantes sociales y las desigualdades y él nos aportó la información sobre el recorrido del Master Plan y de hasta dónde había llegado y ya nos puso en antecedentes de las dificultades para que todos los núcleos que planteaban fueran a desarrollarse. Fue el que nos dio luz de decir, la nueva lonja sí se va a hacer, [el proyecto de regeneración de] La Herrera es dudoso y el resto, Dios dirá”.

*“Éstos fueron de ayuda porque en todo momento supuso un contraste, lo cual no quiere decir que hubiera sido un mucho más interesante si en el equipo EIS hubiera habido un urbanista, un arquitecto, que no tuvimos”. **Técnica de la EIS***

La EIS de Pasaia contó, además, con la colaboración de personas de la comunidad que aportaron conocimiento y abogacía. Estas eran profesionales de los dos centros de salud de la zona que apoyaron en la reclusión de las personas residentes para los grupos de discusión y apoyaron en las sesiones previas de la formación. Jugaron, además, un importante papel en la legitimación del proceso ante la comunidad.

*“Había gente de los dos centros de salud de la zona, que hicieron mucha más abogacía de lo que nosotras [desde salud pública] somos capaces de transmitir, en el sentido de legitimación del proceso”. **Técnica promotora de la EIS***

- **Los recursos económicos para la EIS**

La disponibilidad de recursos materiales para la EIS fue percibida, según las personas entrevistadas como suficiente, aunque merece la pena destacar varias circunstancias favorables en este sentido. Durante el año que siguió al cambio de gobierno en el Ayuntamiento, en que el equipo evaluador se vio obligado a detener la EIS y centrarse en replantearla al grupo de gobierno entrante, se aprovechó para aplicar a una convocatoria de financiación pública, con el fin de poder dar continuidad a la EIS. Ésta le fue concedida al equipo evaluador y permitió el desarrollo posterior del proceso.

En cuanto a la disponibilidad de personas-tiempo para la EIS, también fue considerada como suficiente, factor que se posibilitó por la voluntad y el compromiso de la persona promotora de la EIS, responsable de la Subdirección y con capacidad de priorizar la EIS en las agendas de una parte de las personas implicadas. Sumado a esto, la colaboración de las personas externas que se han nombrado con anterioridad también fue considerada óptima.

*“Partiendo de que siempre nos van a parecer escasos, ¿verdad? pero yo creo que sí contamos con ellos, en cuanto a recursos de salud pública, yo lo organicé para poder liberarlos. En cuanto a los recursos económicos, obtuvimos una beca que nos dio mucha holgura, de lo contrario hubiera sido otro cantar. En cuanto a recursos externos, bueno, hubo gente que colaboró, de los centros de salud, medioambiente, arquitectos, no nos pusieron ningún problema para poder juntarnos, en fin, yo creo no fue la mayor dificultad en ese sentido”. **Técnica promotora de la EIS***

- **La flexibilidad o capacidad de adaptación de la EIS**

La flexibilidad en la EIS de Pasaia fue un elemento que sirvió para dar respuesta a dos fenómenos, por un lado, a los elementos del contexto sociopolítico y económico (Ver en el punto dedicado al mismo), y por otro a la complejidad inherente a la toma de decisiones relativa, sobre todo, a los procesos de regeneración urbana.

En estos procesos, como se ha citado en el punto “Aprendizaje adquirido” y según refirió la persona entrevistada, entraron en juego múltiples variables, en parte relacionados con el contexto sociopolítico y económico (como la dificultad económica ante la crisis, movimiento de las personas decisoras ante la coyuntura electoral) y, en parte, intrínsecas a los mismos procesos (modificaciones sobre el presupuesto, intereses divergentes entre las y los agentes competentes en la decisión, oposición ciudadana, etc.) que lo hacen mutable, variable y en muchas ocasiones, prolongado en el tiempo. La conciencia con respecto a esta complejidad en la EIS de Pasaia se fue dando conforme se desarrollaba el proceso e iban sucediéndose los distintos hitos.

“Un master plan tiene una complejidad grande en la que confluyen perspectivas e intereses, de muchas instituciones y de muchos agentes. Esto, si la EIS no lo tuvo en cuenta en el primer momento, lo tuvo en el segundo. Rápidamente nos dimos cuenta de que nos estábamos metiendo en un berenjenal”. **Técnica promotora de la EIS**

Destacó, asimismo, el papel que juegan estas variables en la configuración de los impactos que pueden tener en el bienestar de la población. Por ejemplo, se hizo referencia a lo prolongado de los tiempos en los procesos de regeneración, y a las distintas dimensiones que estos tiempos adquieren, dependiendo del punto de vista desde el que se consideren. Así, una cosa son los marcos temporales con los que juega la Administración y otra cosa diferente es cómo percibe ese tiempo la población afectada, para la cual a menudo se traduce en “espera” que se ve agudizada ante la falta de información acerca del avance del proceso de regeneración (el estado de los planes, los acuerdos, los plazos previstos para el desarrollo de los proyectos, etc.).

“La planificación en el ámbito urbanístico, trabaja con unos tiempos que son dificultosísimos de manejar desde la perspectiva del ciudadano, son planes que se hacen y deshacen, que se aprueban, pero no se ejecutan, que se ejecutan y se cambian sobre la marcha, y esto desde la óptica de una Administración, que de pronto presupuesta pero el dinero se le queda corto y se buscan atajos económicos. Desde la perspectiva del ciudadano, que sufre eso cada día, es muy difícil”. **Técnica promotora de la EIS**

Según la técnica promotora, la EIS debe lograr, por un lado, adaptarse a la variabilidad y mutabilidad del proceso de toma de decisiones que informa, adoptando los mecanismos, recursos y vías alternativas necesarios para hacerles frente; y, además, debe ser capaz de abordar en la evaluación los elementos de la complejidad de los procesos de regeneración que infieren en la configuración de ciertos impactos en el área. En el caso de Pasaia, esto significó hacer un esfuerzo por reorientar el debate hacia los impactos en la salud que, en un primer momento, eran solapados en el discurso por los directamente derivados del contexto del proyecto, que emergían con mucha facilidad (de los retrasos en el tiempo, de la desconfianza histórica, de la conflictividad, etc.).

“Tú que con la EIS pretendes de alguna manera recoger un poco todo eso, te das cuenta que la dimensión de los tiempos, en la planificación urbanística es una piedra en el camino (..), porque confluyen intereses que decíamos al principio, porque necesita tiempo por todos los procedimientos, reglamentación. Por toda una serie de razones, está sujeto a unos vaivenes y a una mutabilidad o variabilidad que dificulta mucho. Esa espera de aquellos para los que trabajas, los ciudadanos. El desarrollo de la EIS te da esta visión”. **Técnica promotora de la EIS**

“El contexto de sucesivos planes genera toda una masa social con desconfianza y escepticismo en todo lo que las administraciones plantean que dificultan el arrimarlo al debate, a la reflexión, a la participación”. **Técnica promotora de la EIS**

4.1.5.4.2. Los procedimientos de la EIS

La categoría de los procedimientos englobó factores determinantes de la efectividad de la EIS de Pasaia, relativos a la participación de agentes clave para la toma de decisiones, la participación de la comunidad y la transparencia y rendición de cuentas en el proceso de la EIS.

- **La participación de agentes clave para la toma de decisiones**

La conflictividad derivada de los diferentes posicionamientos acerca de la construcción del puerto exterior a partir de la crisis económica, hizo que no fuera posible desde la EIS establecer un diálogo compartido con las dos instituciones con competencia en el diseño y autorización del Master Plan -Autoridad Portuaria y Ayuntamiento-, ni mucho menos, conformar un grupo motor en el que ambas estuvieran representadas. La respuesta aquí por parte del equipo evaluador de la EIS fue el establecimiento de reuniones y diálogos de forma paralela con ambas instituciones. Cabe decir que conseguir mantener a ambas al corriente del desarrollo del proceso no fue un proceso exento de dificultad, puesto que la desconfianza se extendía incluso a los agentes externos al propio conflicto.

*“Ahí tuvimos que ingeniárnoslas estableciendo vías en paralelo, frecuentar reuniones con ellos, en lugar de sentarnos en una mesa sentarnos en dos mesas. Esto no fue fácil, ¿eh? y de hecho cada una de esas citas para sentarnos con ellos era un triunfo, porque percibían que les íbamos a leer la cartilla de alguna manera [...] Me parece que el recorrido de estos proyectos era de tal complejidad y tal conflictividad que nadie quería poner las cartas boca arriba delante de nadie. Incluso, salud pública, que no intervenía directamente, que no habíamos estado de ninguna manera en ese conflicto”. **Técnica promotora de la EIS***

Esta circunstancia incidió desfavorablemente en la efectividad de la EIS. Por un lado, complejizó el desarrollo de la misma y por otro, privó de la consecución de elementos de efectividad indirecta, como generación de aprendizaje y fortalecimiento de la relación intersectorial.

- **La participación de la comunidad**

La participación de la comunidad se llevó a cabo en la fase de evaluación de la EIS, no existiendo comité director ni de seguimiento. Se planteó un estudio mixto, de enfoque cualitativo y cuantitativo, para conocer la percepción de las personas residentes y profesionales del área acerca de los proyectos y sus impactos potenciales en la salud. La fase cualitativa, liderada por una persona experta en metodología cualitativa, consistió en la realización de entrevistas en profundidad, realizadas a perfiles profesionales y de asociaciones y mediante grupos de discusión con población residente, conformados en base a criterios sociodemográficos. La fase cuantitativa

se realizó mediante el envío de un cuestionario a toda la población con preguntas orientadas principalmente a la autopercepción acerca de la modificación de conductas a partir de los cambios en el entorno.

“Se realizaron entrevistas a informantes cualificados, 18 profesionales de diferentes asociaciones, sobre todo de las asociaciones anti-puerto, arquitectos, urbanistas y 5 grupos discusión, conformado en base a criterios de sexo, nivel socioeconómico, se hicieron con gente mayor, gente joven, amas de casa, y además de eso se les hizo participar a través de una encuesta, que, bueno, es una manera de participar también, para completar lo que se había recabado en la cualitativa”.

Técnica promotora de la EIS

La evidencia local obtenida mediante esta metodología mixta, permitió recoger la opinión de las personas participantes en la EIS con respecto a los impactos sobre su salud y calidad de vida de los proyectos fue considerada un elemento que contribuyó a la efectividad de la EIS mediante tres vías: por un lado, tal y como se ha comentado en el punto “Evidencia cualitativa y conocimiento disponible”, aportó información clave para poner sobre la mesa una parte fundamental de los factores que configuraban el contexto de la EIS; y por otro, esta consulta permitió incorporar propuestas que se derivaron en recomendaciones. Como se ha comentado, fue una de estas propuestas, la de mayor envergadura, la que posteriormente fue formulada y presupuestada en un nuevo plan de ordenación de usos para su implementación.

“A la hora de entender ese contexto que comentábamos al principio, nos hizo darnos cuenta de lo que había. Si no tienes ese contacto, esa participación, es difícil, es difícil manejar, conocer, sumergirte en esa realidad y entender muchas cosas”. ***Técnica promotora de la EIS***

“Fue una perspectiva interesante sobre cómo la gente entiende los impactos en salud. La gente no entiende la salud ni los impactos como era nuestra idea y bueno, eso fue un toma y daca muy interesante porque ellos cambiaron y seguramente nosotros también”. ***Técnica promotora de la EIS***

“Hicieron propuestas más allá de las dos intervenciones concretas, que además han sido recientemente aceptadas y presupuestadas para su ejecución, con lo cual, la participación ha sido imprescindible”. ***Técnica promotora de la EIS***

Sin embargo, llevar a cabo esta exploración no estuvo exento de retos, relacionados con la conflictividad socio-institucional, tal y como se ha descrito con anterioridad. En primer lugar, el clima de desconfianza existente generaba recelos en relación con acceder a participar y tomaba varias formas: por un lado, desde los movimientos asociativos existían en un principio reticencias a participar en las entrevistas de manera individual, accediendo únicamente a participar de manera grupal; por otro lado, la desconfianza se mostraba en la necesidad de identificar los posicionamientos desde donde se impulsaba la EIS, al provenir del ámbito institucional. En segundo lugar, en el desarrollo de los grupos de discusión, según refirieron las personas

entrevistadas, los discursos estaban condicionados por las influencias que determinados grupos asociativos ejercían sobre el resto de participantes, estuvieran estas personas presentes o no, de tal manera que los discursos relacionados con la salud quedaban fuertemente solapados por los relacionados con los posicionamientos políticos y, en definitiva, con el clima de conflicto.

*“Cuando la persona que estaba haciendo la investigación cualitativa se acercó a la asociación a entrevistar no le, no le dieron baza, no quisieron responder. Después, tuvimos que hacer una reunión con todos ellos, no querían que se hiciese a una persona sola”. **Técnica promotora de la EIS***

*“Pero la desconfianza era de tal calibre que, date cuenta que además había diferentes grupos de asociaciones de presión en la zona, entonces rápidamente se nos hizo una ficha de decir “estos, ¿de cuál son, de qué parte están?” y había una desconfianza inmediata [...] eso fue la primera dificultad grande que tuvimos, es decir, tanto desde las asociaciones que queríamos que participaran en el proceso como de las instituciones”. **Técnica promotora de la EIS***

*“Cuando la persona que hacía la exploración cualitativa iba a entrevistar a otros grupos, él comentaba que percibía la presión que ejercían ciertos grupos de personas. Recuerdo que en aquel momento hacíamos la reflexión de decir, la participación a veces tienes dos caras, porque te encuentras con agentes que participan y coartan totalmente [...] Pensamos cómo hacer el abordaje y cómo plantearlo incluso”. **Técnica promotora de la EIS***

Por tanto, si bien llevar a cabo los procesos de participación comunitaria resultó favorable para la efectividad de la EIS, en cuanto permitió contextualizar el conocimiento acerca de los potenciales impactos y las recomendaciones derivadas, la conflictividad socio-institucional existente complejizó su desarrollo y limitó el potencial de efectividad alcanzable.

▪ **La transparencia y rendición de cuentas en el proceso de la EIS**

De las entrevistas realizadas se destacó, como un elemento favorable para la efectividad de la EIS, la presentación de un documento que recogiera los objetivos, los términos, el proceso y los resultados obtenidos. Por otra parte, también se le otorgó importancia la presentación de esta información de manera presencial a todos los actores implicados en el proceso (agentes decisores y población). En el contexto de esta EIS este hecho se relacionó con una mayor posibilidad de la consideración de las recomendaciones y, por otro lado, con un paso adelante en la reconstitución de la confianza entre la población y las instituciones.

*“Para la Autoridad Portuaria, el Ayuntamiento y las asociaciones fue importante que se tradujera en un informe técnico, un documento escrito integramos el informe técnico, en un documento escrito y a través de esa presentación si se consiguió, dio posibilidad a que tuviera una repercusión potencial en la toma de decisiones”. **Técnica de la EIS***

*“El informe, se volvió a todas las asociaciones, utilizamos el periódico local para hacer propaganda de la EIS, fuimos presencialmente a la AP, dimos el informe al Ayuntamiento, con recepciones más y menos frías”. **Técnica promotora de la EIS***

*“La devolución es una de las claves para que se construya esa confianza mutua”. **Técnica promotora de la EIS***

Además de esta devolución de los resultados, la rendición de cuentas por parte de la EIS en cuanto al cumplimiento logrado de las recomendaciones emitidas se concibió en las entrevistas como un determinante de la efectividad importante. El retorno al territorio por parte del equipo evaluador un tiempo después de finalizarse el proceso de la EIS constituyó una manera de afianzar su presencia en el área y su reconocimiento por la población, asociaciones, organizaciones y tejido profesionalizado del barrio. Además, según se refirió, en el caso de la EIS de Pasaia tuvo una función restablecedora, por un lado, de la relación de las instituciones con la comunidad, que vio reconocida su participación y tenida en cuenta; y, por otro lado, de la relación con los actores políticos o de otros sectores participantes en la EIS.

*“Esta etapa que está infravalorada del seguimiento es fundamental, también por consideración y respeto a quienes han participado de la EIS. Más allá de difundir el informe, creo que cuando has involucrado a la gente para que opine, se interese por un tema, al menos pasado un tiempo, el volver y decir, oye y de aquello, ¿qué fue? Es lo que poco a poco puede ir consolidando esas relaciones intersectoriales y reestableciendo esas relaciones de conflictividad porque si no, sí vinieron aquí, preguntaron y ya. Estamos aquí y somos también parte, salud es parte del día a día y pasados dos años venimos a ver si algo ha cambiado”. **Técnica promotora de la EIS***

4.1.5.5. Los determinantes relativos a los aspectos transversales al contexto y al proceso

En cuanto a los elementos transversales al contexto y al proceso de la EIS de Pasaia, se identificaron la actitud proactiva y la agencia individual.

La proactividad por parte del equipo evaluador constituyó en esta EIS un determinante importante de la efectividad, incidiendo en la puesta en marcha de la misma, el desarrollo del proceso, así como en la aplicación de la fase de seguimiento de las recomendaciones.

En cuanto a la puesta en marcha, ante la falta de interés de las instancias del Departamento de Sanidad y Consumo, fue la proactividad individual de la persona promotora y la gestión de los recursos por su parte las que la posibilitaron. A partir de ahí el equipo evaluador mostró entusiasmo por el proyecto y también participaron de esa proactividad. La proactividad emergió de nuevo cuando, ante el cambio electoral y el detenimiento del proceso, el equipo evaluador aprovechó este momento para hacer posible la viabilidad de la EIS, solicitando soporte económico.

Con lo cual, ante lo que suponía un obstáculo en el camino, la proactividad de nuevo lo tornó en oportunidad para buscar la viabilidad de la EIS.

*“En esto, mi jefa tiene el papel principal, fue tremendamente proactiva y gracias a ello esto fue adelante. El equipo de trabajo estuvo bastante contagiado de ese entusiasmo. Además, éramos un grupo de trabajo de 9 personas entre las que hubo quienes se implicaron más y menos, que también está bien, no se requerían tantas personas todo el tiempo”. **Técnica EIS***

*“El tiempo desde 2010 que surge nuestro primer planteamiento hasta 2012 no fue perdido, aprovechamos para solicitar ayuda financiera, beca que nos permitió desarrollar buena parte de la EIS”. **Técnica promotora de la EIS***

El desarrollo del procedimiento de la EIS, limitado por muchas aristas por el contexto de conflictividad y desconfianza y por eventos del contexto socio-político, como la crisis económica y la coyuntura electoral, también vino impulsado por una actitud proactiva que intentó de manera incesante abrir nuevos cauces de diálogo y acercamiento, así como permanecer ante las dificultades. Así, las personas entrevistadas reconocían que estos elementos conforman la realidad del ámbito en que la EIS opera. En ese sentido, la persona promotora de la EIS opinaba que esta no puede depender del momento, sino que es la herramienta la que ha de ser capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes y complejas.

*“La oportunidad, era el momento de hacerlo, pero las dificultades y las circunstancias [...] en otras condiciones seguramente que la efectividad sería mucho mejor, sin tanto cambio”. **Técnica promotora de la EIS***

*“¿Preguntarnos si es el momento o no? Es la vida, es la realidad. Se comprueba si las herramientas son válidas cuando en circunstancias difíciles te permiten salir adelante”. **Técnica promotora de la EIS***

Finalmente, el regreso al territorio del desarrollo de la fase de seguimiento muestra de nuevo la proactividad de las personas del equipo evaluador, ante la falta de interés y de exigencia de rendición de cuentas por parte de instancias más altas del Departamento de Sanidad.

En la EIS de Pasaia, el papel de la agencia individual tuvo relevancia a nivel político, a través del mandato para desarrollar la EIS, comprometido con los valores de esta, por parte de la Subdirectora de Salud Pública. Por su parte, también tuvo lugar por parte de las personas responsables de los proyectos que, aunque con grandes reticencias, participaron finalmente en el grupo motor de la EIS y en cuyas decisiones se tuvieron en cuenta algunas recomendaciones de la EIS. Por otra parte, cabe mencionar a las personas expertas de los proyectos, así como a las y profesionales sanitarias que, mediante su intermediación con el barrio, otorgaron legitimidad al proceso.

4.1.5.6. Resumen de los elementos de efectividad y de los determinantes de efectividad de la EIS de Pasaia

La EIS de Pasaia tuvo una efectividad directa que se manifestó en la implementación parcial de sus recomendaciones, concretamente de su recomendación más importante y en la ausencia provisional de impactos sobre los determinantes sociales de la salud. Por su parte, su efectividad indirecta se manifestó en todas sus dimensiones, de manera significativa en el fortalecimiento de la acción intersectorial y en la consecución de otros impactos indirectos.

Dentro de la dimensión de Contexto, la presencia del modelo social de la salud en la institución, el mandato político para la EIS, el estado de planificación del proyecto, la convergencia de intereses por las partes implicadas y los factores del contexto socio-político y económico, fueron determinantes del contexto que favorecieron la efectividad de la EIS, especialmente en cuanto a la adquisición de aprendizaje.

Por su parte, la ausencia de un compromiso político para la EIS dentro del contexto institucional y la no alineación de los valores y los objetivos del proyecto y la EIS fueron los determinantes que limitaron la efectividad directa, de la misma manera que influyeron negativamente en esta los factores del contexto socio-político y económico presentes.

Dentro de la dimensión de Proceso, la base en la evidencia internacional y local, los diferentes tipos de conocimiento disponibles, así como la capacidad de adaptación de la EIS a las circunstancias sociopolíticas y económicas y a los recursos existentes, fueron elementos que favorecieron la efectividad. Por otra parte, los procedimientos se vieron condicionados por el contexto de conflictividad existente, limitando la participación conjunta e implicación de los actores clave para la toma de decisiones en la EIS y complejizando llevar a cabo la participación de la comunidad. Por último, la transparencia y el seguimiento realizado de la implementación de las recomendaciones, favorecieron positivamente la efectividad indirecta de la EIS.

En cuanto a los aspectos transversales, la actitud proactiva del equipo evaluador, hizo posible la viabilidad, el desarrollo comprehensivo y efectividad de la EIS alcanzados en un contexto poco favorecedor para ello. La agencia individual, por su parte, tuvo relevancia a nivel político tanto para el impulso de la EIS (desde el Departamento de Salud) como para la adopción de las recomendaciones (las instituciones responsables en el área) y a nivel técnico, mediante las personas expertas y profesionales del barrio participantes.

4.1.5.3. Tabla-resumen de la efectividad y sus determinantes de la EIS de Pasaia

		EFECTIVIDAD DIRECTA		EFECTIVIDAD INDIRECTA			
		Cumplimiento de las recomendaciones	Modificación de los DSS*	Aprendizaje	Fortalecimiento de la AI**	Impacto sobre otras actuaciones	Otros impactos indirectos
DETERMINANTES DE LA EFECTIVIDAD	¿Existió?	Parcial	No	Sí	Sí	Sí	Sí
CONTEXTO							
Contexto institucional para la EIS							
Institucionalización del modelo social de la salud	Sí						
Mandato político para la EIS	Sí						
Compromiso político para la EIS	No						
Contexto sociopolítico y económico							
Crisis económica	Sí						
Coyuntura electoral	Sí						
Conflictividad socio-institucional	Sí						
Contexto de la toma de decisiones							
Afinidad política entre actores implicados	Sí						
Entendimiento entre actores implicados	No						
Acuerdos para la EIS	No						
Alineación de los valores del proyecto y la EIS	No						
Alineación de los objetivos del proyecto y la EIS	No						
Estado de planificación óptimo para la EIS	Sí						
PROCESO							
Elementos clave para la EIS							
Base en la evidencia	Sí						
Conocimiento disponible para la EIS	Sí						
Recursos materiales para la EIS	Sí						
Flexibilidad y capacidad de adaptación de la EIS	Sí						
Procedimientos							
Participación de agentes clave para la toma de decisiones	Parcial						
Participación de la comunidad	Sí						
Transparencia y rendición de cuentas en la EIS							
A nivel institucional o interno	Sí						
A nivel de la comunidad o externo	Sí						
Seguimiento de las recomendaciones	Parcial						
ASPECTOS TRANSVERSALES							
Proactividad	Sí						
Agencia individual	Sí						

Casillas color azul: el determinante influyó favorablemente en la efectividad de la EIS; Casillas color amarillo: el determinante no tuvo efecto en la efectividad de la EIS; Casillas color rojo: el determinante influyó negativamente en la efectividad de la EIS

*DSS: Determinantes Sociales de la Salud

**AI: Acción intersectorial

4.2. RESULTADOS RELATIVOS AL CONJUNTO DE CASOS DE LAS EIS

Tras el relato de la efectividad de las EIS y sus determinantes por separado, a continuación se relatará, a modo de recopilación de las ideas principales, la efectividad que tuvieron las EIS en su conjunto. Asimismo, se explicará cómo se dieron y de qué manera actuaron los factores determinantes de la efectividad analizados. Siguiendo el orden establecido en los casos, en este capítulo se abordará en primer lugar, la efectividad de las EIS y posteriormente se explicarán aquellos elementos o factores determinantes de dicha efectividad.

Al hablar de la efectividad de las EIS, se abordarán tanto sus impactos directos o sobre la toma de decisiones, como sus impactos indirectos o relativos al proceso de la toma de decisiones en que la EIS está inmersa, a otros procesos distintos de toma de decisiones, así como a las personas que participaron en ellas.

4.2.1. La efectividad directa de las EIS

La efectividad directa o el impacto sobre la toma de decisiones que tuvieron las EIS fue parcial en los cuatro casos en los que se llevaron a cabo los proyectos, de acuerdo a las propuestas que fueron objeto de la EIS. En el caso de Vitoria-Gasteiz, la llegada de la crisis económica hizo que el proyecto de soterramiento quedara aparcado, en situación de inviabilidad económica, por lo que la ausencia de efectividad directa de la EIS se asoció a la paralización del proceso de planificación. En el caso de Barceloneta las recomendaciones asociadas a la medida del realojo vecinal secundaria al Plan de los Ascensores no se llevaron a cabo por la suspensión, primero y derogación después, del Plan por falta de apoyo ciudadano. Otras medidas que abordaba la EIS, sin embargo, sí fueron desarrolladas.

En cuanto al enfoque de las recomendaciones, en primer lugar, cabe comentar que las emitidas en el caso de Vitoria-Gasteiz, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia, fueron orientadas a minimizar los impactos negativos previstos a partir de los proyectos. En UBC, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia se emitieron recomendaciones para maximizar los impactos positivos, contenidas en medidas adicionales a los proyectos, así como orientadas a mejorar la transparencia, la comunicación, las relaciones entre la ciudadanía y la administración local, o a la capacitación para la mejora de las condiciones de vida. Además, las EIS de UBC, Vitoria-Gasteiz y Alcalá de Guadaíra emitieron recomendaciones específicas para la fase de obras de los proyectos urbanísticos. El caso de Pasaia resultó particular en este sentido, ya que realizó la evaluación y emitió recomendaciones acerca de la "no intervención" o del retraso de la planificación de la misma sobre un área degradada, para cuya regeneración no se había llegado a un acuerdo entre las y los agentes políticos y vecinales.

Con respecto a la aplicación final, atribuida a la EIS, de las recomendaciones en la toma de decisiones, hay que tener en cuenta que no en todos los casos se pudo llegar a conocer para todas las medidas. Esto es, bien porque no se accedió a la información acerca de si se implementaron o

no, o bien porque, habiéndose cumplimentado, se desconoce el grado de influencia que finalmente tuvo la EIS en ello.

En cuanto a aquellas propuestas que se llevaron a cabo, no existió un patrón común a las EIS en función de la tipología de las recomendaciones consideradas, bien dirigidas al diseño de los proyectos, a su fase de obras o a cuestiones adicionales a los proyectos (Tabla 4.2.1). En la EIS de UBC, de las 7 recomendaciones orientadas a la mejora de los impactos previstos para las proyectadas, se implementaron 4 (el 57,1% de las recomendaciones), así como la recomendación adicional a los proyectos establecidos iniciales. Las recomendaciones suponían modificaciones en la estructura física del barrio, con la creación de equipamientos y la eliminación de barreras para la mejora de la accesibilidad. El impacto, por tanto, alcanzado sobre el entorno físico del barrio fue considerado muy importante. Por su parte, se desconoce el impacto que pudieron llegar a tener las recomendaciones que fueron orientadas a la mejora de la cohesión social y de las relaciones entre el Ayuntamiento y el vecindario. En Barceloneta, con respecto a aquellos proyectos que salieron adelante, se aplicaron 3 de las 5 recomendaciones orientadas a maximizar los efectos positivos de las intervenciones (el 60% de dichas recomendaciones), aunque sin estar clara su atribución a la EIS. Por otra parte, se tuvo en cuenta una recomendación de carácter educativo para maximizar los beneficios de las mejoras sobre las viviendas, y aquellas orientadas a la mejora de algunos elementos del espacio urbano fueron respondidas por otras medidas de la Ley de Barrios (aplicándose, por tanto, 2 de las 3 recomendaciones adicionales a los proyectos). La EIS no supuso, sin embargo, una modificación sustantiva sobre los determinantes sociales de la salud más allá de las que se derivaron de los proyectos. En el caso de Alcalá de Guadaíra, se aplicaron, por un lado, 7 de las 12 recomendaciones orientadas a minimizar los efectos negativos de la fase de obras (el 58,3% de dichas recomendaciones), así como 2 de las 3 relativas al diseño de los proyectos (66,6% de estas recomendaciones). Hay que decir que las medidas relacionadas con la mejora de la transparencia y los canales de comunicación entre el Ayuntamiento y la población y las orientadas al fomento de la empleabilidad, no se llevaron a cabo en el momento para el cual fueron pensadas (fase de obras). Estas fueron aplicadas en siguientes etapas del Plan URBAN, entre aproximadamente 2 y 5 años después de la emisión de las recomendaciones, e incluidas en forma de cláusulas y pliegos de carácter estratégico dentro del Plan URBAN, trascendiendo su alcance al del proyecto de la EIS. También cabe señalar que las recomendaciones orientadas a minimizar los efectos negativos de la fase de obras, podían atribuirse a normativas ambientales, además de la EIS. Con respecto a las modificaciones atribuidas a la EIS sobre los determinantes sociales de la salud, existió por tanto cierto efecto sobre aquellos del entorno físico del barrio y un impacto importante sobre aquellos de carácter social (empleabilidad y exclusión social). En el caso de Pasaia, se dieron movimientos de avance hacia la efectividad directa: una de las 14 recomendaciones orientadas al diseño de las intervenciones había sido tomada en cuenta en el momento del análisis y dos de las 11 relativas a propuestas adicionales, habían tenido reflejo mediante dotación de presupuesto y avances en la planificación en la línea de las recomendaciones. Ambos avances, relativos a propuestas de importante envergadura, fue en torno a un año después de presentarse las recomendaciones y, en esta línea de acontecimientos, todavía existía la posibilidad de que el resto de recomendaciones fueran consideradas y aplicadas.

Puede decirse, por tanto, que la EIS de Pasaia tuvo un impacto preliminar importante sobre el entorno físico del área.

4.2.1.1. Resumen de la efectividad directa de las EIS

En resumen, con respecto a la efectividad directa de las EIS en base a las tipologías de las recomendaciones emitidas, se constata que aquellas con mayor porcentaje de recomendaciones aplicadas, sobre aquellos proyectos que finalmente se llevaron a cabo, fueron las de Barceloneta y Alcalá de Guadaíra. Las recomendaciones de la EIS de UBC aplicadas constituyeron, por su parte, las iniciativas de mayor envergadura urbanística, en cuanto a inversión económica y mayor impacto sobre el entorno físico del barrio. Las de Alcalá de Guadaíra se correspondieron con aquellas de mayor envergadura social, quedando introducidas a nivel estratégico dentro del Plan e impactando potencialmente sobre determinantes sociales de la salud relacionados con el empleo y la cohesión social. Por su parte, los movimientos hacia la consecución de medidas propuestas por la EIS en Pasaia, suponían, aunque desde una perspectiva preliminar, intervenciones de importante calado urbanístico.

Tabla 4.2.1. Efectividad directa de las EIS según el tipo de recomendaciones aplicadas y su impacto sobre la modificación de los determinantes sociales en salud (DSS)

EIS	Recomendaciones				Modificaciones en los determinantes sociales de la salud	
	A la fase de obras	Al diseño	Adicionales	Total	Entorno físico/vivienda	Sociales
UBC	**	4/7 (57,1%)	1/7 (14,3%)**	5/23 (21,7%)**	+++	
Barceloneta*	-	3/5 (60%)	2/3 (66,6%)	5/8 (62,5%)	-	-
Alcalá de Guadaíra	7/12 (58,3%)	2/3 (66,6%)	2/4 (50%)	11/19 (57,9%)	+	++
Pasaia	0/1 (0%)	1/14 (7,1%)	2/11 (18,2%)	3/26 (11,5%)	++(preliminar)	

(*) Teniendo en cuenta las recomendaciones emitidas sobre los proyectos finalmente llevados a cabo

(**) Se desconoce el número total de las recomendaciones que se llevaron a cabo

(-) La EIS no emitió recomendaciones en ese sentido/No se alcanzaron modificaciones sustanciales sobre los determinantes sociales en salud a partir de la EIS

(+) Se alcanzó cierta modificación sobre los determinantes sociales en salud a partir de la EIS

(++) Se alcanzó una modificación importante sobre los determinantes sociales en salud

(+++ Se alcanzó una modificación muy importante sobre los determinantes sociales en salud

4.2.2. La efectividad indirecta de las EIS

Se pasará ahora a explicar lo alcanzado por parte de las EIS en cuanto a la efectividad indirecta, repasando las dimensiones de aprendizaje adquirido por las partes implicadas, el fortalecimiento de la acción intersectorial, los impactos sobre otras actuaciones u otros impactos indirectos del conjunto de las EIS.

- **El aprendizaje en las EIS**

El aprendizaje generado a partir de la puesta en práctica de la herramienta se dio de forma generalizada en las EIS, siendo la dimensión de efectividad indirecta en la que en mayor grado incidieron las experiencias. A continuación, se describirán los distintos tipos de aprendizaje y las aportaciones de la EIS a los mismos.

En cuanto al aprendizaje conceptual adquirido en las EIS, se pueden extraer conclusiones atendiendo, por un lado, al objeto de conocimiento sobre el que se generó dicho aprendizaje o sensibilización (bien relativo al modelo de los determinantes sociales de la salud y las relaciones de las intervenciones con la salud, o bien en relación con las desigualdades sociales en salud); y por otro, en referencia a quien adquirió ese aprendizaje (bien agentes clave, como personas decisoras o perfiles técnicos de sectores distintos al de salud, o bien, agentes de la comunidad).

En cuanto al objeto de conocimiento, el más importante fue el relativo al modelo social de la salud y a las relaciones entre las intervenciones de los proyectos y la salud. Este tipo de conocimiento se dio en todas las EIS entre las personas provenientes de sectores distintos al de salud que participaron en el grupo motor de las EIS y de manera especial, en aquellas con mayor implicación en el proceso. En algunos casos, como en el de Vitoria-Gasteiz, se impartió formación específica, acentuando este resultado. Así, en cuatro casos – Vitoria-Gasteiz, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia – estas personas manifestaron la sensibilización adquirida en las entrevistas y en dos casos (Barceloneta y Alcalá de Guadaíra) se mostró mediante el desarrollo de actuaciones que contribuyeron a la efectividad directa e indirecta de las EIS. Cabe destacar que el hecho de que el propósito principal generalizado en las EIS fuera el de adquirir aprendizaje técnico y capacidad para desarrollar la EIS en la institución, hizo que en la mayoría de los casos la EIS se desarrollara con un carácter de proyecto de investigación, solapando el carácter político, y limitando el grado de implicación y, por tanto, de sensibilización hacia el resto de actores, sobre todo a nivel político. En cuanto a la extensión de este tipo de aprendizaje a la población, aquellas EIS en las que la participación ciudadana se llevó a cabo con mayor alcance y en mayor profundidad (UBC y Pasaia) reportaron haber generado cierta sensibilización en la población participante con respecto al modelo social de la salud.

Por su parte, el conocimiento y la sensibilización que generó la EIS en relación a las desigualdades sociales en salud fue menor, en general. Con respecto a las y los agentes clave mucha de la dificultad radicó en el hecho de tratarse de actuaciones, en el mejor caso, con enfoque en la

reducción de las desigualdades sociales, sobre barrios desfavorecidos con respecto a otras áreas solapaba el aterrizaje del discurso en toda su extensión (UBC, Barceloneta, Pasaia). En el caso de Vitoria-Gasteiz, la utilización sistemática de herramientas que permitían aplicar este enfoque en el grupo director se refirió de utilidad en este sentido.

El aprendizaje técnico o relativo al manejo de la herramienta por parte de las personas integrantes de los equipos EIS constituía, como se ha comentado anteriormente, un propósito más o menos explícito en todos los casos y fue alcanzado de manera satisfactoria por parte de los equipos evaluadores. Además de la capacitación adquirida para llevar a cabo la EIS, en el análisis se pusieron de manifiesto aprendizajes relacionados con la viabilidad de la EIS en contextos de escasos recursos para su desarrollo íntegro (utilización de herramientas sencillas), y con ciertos determinantes de su efectividad, relacionados con su necesaria adaptación a los contextos de toma de decisiones (integrándose en procedimientos o estructuras ya existentes). Igualmente, se extrajeron aprendizajes en relación con su flexibilidad y capacidad iterativa, para ajustarse a los contextos sociopolíticos y económicos.

En referencia al aprendizaje social -relativo al trabajo con personas de otros sectores o administraciones, al entendimiento del proceso de toma de decisiones, etc.-, las entrevistas revelaron que las EIS de Vitoria-Gasteiz y Pasaia fueron las que mayor aprendizaje generaron en este sentido en el seno del equipo evaluador, con referencias relativas al mismo por parte de las personas impulsoras y personas integrantes del equipo, en base a la experiencia vivida en la EIS. En otras como la de Alcalá de Guadaíra y Barceloneta, las reflexiones en este sentido fueron aportadas por las personas de sectores distintos al de salud, en base a su percepción con respecto a los retos que existen para dicha acción intersectorial. A nivel general, las claves en referencia a este aprendizaje fueron, en primer lugar, en cuanto al rol y actitudes que debe adoptar el sector salud en el marco del trabajo intersectorial; en segundo lugar, referentes a las aportaciones de la EIS en el avance para la acción intersectorial; y en tercero, relativas a las dificultades institucionales existentes para ello.

En resumen, en cuanto al aprendizaje adquirido por las personas decisoras y procedentes de la comunidad que tomaron parte en la EIS, se puede concluir que una mayor implicación en el proceso dio lugar a un mayor aprendizaje conceptual, sin haberse alcanzado en ningún caso un grado de sensibilización significativa con respecto a las cuestiones relacionadas con las desigualdades sociales en salud. Por otra parte, el propósito principal de las EIS y la tipología de su carácter, técnico o político, influyó en este alcance de sensibilización. Ambos vinieron dados, en buena parte, por el tipo de mandato político para la EIS, sustentado o no en los valores de la EIS. Todas las EIS cumplieron, gracias al desarrollo de la herramienta y al abordaje en el mismo de las circunstancias contextuales existentes, su propósito de adquirir habilidades técnicas y conocimiento relativo al manejo de la herramienta. El aprendizaje social tuvo lugar en mayor medida, en aquellas EIS en las que se dio mayor interacción con las personas de los otros sectores.

- **El fortalecimiento del trabajo con otros sectores**

A partir de las experiencias EIS, en la mayoría de los casos se dieron algunos pasos en cuanto al fortalecimiento del trabajo intersectorial. En el capítulo de "Gobernanza en salud" del marco teórico, se realizaba la distinción entre "intersectorialidad" y "acción intersectorial en salud", siendo esta última la acción conjunta entre diferentes sectores que contempla la visión de la salud socialmente producida y la necesidad de actuar de manera conjunta, coordinada e integrada en pro de ella. Teniendo en cuenta que la acción intersectorial en salud es algo consustancial al calado del discurso de la SeTP en las instituciones, no es fácil identificar en todos los casos si lo que se daba antes o después de la EIS era un enfoque intersectorial en respuesta únicamente a objetivos sociales o compartidos por los sectores, o se trataba de una acción asentada en los principios de la acción intersectorial en salud. Independientemente de ello, utilizaremos la clasificación de tipologías de acción intersectorial en salud de Solar et al. (2009), para reflejar de qué manera las EIS pudieron contribuir al fortalecimiento de la acción intersectorial (en general) entre aquellos sectores implicados en las EIS, con respecto a la situación previa (Tabla 4.2.2).

Tabla 4.2.2. Incremento en el grado de acción intersectorial a partir de las EIS

EIS	Tipología de AI previa	Nueva tipología de AI
UBC	No existe	No existe
Vitoria-Gasteiz	Cooperación	Cooperación-Coordinación
Barceloneta	Cooperación	Cooperación-Coordinación
Alcalá de Guadaíra	Información	Cooperación-Coordinación
Pasaia	No existe	Cooperación

Se puede decir que la acción intersectorial tras las EIS se vio reforzada en cuatro casos (Vitoria-Gasteiz, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia). Con respecto a la EIS de UBC, no contribuyó a impulsar esta acción, previamente inexistente.

La EIS de Barceloneta constituyó una de las primeras experiencias de acción intersectorial en salud en la administración local de Barcelona, en la cual se han dado pasos significativos en estos últimos años, hacia grados de relación de cooperación, algunos directamente relacionados con aquella experiencia. En el contexto del Plan URBAN de Alcalá de Guadaíra, la EIS constituyó una semilla para dar pasos en la acción intersectorial, hasta la introducción estratégica de objetivos sociales en la línea de las recomendaciones emitidas por la EIS. Pero quizá donde más repercusión en este

aspecto tuvo la EIS fue en Pasaia, en cuanto a que abrió nuevos cauces de relación entre el sector de la salud pública con otras instituciones del área y de trabajo con urbanismo que antes no existían, y promovió una mayor visibilidad y presencia del mismo ante el tejido asociativo y ciudadano.

El principal elemento que supuso una garantía de acercamiento entre los sectores implicados fue la alineación de los valores y objetivos de los proyectos con la EIS y/o en el reconocimiento de intereses comunes. La Ley de Barrios y el Plan URBAN, se alineaban con la EIS en su objetivo de mejorar de la calidad de vida de las personas residentes, reconociendo el valor salud como un valor añadido para el proyecto. Por su parte, el Plan URBAN se alineaba con la EIS en la participación, la cual era un requisito del Plan y concibió la EIS como oportunidad para canalizarlo. Una situación característica encontramos en Pasaia, donde, a pesar de no perseguir el objetivo de mejorar la salud ni converger con sus valores, la Autoridad Portuaria encontró un punto de contacto con la EIS que respondía a intereses particulares. Consideró la utilidad del diagnóstico de salud del área, como argumento favorable a la justificación de sus objetivos en relación a la construcción del puerto exterior. Este acercamiento oportunista hizo posible la consecución de efectividad de la EIS en varias dimensiones.

Además de estos factores relacionados con las circunstancias concretas de las EIS, emergieron cuestiones relativas a las características del contexto institucional o de gobernanza por la salud que pudieron contribuir a favorecer o dificultar estos avances en la acción intersectorial y que se trasladan a la actualidad como retos para instaurar esta forma de trabajar.

En primer lugar, se hizo referencia a una falta de cultura organizativa acorde con la acción intersectorial, señalándose los siguientes obstáculos: la verticalidad y el carácter jerárquico y sectorizado de la Administración local (UBC, Barceloneta y Alcalá de Guadaíra); la ausencia de espacios y estructuras para el desarrollo de trabajo conjunto (Alcalá de Guadaíra); la falta de referentes comunes en torno a los que se alinee el trabajo intersectorial (Alcalá de Guadaíra), así como a la necesaria adaptación de lenguajes y creación de códigos comunes (Barceloneta y Alcalá de Guadaíra). Así, se señaló que la EIS puede ofrecer un referente conceptual, así como un código común a los sectores, a través de la puesta en alza de la salud -valor reconocido por todos- entendida como producto del papel de los sectores no sanitarios (Barceloneta, Alcalá de Guadaíra). En tercer lugar, se hizo referencia al nuevo rol que el sector salud debe aportar para hacer posible este avance. Así, se señaló que, además de sensibilizar sobre el modelo social de la salud y ser capaz de transmitir la importancia de la acción de otros sectores sobre la salud por encima del sistema sanitario y del papel que juegan en la generación de las desigualdades sociales en salud (Vitoria-Gasteiz), el sector salud debe dejar a un lado el rol de autoridad sanitaria, asumido históricamente y de manera especial, por el ámbito de salud pública (Pasaia). En su lugar, debe adoptar el rol de liderar procesos de acción intersectorial, conociendo y reconociendo las preocupaciones e intereses de los otros sectores y enfatizando los puntos comunes a todos ellos (Pasaia). En definitiva, debe actuar como puente para formular objetivos comunes y facilitar el trabajo hacia su consecución (Vitoria-Gasteiz y Pasaia).

Por tanto, el fortalecimiento de la acción intersectorial se dio de manera generalizada en las EIS y estuvo positivamente determinado por elementos del contexto de toma de decisiones como la presencia de valores y objetivos alineados en los proyectos y la EIS y el entendimiento en torno a la existencia de intereses comunes a las partes implicadas. Se señaló la importancia de la asunción por parte del sector salud de nuevos roles, orientados, por un lado, a incrementar la corresponsabilización ante la salud y por otro, a la búsqueda del entendimiento entre los sectores en base a los puntos comunes. Sin embargo, en términos generales, se identificaron determinantes que contribuyen negativamente al avance en la acción intersectorial a nivel institucional. Así, la cultura organizativa de la administración, sumada a las reticencias al cambio a nivel individual, fueron señalados en este sentido.

- **El impacto sobre otras actuaciones**

El impacto de las EIS sobre otras actuaciones se registró en cuatro de las EIS (UBC, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia) y se produjo mediante dos vías: por un lado, mediante la generación y difusión en las EIS del conocimiento más allá del ámbito del equipo evaluador y su entorno próximo; y por otro, a través del impulso, a partir de las EIS, de líneas de trabajo e investigación en SeTP, nuevas iniciativas de acción intersectorial en salud, así como procedimientos regulatorios para la implementación de la EIS.

En cuanto a la primera vía de impacto, las experiencias y el aprendizaje adquirido por parte de los equipos evaluadores se compartieron en las propias instituciones; en foros de salud pública y de EIS a nivel nacional e internacional mediante la difusión de las experiencias; en talleres de EIS; mediante la publicación científica y no científica de las experiencias; etc. En esta línea de creación de capacidad, la Escuela Andaluza de Salud Pública acogió el encuentro internacional de EIS en el año 2011; asimismo se creó el Centro de Recursos de Evaluación de Impacto en Salud (CREIS), una plataforma de difusión de información y documentación sobre la EIS con la misión de facilitar la difusión e intercambio de conocimiento y experiencias en torno a la EIS. Adicionalmente, el equipo evaluador de la EIS de UBC y otras personas del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco impulsaron la iniciativa de crear la Asociación Española de EIS, con el objetivo de crear capacitación y un punto de encuentro para la comunidad EIS en el Estado. Por otra parte, la EIS dio paso al establecimiento de nuevas líneas de trabajo en la estrategia SeTP en las instituciones, como es el caso de UBC y la línea de trabajo en EIS y en SeTP en el gobierno autonómico vasco, promovida por las personas que componían el equipo evaluador de la EIS de UBC.

En referencia a la segunda vía de impacto, constituida por las iniciativas de acción intersectorial generadas a partir de la EIS, destacan: la solicitud de una EIS desde la gerencia municipal para el diseño de una herramienta de planeamiento urbanístico en Barcelona; la creación de un plan interinstitucional para la calidad medioambiental en un área desde unos objetivos alineados con las recomendaciones de la EIS de Pasaia; o el plan de remodelación de Oarsoaldea, un área más

amplia que comprende la Bahía de Pasaia, en el cual se hacía alusión a la EIS y a los resultados de su diagnóstico de salud. Por último, la creación de la Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía y el Decreto 169/2014, regulador del procedimiento de la EIS en la comunidad constituyó el primer paso normativo de la EIS en el Estado por el cual se hace obligatoria y vinculante para los supuestos que establece en la comunidad andaluza.

En resumen, el aprendizaje generado en las EIS y la proactividad de las personas de los equipos evaluadores, dieron lugar a impactos relacionados con la extensión de dicho aprendizaje y creación de plataformas científicas para el avance de la EIS a nivel estatal. Por otra parte, tal y como se desprende de los resultados, el establecimiento de relaciones con sectores distintos al de salud, motivado en parte por la presencia del equipo EIS en el territorio y la participación e implicación de los mismos en el proceso por su agencia individual, fueron los elementos que dieron lugar a impactos en otras actuaciones, derivados de la experiencia EIS.

▪ **Otros impactos indirectos de las EIS**

En esta dimensión de efectividad indirecta se recogen aquellos impactos derivados, principalmente, de los procedimientos de la EIS y de sus características. En concreto, estos se desprendieron de la participación de la comunidad en las EIS y de la intensidad con que esta se llevó a cabo. Así, en las EIS de UBC y Pasaia, donde se realizaron, respectivamente, una sesión de presentación de resultados y una evaluación del proceso, hubo constancia del impacto positivo que esta participación tuvo en las personas participantes, al ver sus opiniones reflejadas en las conclusiones y sentirse tenidas en cuenta. De este hecho se desgranaba la importancia de la devolución de los resultados a la comunidad al finalizar la investigación de manera presencial, dando lugar al contraste, al debate y a la evaluación conjunta del proceso íntegro con la población. Máxime en contextos donde predominaba en la comunidad el sentimiento de abandono por parte de las instituciones y la desconfianza hacia las mismas.

En este sentido, un impacto registrado durante el regreso al terreno para la valoración de la implementación de las recomendaciones, fue el reflote de discursos por parte de la población que durante la EIS estaban solapados por la esfera de conflictividad y por determinadas líneas predominantes, como sucedió con los discursos relacionados con los impactos que las personas percibían sobre su salud. Así, se puso de manifiesto el trabajo realizado por parte de los equipos evaluadores en la dirección de fomentar el diálogo, acercar posicionamientos en base al discurso unificador de la salud y contribuir a la mejora de la información y transparencia, tanto acerca de los proyectos como de los agentes implicados en la toma de decisiones. Todos estos factores pudieron asistir a esa mayor independencia de opinión y empoderamiento de la población.

Por tanto, la incorporación de la participación de la comunidad en las EIS y, en su caso, la mayor profundidad en su desarrollo, promovieron la consecución de otros impactos indirectos,

relacionados, principalmente, con la mejora de la transparencia y el empoderamiento por parte de la población participante.

4.2.2.1. Resumen de la efectividad indirecta de las EIS

Una síntesis sobre la efectividad indirecta de las EIS se recoge en la Tabla 4.2.3. que muestra los resultados obtenidos para las diferentes dimensiones de la misma por parte de las EIS.

Tabla 4.2.3. Efectividad indirecta lograda por las EIS

EIS	Aprendizaje				Fortalecimiento de la acción intersectorial	Impacto sobre otras actuaciones	Otros impactos indirectos
	Conceptual		Técnico	Social			
	A nivel político/técnico y de la comunidad	Modelo social de la salud y desigualdades sociales en salud					
UBC	✓	✓	✓	-	-	✓✓	✓✓
Vitoria-Gasteiz	✓	✓✓	✓	✓✓	✓	-	-
Barceloneta	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Alcalá de Guadaíra	✓✓	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓
Pasaia	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓	✓✓

✓✓ Impacto importante

✓ Cierta impacto

- Ningún impacto

La mayor efectividad indirecta alcanzada la obtuvo la EIS de Pasaia, seguida de las EIS de Alcalá de Guadaíra, Barceloneta, Vitoria-Gasteiz y UBC. La dimensión de "Aprendizaje" fue la que concentró mayor impacto positivo. El aprendizaje técnico, principalmente relacionado con el desarrollo de la herramienta de la EIS, fue adquirido por los equipos evaluadores en todos los casos, seguido del aprendizaje social (alcanzado de manera significativa en las EIS de Vitoria-Gasteiz y Pasaia). Si bien el aprendizaje conceptual fue satisfactorio en cuanto a la visión de la salud ligada al modelo de los determinantes sociales, fue limitado en cuanto al discurso de las desigualdades sociales en salud.

Casi la totalidad de las EIS, asimismo, marcaron avances en la relación entre los distintos sectores implicados con respecto a la que existía de manera previa, siendo la EIS de Pasaia la que registró

un mayor avance en cuanto a las relaciones del sector de salud pública del Departamento de Sanidad con otras instituciones del área. Por último, en las EIS de UBC, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia se registraron impactos en otras actuaciones, seguido de la consecución otros impactos indirectos, alcanzados en UBC, Alcalá de Guadaíra y Pasaia.

4.2.3. Los determinantes de la efectividad en las EIS

Tras el resumen de la efectividad que alcanzaron en su conjunto las EIS analizadas, a continuación, pasaremos a explicar los factores que resultaron determinantes de la efectividad y el papel que jugaron en dicha efectividad. Para ello, clasificaremos estos factores según su pertenencia a las dimensiones del Contexto o del Proceso.

4.2.3.1. El contexto de las EIS

Dentro del contexto de las EIS, encontramos la dimensión del contexto institucional, del contexto sociopolítico y económico y del contexto de la toma de decisiones de la EIS.

4.2.3.1.1. El contexto institucional

En esta primera dimensión, y más amplia, del contexto, que es aquel referido a las características del modelo institucional y, en definitiva, de gobernanza por la salud, encontramos tres determinantes de la efectividad: el grado de institucionalización del modelo de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en las instituciones promotoras de la EIS y la presencia de un mandato político y de compromiso para el impulso y desarrollo de la EIS.

- **La institucionalización del modelo social de la salud**

La presencia del discurso de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades sociales de la salud en las instituciones en cuyo seno se desarrollaba la EIS resultó ser un factor determinante de la efectividad por dos vías. Por un lado, fue la presencia de un grado determinado de introducción de dicho discurso -manifestado de formas distintas- motivó en todos los casos el

impulso de la EIS. Por otra parte, la penetración de este discurso en las instituciones potenció los impactos sobre la efectividad directa o indirecta de las EIS. A continuación, se repasarán ambas vías.

En el momento del inicio de las EIS existía en las instituciones impulsoras la presencia de un marco político o estratégico que, en un grado variable, instaba a desarrollar actuaciones desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y con el fin de reducir las desigualdades sociales en salud. Hay que tener en cuenta que la puesta en marcha de las EIS se dio entre los años 2006 y 2010. A nivel del Estado, el discurso del modelo social de la salud, especialmente en los momentos de las primeras EIS, estaba comenzando a tener entrada, a partir de su impulso desde instituciones internacionales. No es casualidad que las EIS de esta investigación, basadas en este modelo, emergieran en contextos donde, en el plano autonómico, ya existía un Plan de Salud que lo incorporara como área prioritaria o, donde la participación en la Red Europea de Ciudades Saludables (RECS) instaba a actuaciones y liderazgos locales en salud en esta línea.

Con respecto al ámbito de la CAV, el Plan de Salud de Euskadi 2002-2010 contemplaba como área prioritaria las desigualdades sociales en salud. Tras describir la noción de desigualdad y equidad y la magnitud y distribución de esta, impulsaba unos objetivos y estrategias de intervención para abordarlas. Entre otras, instaba a favorecer los espacios de colaboración y coordinación entre los distintos sectores y niveles implicados en la reducción de las desigualdades sociales en salud, en los cuales se apuntaba el diseño y evaluación de las políticas públicas sectoriales en términos de impacto sobre las mismas.

Por su parte, a las ciudades pertenecientes a la Red de Ciudades Saludables, como era el caso de Vitoria-Gasteiz y Barceloneta, se les instaba a elaborar planes de desarrollo de la ciudad saludable centrados en los determinantes sociales de la salud, así como a realizar evaluaciones de impacto en salud con vistas a favorecer la acción intersectorial destinada a fomentar la salud y a reducir las desigualdades sociales en salud.

En el caso de la EIS de Alcalá de Guadaíra, desde la Consejería de Salud de Andalucía se estaba planteando un cambio en el modelo de la salud pública, orientado al enfoque de la SeTP, a la vez que se gestaba la nueva Ley de Salud Pública de Andalucía. Ésta vería la luz en 2011 e instaría a la realización de la EIS- con carácter no vinculante- bajo algunos supuestos.

Más allá de las experiencias de EIS, la entrada progresiva del discurso del modelo de los determinantes sociales de la salud en las instituciones, tanto en el sector de la salud como fuera de él, tuvo implicaciones en el alcance de la efectividad de las EIS en tres casos, de manera variable. En cuanto a la EIS de UBC, esta supuso un aprendizaje que, sumado al avance del discurso en otras administraciones sanitarias en el ámbito vasco, así como en otras comunidades autónomas favoreció que se promoviera una importante actividad formativa en EIS y se iniciaran las siguientes experiencias con la herramienta.

Con respecto a la ciudad de Barcelona, en el momento de la EIS se expandía una nueva filosofía dentro de la política integral de gobierno autonómico que era la Ley de Barrios, que introducía un enfoque mucho más intersectorial que el precedente. Sumada a la entrada de una nueva cultura organizativa en la administración, la concienciación acerca del impacto en la salud de políticas no

sanitarias se extendió de manera importante durante la década que siguió a la EIS. Esto favoreció que, al aprendizaje adquirido a partir de la experiencia, se sumaran nuevos impactos indirectos derivados de la experiencia de la EIS.

Por último, en el caso de Andalucía, el avance del discurso en la administración autonómica se manifestó también en la clara apuesta política desde la Secretaría General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad conforme a introducir en la Ley de Salud Pública los primeros indicios de normativización de la EIS y su posterior regulación, siendo pionera en el Estado.

Por tanto, con respecto a este punto, podemos decir en primer lugar, que las iniciativas de la EIS fueron fruto de la entrada del modelo de los determinantes sociales a la administración pública. Y en segundo lugar, las EIS contribuyeron, mediante la difusión de las experiencias y del aprendizaje generado, al calado de dicho discurso y, a la vez, la penetración de esta visión potenció la efectividad indirecta de las EIS -sobre todo referida a los impactos en otras actuaciones en el seno de la administración pública.

▪ **El mandato y el compromiso políticos para la EIS**

A la hora de analizar el papel del mandato y el compromiso para la EIS, se considerarán ambos de manera diferenciada, haciendo incidencia en el carácter técnico o político de ambos, en si el mandato estaba sustentado o no en los valores de la EIS y, con respecto al compromiso, si este implicaba a todos los sectores que tomaban parte en la EIS o únicamente al sector salud. Los resultados para cada EIS se recogen en la Tabla 4.2.4.

Tabla 4.2.4. Tipologías de los mandatos y compromisos para las EIS

EIS	Mandato político	Compromiso
UBC	Sí, no sustentado en los valores de la EIS	Técnico por parte del sector de salud
Vitoria-Gasteiz	No	Técnico por parte de todos los sectores implicados
Barceloneta	No	Técnico por parte de todos los sectores implicados
Alcalá de Guadaíra	Sí, no sustentado en los valores de la EIS	Técnico por parte de todos los sectores implicados
Pasaia	Sí, sustentado en los valores de la EIS	Político, por parte del sector de salud Técnico por parte del sector de salud

Los mandatos políticos en las EIS de UBC y Alcalá de Guadaíra, exclusivamente políticos, no estaban totalmente alineados conforme a los principios de la EIS, sino que respondían en mayor grado a una voluntad oportunista o de generar capacidades a nivel procedimental y acusaban de

una ausencia de compromiso. Esto se tradujo en que, una vez impulsadas las iniciativas, el reconocimiento como propio del proceso, la asunción de la responsabilidad con respecto a los resultados y la rendición de cuentas por parte de esta esfera fueron inexistentes por la parte política. En cuanto al compromiso para el desarrollo de la EIS conforme a sus principios, hasta la medida en que fue posible, en ambos casos tuvo lugar a nivel técnico, si bien en el caso de UBC este compromiso fue asumido únicamente por el sector salud y en Alcalá de Guadaíra, también por las personas de los sectores participantes. Cabe destacar que ambas fueron las EIS que mayor efectividad directa alcanzaron.

En el caso de Pasaia, el mandato desde la Subdirección de Salud Pública de realizar la EIS conforme a sus principios, se acompañó de un compromiso también político, si bien faltó el respaldo y la consistencia de una apuesta política en esta misma línea desde mayores instancias dentro del Departamento de Sanidad y Consumo. Dicho compromiso hizo posible el desarrollo de la EIS y su viabilidad a pesar de las dificultades del contexto sociopolítico. La EIS de Pasaia fue la que alcanzó la mayor efectividad indirecta, seguida de la de Alcalá de Guadaíra, que contó con el compromiso técnico por parte de los sectores implicados. La EIS de UBC, por su parte, alcanzó la menor efectividad indirecta, en ausencia de compromiso técnico por parte de las personas de los otros sectores distintos al de salud.

En el caso de las EIS impulsadas desde el ámbito local, el mandato tenía un carácter técnico, acuciado por la participación de las ciudades, representadas por sus administraciones locales, en la Red de Ciudades Saludables. El compromiso que se estableció fue a nivel técnico, establecido por todos los sectores implicados y motivado por el interés en la herramienta como medio de poner en marcha iniciativas intersectoriales de abordaje de los determinantes sociales de la salud. La EIS de Vitoria-Gasteiz alcanzó el mayor nivel de aprendizaje - y la EIS de Barceloneta contó con una moderada efectividad indirecta.

Por tanto, según los resultados obtenidos, puede decirse que la efectividad directa e indirecta de las EIS estuvo relacionada con la presencia de un mandato político, especialmente sustentado en los valores de la EIS y con la presencia de un compromiso político y técnico por parte de todos los sectores implicados. Específicamente, la efectividad directa estuvo más vinculada a la existencia de un mandato político y la indirecta, al establecimiento de un compromiso político y técnico por parte todos los sectores implicados.

4.2.3.1.2. El contexto sociopolítico y económico

En cuanto al contexto sociopolítico y económico en el que se desarrollaron los proyectos sobre los que la EIS se aplicó, se dieron los siguientes elementos: la crisis económica, la coyuntura electoral y la conflictividad socio-institucional.

- **La crisis económica**

La crisis económica fue un elemento presente en tres casos (Vitoria-Gasteiz, Alcalá de Guadaíra y Pasaia), en momentos en los que el desarrollo y la efectividad de la EIS se estaba gestando. Sus impactos tuvieron distintas manifestaciones. Por un lado, la modificación de la viabilidad económica de los proyectos hizo que algunos se paralizaran absolutamente antes de terminar su planificación. Por esta razón, la crisis evitó que se llegaran a introducir las modificaciones de la EIS de Vitoria-Gasteiz o hizo que se reformularan las intervenciones del Master Plan de la Bahía de Pasaia, cambiando el escenario de posibles proyectos para realizar la EIS.

En segundo lugar, la crisis conllevó el retraso de las actuaciones ya en marcha -con el correspondiente retardo en la implementación de las recomendaciones- o la paralización de los proyectos en plena fase de obras, lo que hizo que no se llevaran a cabo algunas recomendaciones dirigidas a minimizar los efectos perjudiciales de esta fase, como en Alcalá de Guadaíra. Sin embargo, además de estos efectos de la crisis de manera directa sobre los proyectos objeto de la EIS, también dio lugar a modificaciones en la esfera psicosocial, relacionadas con la manera en que población e instituciones percibían los proyectos y las prioridades acerca de los mismos, como sucedió en Pasaia. Este cambio de percepciones modificó el escenario para la EIS, que no pudo ser ajena a ello.

Por tanto, la crisis conllevó modificaciones en el escenario de los proyectos que, por una parte, retrasaron o afectaron negativamente la consecución de efectividad directa de las EIS y, por otra, aportaron aprendizaje cualitativo a los equipos evaluadores de la EIS, al verse obligados a dar respuesta a esta coyuntura, que afectaría tanto a la viabilidad como al escenario de las EIS.

▪ **La coyuntura electoral**

Los cambios electorales en mitad del proceso o de manera inmediatamente posterior se dieron en dos casos (Alcalá de Guadaíra y Pasaia). En el caso de Alcalá de Guadaíra tuvieron lugar al finalizar el proceso de la EIS, en el momento en que se debían comenzar a aplicar las recomendaciones, y afectaron a la dirección del Plan Urban, conocedora del proceso vivido y de las recomendaciones emitidas por la EIS. El entonces coordinador técnico del Plan, integrante del grupo motor, fue quien recogió el testigo de la EIS y trasladó la vivencia del proceso de la EIS y las recomendaciones a la dirección entrante, asegurando la continuidad de la EIS y la posibilidad de su efectividad. En el caso de Pasaia, el cambio de gobierno en el Ayuntamiento sucedió en mitad del proceso, una vez que se había planteado la EIS al anterior equipo y en el momento de firmarse un acuerdo formalizado para la EIS. Este cambio hizo necesario replantear la EIS y volver a contar con el apoyo del nuevo equipo, no sin reticencias por ser un proyecto aprobado por el gobierno saliente.

La coyuntura electoral puso en juego la viabilidad de la EIS, requiriendo asignación extra de recursos y actitud proactiva, tanto por parte del equipo evaluador como por parte de personas ajenas a este. En ambos casos, la efectividad directa pudo haberse visto fuertemente mermada por este factor, si no hubiera sido por estos dos elementos. De nuevo, detrás de ellos residía un compromiso, que fue político en el caso Pasaia y técnico por parte de la persona coordinadora del Plan URBAN, en el caso de Alcalá.

▪ **La conflictividad socio-institucional**

La EIS se vio influenciada por la conflictividad socio-institucional presente mediante tres vías principales. Por un lado, supuso un obstáculo para la implicación de las personas responsables de la toma de decisiones en la EIS y para la formación de un grupo motor conjunto en el que ambas estuvieran presentes. La segunda vía de impacto en la EIS -y relacionada con la anterior- fue la necesidad de que la EIS se viera obligada, ante esta situación de conflictividad, a adoptar un carácter más técnico, o de proyecto de investigación, que político y que viera dificultada la plena aplicación de sus valores (en el caso de UBC) o se limitara el alcance de sus procedimientos (como es el caso de la participación comunitaria en Barceloneta). En tercer lugar, la conflictividad socio-institucional afectó al propio desarrollo de la participación, por la dificultad de reclutar a personas de la comunidad, debido a la desafección política y desconfianza hacia las instituciones (UBC, Alcalá de Guadaíra y Pasaia) y por la dificultad de que en la exploración cualitativa emergieran discursos relacionados con la salud, muy solapados por los discursos relativos a la conflictividad.

Las EIS trataron de adaptarse a estas dificultades planteadas por la conflictividad socio-institucional y en tres casos (UBC, Alcalá de Guadaíra y Pasaia) se intentó abordar desde una

posición neutral y conciliadora, aunque no imparcial en cuanto a los principios de la EIS. Por un lado, se trabajó para involucrar a las partes confrontadas y a la ciudadanía en el proceso, salvando en lo posible las reticencias y las grandes desconfianzas existentes. Así, el equipo evaluador de Pasaia mantuvo reuniones con ambas instituciones responsables de los proyectos por separado; en UBC y en Pasaia se trató de dialogar con las personas de la comunidad, acercar posiciones y facilitar el reconocimiento de la EIS por parte de estas. En Alcalá de Guadaíra y Pasaia, la participación de profesionales del barrio como intermediarios fue de gran utilidad para ello. Por otra parte, durante el desarrollo de la participación, los equipos evaluadores abordaron el tema de la conflictividad y esto les permitió conocer de primera mano la naturaleza de la misma y, en segundo lugar, interpretar las percepciones acerca de los proyectos y los impactos en la salud relacionados de acuerdo a dichas variables contextuales. Esto permitió emitir recomendaciones orientadas a los proyectos contextualizadas en base a las necesidades y demás aspectos percibidos por la población, así como orientadas a amortiguar o subsanar las cuestiones relativas al contexto de conflictividad.

En cuanto al impacto de este abordaje sobre la efectividad de las EIS, en relación a la efectividad directa solo tuvo repercusión en el caso de Alcalá de Guadaíra, en el que la recogida de las cuestiones procedentes de la participación era un objetivo compartido entre el proyecto y la EIS. En el resto, no puede concluirse que tuviera alcance en la ejecución de las recomendaciones, puesto que las modificaciones sobre la toma de decisiones no estaban motivadas por el hecho de solventar esta conflictividad. En cuanto a la efectividad indirecta, destaca el aprendizaje a nivel técnico adquirido en relación con el afrontamiento de las dificultades y los obstáculos y con la importancia de abordar el contexto en la EIS; además se promovió, en cierta parte, la confianza y la mejora de la transparencia con respecto a los proyectos y la toma de decisiones sobre todo en aquellos casos en los que con más profundidad se abordaron estas cuestiones contextuales hasta el final.

4.2.3.1.3. El contexto de la toma de decisiones

El contexto de la toma de decisiones engloba cinco elementos que fueron determinantes para la efectividad de la EIS. Estos fueron: la afinidad política, el entendimiento y acuerdos entre las y los actores implicados; la alineación de los proyectos en torno a los valores de la EIS; la alineación de objetivos entre la EIS y los proyectos; y estado de planificación de los proyectos óptimo para la EIS.

- **La afinidad política, entendimiento y acuerdos entre actores implicados**

En tres de los casos (UBC, Alcalá de Guadaíra y Pasaia), y mediante mandato político, las instancias autonómicas de salud propusieron a los Ayuntamientos la realización de la EIS sobre proyectos locales. En dos de ellos (UBC y Alcalá de Guadaíra) el acercamiento a dichos municipios estuvo determinado por la afinidad política (gobiernos del mismo color político en ambas administraciones y la existencia de una filosofía de trabajo concordante en materia de salud pública), para facilitar la aproximación y la materialización del acuerdo para llevar a cabo la EIS.

En el caso de Pasaia, sin embargo, estos lazos políticos no se daban, al ser las tres administraciones de distinto color político, y el buen entendimiento fue difícil de establecerse en un contexto previo de elevada conflictividad interinstitucional en el área. El primer acercamiento del equipo evaluador al proyecto se dio en base a criterios de oportunidad, motivado por las circunstancias del área, altamente degradada y con gran privación socioeconómica y por las características del proyecto, de gran envergadura y con importantes impactos previsibles en ese escenario. El entendimiento finalmente logrado, sobre todo con la Autoridad Portuaria fue fruto, por un lado, de un gran esfuerzo por parte del equipo evaluador por implicar a ambas instituciones en la EIS; y, por otra parte, tuvo un carácter oportunista por parte de la Autoridad Portuaria, quien veía que podía sacar provecho político de esa alianza.

En los otros dos casos, en Vitoria-Gasteiz y en Barceloneta, el acercamiento a los proyectos se dio dentro del ámbito municipal. Los equipos evaluadores impulsaron la EIS y junto con los y las técnicas responsables de los proyectos se seleccionaron los mismos. Factores como el haber trabajado previamente de forma conjunta, el reconocimiento compartido del modelo de los DSS y de la filosofía de la acción intersectorial en salud, o la actitud abierta y una predisposición a la búsqueda de puntos comunes para trabajo conjunto, facilitaron la alianza entre los sectores implicados. Ambas partes seleccionaron de manera conjunta los proyectos en base al cumplimiento de objetivos e intereses compartidos. Entre estos criterios compartidos estaban el ajuste de tiempos y la potencialidad para sacar el máximo provecho de la herramienta.

Los acuerdos entre las partes implicadas para el desarrollo de las EIS tuvieron lugar de manera formal en la EIS de UBC y de manera, puede decirse, informal o implícita en el resto de las EIS. En el contexto de la EIS de UBC, se trataba de un acuerdo a nivel político, entre las dos administraciones participantes, que establecía los términos de la EIS y el alcance de esta, si bien no se hizo explícito en ningún momento ni se dio a conocer al equipo evaluador. En las cuatro EIS restantes se acordó a nivel técnico o político desarrollar las EIS estableciéndose, de alguna manera por las distintas partes, un compromiso a su participación. Sin embargo, estos acuerdos en ningún caso implicaban la obligatoriedad de cumplir ese compromiso, ni mucho menos, la consideración ni puesta en marcha de las recomendaciones que desde las EIS se emitiesen. En su lugar, estuvieron muy basados en el interés individual por la herramienta y/o el modelo y valores que subyacen a la misma (Vitoria-Gasteiz, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra), las buenas relaciones interpersonales (Alcalá de Guadaíra), o una motivación de carácter oportunista (Pasaia). Cabe destacar que en el caso de Pasaia, la coyuntura electoral evitó que se formalizase este acuerdo, ya preparado para el grupo de gobierno municipal saliente. Asimismo, en el caso de Alcalá de

Guadaíra, se constató que la presencia de este acuerdo hubiera tenido un papel importante en la continuidad de las recomendaciones de la EIS, tras el cambio de gobierno al finalizar el proceso.

Podemos concluir, por tanto, que la diversidad de administraciones competentes en la toma de decisiones de los proyectos, complejizó el desarrollo de esta y afectó negativamente a su efectividad, de manera especial, por la existencia previa de relaciones institucionales conflictivas. El buen entendimiento alcanzado a nivel técnico fue un factor que se mostró favorable a la efectividad directa e indirecta de las EIS. Este entendimiento se alcanzó en mayor medida en aquellas EIS que implicaban a actores de una misma administración (ámbito local), de manera coincidente con los proyectos, y se conformó a partir del reconocimiento proactivo de intereses comunes. Ante la ausencia de un mandato acompañado de un compromiso político y técnico por las partes, la presencia de un acuerdo podría haber jugado un papel supletorio de los mismos, dando mayores garantías de efectividad (Barceloneta, Alcalá de Guadaíra, Pasaia). Por otra parte, ante las contingencias del contexto sociopolítico y económico, como la coyuntura electoral en el caso de las EIS analizadas, pudo haber jugado un papel clave en cuanto a la continuidad del proceso y de las recomendaciones.

▪ **La alineación de los valores del proyecto y la EIS**

Para analizar este punto, hay que tener en cuenta los contextos sociopolíticos y económicos en los que las EIS se desarrollaron. La tradicional línea política municipal sobre las áreas objeto de la EIS había sido escasamente democrática y por tanto, alejada de valores como la participación, la equidad o la transparencia. Partiendo de esta realidad, los proyectos objeto de la EIS estaban, en general, escasamente alineados con los valores democráticos, si bien en algunos casos apuntaban en una nueva dirección. Así, en el caso de los proyectos de regeneración urbana de UBC y de Pasaia, la participación no era un valor explícito y solo se concebía en el grado en que estipulaba la normativa urbanística (información pública). Igualmente, estaban ausentes de toda perspectiva o valor de equidad. Por su parte, la participación y la equidad eran valores explícitos de Ley de Barrios en la Barceloneta y el Plan URBAN de Alcalá de Guadaíra (ambos proyectos estratégicos con el fin de actuar sobre áreas degradadas mediante un abordaje integral). En el caso del proyecto del soterramiento en Vitoria-Gasteiz, la perspectiva de la equidad mediante la consideración de grupos vulnerables, fue introducida mediante la EIS, de manera consensuada en el grupo motor. La transparencia, entendida como el grado de información de la población acerca de los procesos de toma de decisiones, suponía un elemento que se había mostrado ausente, no solo en relación a los proyectos que las EIS enfocaban, sino de manera histórica en todas las áreas (UBC, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia) y constituía uno de los elementos explicativos del alejamiento existente entre las instituciones y la población residente.

Además de esta escasa alineación con los valores de la EIS, no fue sencillo que desde las y los agentes responsables de los proyectos emergieran esferas de reconocimiento mutuo en este

sentido. Por parte de las EIS estos valores se trataron de aplicar en la medida de lo posible, no sin limitaciones que se pasarán a explicar a continuación.

En primer lugar, la aplicación de la participación se materializó, en general, en la fase de evaluación y con el fin de recoger el discurso y la opinión existentes acerca de los proyectos y de los potenciales impactos sobre la salud de las personas residentes. No tuvo, por tanto, un papel de liderazgo ni de decisión con respecto a la definición de los términos de referencia, los objetivos o el alcance de la EIS. Ni siquiera lo tuvo en Alcalá de Guadaíra, donde la participación era un requisito del Plan URBAN y constituyó un punto de encuentro con la EIS en un momento inicial. La disponibilidad escasa de los recursos necesarios para desarrollarla como se hubiera deseado, así como el clima de desconfianza y desafección comunitarias con respecto a las instituciones, limitaron en gran medida el alcance de la consulta realizada. La falta de transparencia también constituyó un elemento que dificultó el acercamiento de la EIS a la comunidad: en Alcalá de Guadaíra no permitió que la comunidad formase parte del comité director de la EIS.

En el caso de Barceloneta, la profundidad de la exploración cualitativa estuvo principalmente limitada por la falta de voluntad desde el Plan de Barrios de establecer un cauce de participación adicional al ya existente. Paradójicamente, la participación desde la EIS pudo llevarse a cabo con mayor profundidad y con mayor alcance en aquellos contextos inicialmente más arduos en este sentido, UBC y Pasaia. Sin embargo, en estos no estuvo exento de dificultad. En el caso de Pasaia, la conflictividad existente, la desconfianza entre todo el rango de actores (entre las instituciones y entre las instituciones y la comunidad), mediada por la falta de transparencia, dificultó el acercamiento de la EIS a los mismos, para el cual fue necesario un proceso de mediación, de aportar abundante información para el reconocimiento, y, en definitiva, para crear confianza.

Por su parte, el valor de la equidad fue aplicado desde la iniciativa de los equipos evaluadores, mediante los siguientes puntos: 1) En los casos de las EIS de UBC y de Pasaia se contemplaba, como objetivo específico, identificar los impactos de manera diferenciada según ciertos grupos de población; 2) todas las EIS realizaron una caracterización de la población y del área afectada de acuerdo a características socioeconómicas y otros determinantes sociales de la salud, en base a la información disponible en cada caso; 3) en todos los casos se identificaron grupos vulnerables con respecto a la intensidad de los impactos negativos sobre ellos; 4) en las EIS en que se llevó cabo la participación, se trató que éstos estuvieran representados, con diferente éxito en función de la profundidad del procedimiento. Esta consideración bastante sistemática de la equidad en las EIS permitió la formulación de recomendaciones llevaran incorporada en algún grado esta perspectiva. Sin embargo, por parte de las personas responsables de los proyectos, la adopción de recomendaciones no estuvo guiada por el criterio de la equidad, ni siquiera tras el proceso de la EIS. Como se ha descrito en el punto de "Aprendizaje conceptual", el aprendizaje relativo a las desigualdades sociales en salud no tuvo apenas calado. El hecho de que los proyectos estuvieran alineados con la equidad (como la Ley de Barrios o el Plan URBAN), si bien pudo ayudar, no fue suficiente en este sentido, puesto que ambos tenían un enfoque de equidad orientado a la intervención sobre áreas vulnerables. Este enfoque solapaba la visión de las desigualdades internas del área, así como aquellas en relación con el resto de la ciudad.

La ausencia de respaldo político para la aplicación de los valores de la EIS en un contexto caracterizado por la conflictividad y por una histórica falta de aplicación de dichos valores por parte de las instituciones, se hizo explícita en varias EIS. En el caso de UBC, dificultó que esta aplicación se llevara a cabo de manera plena en el proceso y teniendo un reflejo en la adopción de la totalidad de las recomendaciones. Esto obligó que, para garantizar la viabilidad de la EIS, esta fuera planteada con un carácter más técnico que político. Una situación similar se planteó en Barceloneta y en Alcalá de Guadaíra, donde el desarrollo de la herramienta estuvo muy alineado con el propósito de adquirir habilidades y generar capacidad en torno a la misma. Si bien la EIS de Pasaia también compartía este objetivo y este escenario de conflictividad, su alcance -tanto en cuanto al desarrollo de la EIS como posteriormente, en la evaluación y monitorización- trascendió el desarrollo puramente técnico de la EIS. No en vano, Pasaia fue la única EIS que contaba con el mandato político sustentado en los valores de la EIS y el compromiso político para su desarrollo.

Por tanto, puede decirse que la falta de alineación de los proyectos con los valores de la EIS constituyó un hecho en la mayoría de las experiencias, derivado de una tradición política por parte de las instituciones bastante alejada de dichos valores, en los contextos donde las EIS se desarrollaron. Por otro lado, la aplicación de los valores de la EIS estuvo limitada de manera importante por los recursos disponibles para el desarrollo de las experiencias, así como por la falta de respaldo político para ello, en el seno de contextos caracterizados por la conflictividad socio-institucional.

En cuanto a la relación de esta realidad con la efectividad de las EIS, la falta de alineación de valores, privó la aplicación de aquellas recomendaciones más relacionadas con la puesta en práctica de valores como la participación, la transparencia y la equidad (en las EIS de UBC, Alcalá de Guadaíra y Pasaia) y de los resultados potenciales sobre dimensiones de la efectividad indirecta, como el aprendizaje, los impactos sobre otras actuaciones u otros impactos indirectos (en UBC, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia).

▪ **La alineación de los objetivos del proyecto con los de la EIS**

En cuatro de las EIS, los objetivos explícitos eran identificar impactos de los proyectos sobre la salud de la población y emitir recomendaciones para mejorar la salud. En dos casos puede decirse que la EIS acomodó sus objetivos a los de los proyectos. La EIS de Alcalá de Guadaíra añadió a los objetivos señalados el de contribuir al eje de «participación social» del Plan URBAN. En cuanto a la EIS de Vitoria-Gasteiz, el objeto era introducir la EIS en el proceso de pilotaje del proyecto, de tal manera que a los objetivos del proyecto se le añadió el de la mejora de la salud de la población. Puede decirse, por tanto, que ambas fueron las que contaban con los objetivos más alineados con respecto a los del proyecto que informaban. Sin embargo, en otros casos, llegaron a reconocerse aspectos comunes o intereses no necesariamente compartidos que de alguna manera alineaban los proyectos con la EIS y viceversa. Por ejemplo, en la EIS de Barceloneta, desde la Oficina Técnica de Plan de Barrios se reconoció con facilidad que la filosofía de la EIS y del Plan de Barrios se

alineaban en la persecución de la mejora de la calidad de vida de las personas del barrio; en Pasaia, por su parte, la Autoridad Portuaria encontró un punto de contacto con la EIS en la caracterización del estado de salud del área, ya que esta le era útil para justificar sus intereses en relación a la construcción del puerto exterior. En el caso de UBC, elementos como el desconocimiento de la herramienta por parte del sector de urbanismo del Ayuntamiento, como las reticencias a desarrollar la herramienta sobre un barrio con el que existían antecedentes de conflictividad, impidieron todo posible acercamiento con la EIS.

Estos objetivos y esferas o puntos comunes, en los cuales ambos sectores se reconocían (visión, puntos de acuerdo en opiniones, incertidumbres o motivaciones compartidas, tareas de uno que sirven a los objetivos del otro, etc.) facilitaron el proceso (Vitoria-Gasteiz, Barceloneta y Alcalá de Guadaíra) y contribuyeron a alcanzar la efectividad a través de impactos directos (Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia) e indirectos (Vitoria-Gasteiz, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia).

Por tanto, la implementación de los valores de la EIS en toda su extensión, los impactos indirectos relacionados con el aprendizaje conceptual y social, y el fortalecimiento de la relación con otros sectores o los impactos directos derivados de una mayor implicación de las y los agentes políticos responsables de los proyectos, pudieron verse mermados por este motivo.

- **El estado de planificación óptimo para la EIS**

El estado de planificación de los proyectos fue uno de los puntos a valorar en la decisión de la puesta en marcha de todas las EIS y que hubiera posibilidad cronológica de incidir en la toma de decisiones fue un criterio esencial para la selección de los proyectos. Cumplido este criterio, sin embargo, el estado de planificación de los proyectos al iniciarse la EIS era muy variado: en las EIS de Barceloneta y Alcalá de Guadaíra, con tiempos muy acotados, se seleccionaron los proyectos que mejor se ajustaban al periodo, en un estado de ejecución, es decir, cerrados en cuanto a su diseño, pero con posibilidad de realizarse modificaciones. Los proyectos correspondientes al PRI de UBC estaban ya licitados, con lo cual, disponían de una alta definición, pero también susceptibles de ser influidos por la EIS. En el caso de Vitoria-Gasteiz, el proyecto urbanístico, de naturaleza estratégica, todavía se encontraba en una fase de pilotaje y la definición de muchos aspectos era escasa, lo que dificultó la predicción de los impactos en la fase de evaluación de la EIS. En el caso de Pasaia, una de las intervenciones tenía un proyecto básico, aún por licitar, y la segunda carecía de proyecto desarrollado. Al prever que la situación no cambiaría, se decidió realizar la evaluación sobre los impactos de la no intervención.

La característica que tuvieron en común los proyectos sobre los que la EIS se aplicó, fue que no estaban cerrados en ningún caso a introducir sugerencias o modificaciones, o a añadir nuevas intervenciones. Por otra parte, la consideración de las recomendaciones en los casos de Alcalá de Guadaíra y de Pasaia tuvo lugar pasado un tiempo considerable tras finalizar la EIS, dejando entrever que el momento oportuno estaba de acuerdo a los tiempos de la toma de decisiones o a elementos del contexto sociopolítico y económico (como la crisis económica o la coyuntura

electoral) postergaron este momento. Por su parte, la efectividad indirecta de las EIS tampoco se encuadró en función de los estados de planificación de los proyectos, sino que claramente tuvo recorrido más allá de estos.

Por lo tanto, el estado de planificación de los proyectos fue un factor que determinó, tanto la puesta en marcha de las EIS como el planteamiento de sus objetivos y alcance. Asimismo, un estado de definición de los proyectos más avanzado facilitó el desarrollo de la evaluación. En cuanto a su papel sobre la efectividad de la EIS, el hecho de que existiera posibilidad de incidir en las recomendaciones fue favorable a la misma, aunque en última instancia, otros factores pudieron modular esta influencia, como los acontecimientos cambiantes del contexto sociopolítico y económico, o los avatares del contexto de la toma de decisiones.

4.2.3.2. El proceso de la EIS

Una vez analizados los determinantes para la efectividad de las EIS correspondientes a la dimensión del Contexto, se explicarán aquellos pertenecientes a la dimensión del Proceso, la cual recoge aquellos determinantes relacionados con el propio desarrollo de la herramienta. Estos se clasifican, por un lado, en elementos clave para la EIS y, por otro, en los procedimientos.

4.2.3.2.1. Elementos clave para la EIS

La primera dimensión del Proceso, engloba, en primer lugar, los recursos para la EIS relativos a la evidencia y el conocimiento y, en segundo lugar, aquellos de naturaleza económica.

- **La evidencia y el conocimiento para la EIS**

En la puesta en práctica de las EIS se recopiló evidencia procedente de la literatura científica, así como aquella procedente de metodologías cualitativas para recoger la información contextual. Además de la evidencia, se pusieron en juego diferentes tipos de conocimiento aportado por las personas que participaron en ella.

La base en la evidencia de las recomendaciones emitidas aportó legitimidad a la información y recomendaciones brindadas por la EIS, especialmente en la presentación esta información a las y los agentes políticos responsables de los proyectos (Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia).

Más allá de este papel legitimador de la EIS, la incorporación de la evidencia científica en la toma de decisiones fue destacado como un factor favorable frente a otros criterios comúnmente utilizados en la planificación de políticas públicas, no necesariamente basados en las ganancias en la salud y en la equidad en salud (Vitoria-Gasteiz). La puesta en común de este conocimiento científico y su manejo en el debate en torno a los impactos en el seno de los grupos directores o motores de las EIS, permitió generar aprendizaje entre las personas implicadas en los mismos (Vitoria-Gasteiz, Barceloneta).

De manera adicional a la evidencia procedente de la literatura y de los estudios cualitativos, se obtuvo conocimiento relativo al barrio o área donde los proyectos se desarrollaban, provisto por la caracterización sociodemográfica del área, en cuanto a condiciones de vida, así como el diagnóstico de salud, se realizó en menor o mayor profundidad en todas las EIS, en función de la disponibilidad de información para las áreas de interés. Aportó una importante referencia que permitió realizar la evaluación, contextualizar los impactos en salud y en las desigualdades sociales en salud, y emitir las recomendaciones de una manera más rigurosa. Adicionalmente, esta información fue de gran interés en y utilizada a posteriori para justificar sus intervenciones por parte de una de las administraciones competentes en Pasaia.

Por otra parte, además de la obtención de esta información indispensable y específica para la evaluación de la EIS, las personas implicadas en el proceso aportaron conocimiento diverso, clave para el desarrollo del proceso y la efectividad de la EIS. En primer lugar, todos los equipos EIS estaban constituidos por técnicos y técnicas de salud pública con amplio bagaje en el ámbito de la promoción de la salud y familiarizadas con el modelo de los determinantes sociales de la salud. En las tres comunidades autónomas donde se pusieron en marcha las EIS, estas personas se encontraban liderando o contribuyendo a nivel técnico al cambio de orientación de la salud pública hacia su abordaje desde el modelo social de la salud.

En cuanto al conocimiento de la herramienta EIS, éste se limitaba al plano teórico, adquirido a partir de la literatura o a través del contacto con redes o personas conocedoras y expertas del ámbito internacional. En el caso de la EIS de UBC, las personas evaluadoras recibieron formación en Reino Unido y para la EIS de Vitoria-Gasteiz, se solicitó una formación, por parte de una persona asesora de la OMS, a nivel político y un acompañamiento a nivel técnico para desarrollarla. Una vez que las primeras EIS se llevaron a cabo, este conocimiento basado en la experiencia se transmitió activamente por las personas que las lideraron y sirvió para asesorar y acompañar las EIS que se desarrollaron a posteriori. El bagaje en los ámbitos de los determinantes sociales en salud y conocimiento teórico de la herramienta fueron suficientes para desarrollar la herramienta y la falta de experiencia en su aplicación no supuso un obstáculo para la efectividad de la EIS.

Con respecto a la capacidad técnica para desarrollar la EIS, ésta se concibió como suficiente. En los casos en los que se llevaron a cabo grupos de discusión, se solicitó el apoyo de personas expertas en investigación cualitativa en salud, facilitando el buen desarrollo de los grupos y la recogida exhaustiva y de calidad de este tipo de evidencia.

En este punto, cabe señalar la presencia en dos de las EIS (Alcalá de Guadaíra y Pasaia) de profesionales de la salud y del ámbito social con desempeño en los barrios, que ejercieron una

función importante como mediadoras entre la población y los equipos EIS y aportaron legitimidad a la herramienta. Éstas dieron apoyo, tanto en el reclutamiento de personas para la consulta comunitaria -en el caso de Alcalá- como en las actividades de formación desarrolladas en la fase cualitativa -en el caso de Pasaia-. La presencia de estas personas facilitó el desarrollo de una exploración cualitativa en profundidad y confirieron efectividad en cuanto que contribuyeron a aportar la legitimidad necesaria al proceso, en estos contextos de conflictividad y desconfianza institucional.

En cuanto al conocimiento de los proyectos que las EIS informaban, así como en relación al cronograma, organigrama y otras cuestiones relacionadas con el desarrollo de los proyectos, éstas fueron facilitadas por personas técnicas conocedoras, responsables del diseño de los mismos o coordinadoras a nivel técnico, mediante documentación y/o a través de entrevistas. Estas personas fueron, en tres casos -Vitoria-Gasteiz, Barceloneta y Alcalá de Guadaíra-, integrantes del grupo motor de las EIS de forma estable. La presencia cercana de estas personas en la EIS facilitó el proceso y contribuyó a mejorar la adecuación y calidad de las recomendaciones. Por estas razones podemos decir que fue un elemento que confirió efectividad, tanto directa como indirecta, por la aplicación y fortalecimiento del trabajo intersectorial y aprendizaje que conlleva.

En conclusión, la base en la evidencia científica de las recomendaciones, por tanto, contribuyó positivamente a la efectividad de la mayoría de las EIS, tanto directa -por la legitimidad y mayor aceptación de recomendaciones basadas en el conocimiento (Barceloneta, Alcalá de Guadaíra, Pasaia)- como indirecta, por el aprendizaje conceptual que generó entre las personas implicadas en la evaluación acerca de las relaciones de los proyectos con la salud y la equidad en salud. Los diferentes tipos de conocimiento (acerca del modelo social de la salud e investigación cualitativa, conocimiento técnico acerca de los proyectos) resultaron esenciales para el desarrollo y enriquecimiento de la EIS.

▪ **Los recursos económicos para la EIS**

En cuanto a los recursos económicos disponibles para las EIS, tres de ellas (UBC, Barceloneta, Pasaia) recibieron financiación externa, presentándose a convocatorias de financiación autonómica o estatal para su desarrollo como proyectos de investigación.

Los recursos para llevar a cabo las EIS fueron considerados suficientes para desarrollarlas en la profundidad que permitió cumplir los objetivos establecidos. Para ello, en la mayoría de casos, fueron los objetivos los que se adecuaron a dichos recursos y, en una EIS, el alcance de los procedimientos se vio limitado por estos. En el caso de Alcalá de Guadaíra, la EIS contó con un número de personas-tiempo de acuerdo a la financiación otorgada para ello por la Consejería de Salud, orientada al propósito de testar la herramienta. Esto supuso una limitación de los procedimientos en dos puntos: por un lado, en la exploración cualitativa, que con mayores

recursos hubiera comprendido la realización de grupos de discusión, se adaptó aprovechando una sesión del Plan URBAN; y por otro, en la realización de un plan de monitorización de la implementación de las recomendaciones no se pudo llevar a cabo ante la falta de recursos para esta última fase. Por su parte, la EIS de Vitoria-Gasteiz no obtuvo financiación ni aporte de recursos ad hoc y se lanzó contando con las y los técnicos municipales que, por voluntad propia, dedicaron el tiempo necesario y posible al proyecto.

La efectividad indirecta fue la dimensión que se vio más condicionada por esta limitación de recursos económicos. Así, en los casos donde los recursos fueron más limitados, se dio una menor intensidad en el trabajo de sensibilización, de debate y actuación conjunta entre los diferentes actores implicados, y un desarrollo de la participación comunitaria más limitado. Asimismo, los factores o acontecimientos, contingentes, del contexto sociopolítico y económico, incrementan el valor de estos recursos como determinantes que contribuyen, por un lado, a la viabilidad (por el retraso en los tiempos, la adaptación del proceso a los nuevos escenarios, etc.), y por otro, a la efectividad de las EIS (por la necesidad de profundizar en la recogida de información en respuesta a la complejización de los impactos, la necesidad de asumir y hacer frente a los conflictos como un actor más en el territorio, etc.)

▪ **La flexibilidad y capacidad de adaptación de la EIS**

Si bien contar con recursos suficientes para la EIS resultó indispensable para su desarrollo, el efecto de estos sobre su efectividad directa está modulado por otros elementos, como la capacidad de la herramienta de adaptarse a los medios disponibles, así como a procedimientos que ya estén en marcha en el proceso de toma de decisiones.

La flexibilidad fue un elemento que determinó la efectividad de la EIS, principalmente por ser el elemento que permitió a la EIS adaptarse y ser viable en contextos de recursos limitados, así como de circunstancias cambiantes en cuanto a los tiempos o la sucesión de situaciones complejas inesperadas. La flexibilidad de la EIS se puso de manifiesto en las distintas formas en que esta se desarrolló (aplicando las fases en mayor o menor profundidad e implicando más o menos a las y los agentes clave), así como en la manera en que se adaptó a las circunstancias cambiantes o los procedimientos existentes en la toma de decisiones. Así, la EIS de Alcalá de Guadaíra, con un tiempo acotado para la evaluación, integró su consulta en una presentación pública del Plan URBAN a la comunidad y aprovechó esta asistencia de la comunidad para establecer un grupo focal; en Pasaia, la EIS tuvo que reenfocar su propósito en cuanto a las intervenciones tras la crisis económica, así como trabajar para reestablecer las alianzas con el equipo de gobierno local entrante, tras las elecciones.

En relación con la relevancia de la adaptación de la EIS, emergió la necesidad de tener siempre presente la razón de ser de la EIS, en cuanto a introducir la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud en la toma de decisiones de la manera más comprensiva posible y aprovechando el mayor número de oportunidades posibles para ello.

Esto implica, en muchos casos, alejarnos del planteamiento de realizar una EIS completa y en profundidad y echar mano de herramientas sencillas que permitan introducir esta reflexión en los procesos de decisión (Vitoria-Gasteiz). Por otra parte, conlleva también aprovechar estructuras o procedimientos que ya existan previamente o que ya estén en marcha, de tal manera que se evite duplicar recursos (Barceloneta, Alcalá de Guadaíra).

4.2.3.2.2. Procedimientos llevados a cabo en las EIS

La dimensión relativa a los procedimientos realizados en las EIS, recoge cuatro elementos: la participación de agentes clave para la toma de decisiones; la participación de la comunidad; el seguimiento de las recomendaciones y la transparencia.

- **La participación de agentes clave para la toma de decisiones**

En cuanto a la participación de las y los agentes clave para la toma de decisiones en la EIS, conviene, en primer lugar, concretar el tipo de agentes participantes en cuanto a su papel sobre la toma de decisiones y el modo en que estuvieron involucradas e involucrados en la EIS. Las personas con capacidad directa para incidir que participaron en las EIS lo hicieron como integrantes de un Comité Director, donde se consensuaban los términos de referencia y la planificación de las EIS. Este grupo director se configuró en las EIS de UBC, Alcalá de Guadaíra y Pasaia. En las EIS de Vitoria-Gasteiz, Barceloneta y Alcalá de Guadaíra, por su parte, se conformaron grupos motores, compuestos por los equipos evaluadores y personas sin capacidad directa para incidir en la toma de decisiones, pero con capacidad de transferir la información que se gestaba en el proceso de la EIS a la esfera de la toma de decisión. En el caso de Pasaia, no fue posible establecer un grupo motor que aglutinase a las dos instituciones implicadas en la toma de decisión, debido a la conflictividad entre ambas, lo que motivó a que en su lugar, el equipo evaluador realizase reuniones por separado con cada una de ellas.

El grado de presencia de las y los agentes clave en el proceso fue variable entre las EIS. Por una parte, cabe señalar su inestabilidad en el tiempo relacionada con una falta de compromiso, por ejemplo, en el caso de UBC, donde las personas del Ayuntamiento interrumpieron su participación en las últimas reuniones y, en su lugar, tomó presencia otro cargo de concejalía que fue el que finalmente transfirió las recomendaciones de la EIS. Esta inestabilidad se dio también en otros dos casos, aunque aquí fue promovida por cambios electorales que sucedieron en momentos diferentes en cada EIS. En el caso de Alcalá de Guadaíra, el director del Plan URBAN estuvo presente en el grupo motor de la EIS durante todo el proceso y en el momento de comenzar a aplicar las recomendaciones, esta figura de dirección cambió tras la celebración de elecciones. El

entonces coordinador técnico del Plan, integrante del grupo motor, fue la persona que trasladó la vivencia del proceso de la EIS y las recomendaciones a la nueva dirección. En el caso de Pasaia, este cambio electoral hizo desaparecer el equipo del Ayuntamiento, al cual se le planteó la EIS con resultado positivo para llevarla a cabo. Con la llegada del nuevo equipo, hubo que replantear la EIS y volver a contar con el apoyo del nuevo equipo de Ayuntamiento, no sin reticencias por su parte.

Otro factor con el que tuvo que lidiar la EIS de Pasaia en relación a la participación de las instituciones, fue la conflictividad existente entre ambas. Ante la imposibilidad de configurar un Comité de Dirección en el que las dos estuvieran representadas, se optó por realizar reuniones paralelas para mantenerles al corriente de los pasos dados en el proceso.

En Barceloneta, el compromiso técnico establecido con las técnicas del Plan de Barrios y la sensibilización y aprendizaje a los que dio lugar, tuvo uno de sus mayores ecos en el impacto sobre otras actuaciones, donde la actual gerenta de Distrito municipal adoptó la iniciativa de una nueva EIS.

Como conclusión, la presencia de las y los agentes clave para la toma de decisiones en el proceso de la EIS constituyó un factor clave para la efectividad de las EIS, ya que fueron estas personas las que facilitaron la consideración o toma en cuenta de las recomendaciones. Sin embargo, fue en aquellas EIS donde estas personas, más allá de ser meras receptoras de las recomendaciones, fueron parte participante e implicada en el proceso de manera estable, donde se alcanzaron mayores niveles de efectividad directa e indirecta.

▪ **La participación de la comunidad**

El desarrollo de la participación de la comunidad se materializó en cuatro de las EIS (UBC, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra y Pasaia), de forma variable. Este desarrollo fue dependiente de distintos elementos: del contexto de la toma de decisiones, en cuanto a la alineación del proyecto con el valor de la participación; de los recursos disponibles, incluyendo la capacidad para desarrollar la participación; y del contexto de conflictividad socio-institucional, que dificultaba la adhesión y complejizaba el desarrollo de dicha participación.

En cuanto a la alineación inicial del proyecto con la participación, esta resultó escasa. Este hecho determinó, por un lado, que únicamente en un caso (UBC) fuera posible la representación de la comunidad en un comité de seguimiento, paralelo al comité director y que, en el resto de casos, la participación tuviera lugar en la fase de evaluación de la EIS. Podemos decir, por tanto, que la participación no tuvo un papel de liderazgo ni de incidencia en los términos de referencia, ni en los objetivos, ni en el desarrollo propiamente dicho de la EIS.

En cuanto a su desarrollo en la fase de evaluación, la participación tenía el fin de recoger el discurso y la opinión existentes acerca de los proyectos y de los potenciales impactos sobre la salud de las

personas residentes. En el caso de Vitoria-Gasteiz no se llevó a cabo, considerándose que complejizaría el proceso y el alcance del propósito de la EIS de adquirir aprendizaje en relación al manejo de la herramienta.

Con respecto a los recursos disponibles, estos determinaron la profundidad de la participación y los procedimientos utilizados para canalizarla. Por otra parte, la capacidad técnica para llevarla a cabo de manera óptima fue otro elemento que se mostró importante para este desarrollo.

En los casos donde fue viable, como UBC y Pasaia, se desarrollaron entrevistas en profundidad y grupos de discusión teniendo en cuenta los distintos perfiles profesionales, comunitarios y demográficos, hasta alcanzar la saturación del discurso. Para liderar este procedimiento, en ambos casos se contó con la participación de personas expertas en metodología cualitativa. En Pasaia, además, se utilizó una metodología mixta cualitativa-cuantitativa. Por su parte, acuciadas por los recursos disponibles, la EIS de Alcalá de Guadaíra se aprovechó una sesión de presentación pública de proyectos del Plan URBAN para realizar la consulta ciudadana y la EIS de Barceloneta realizó entrevistas en profundidad a personas residentes, profesionales del barrio y perfiles técnicos.

Más allá de los recursos disponibles para integrar la participación en la EIS, la cultura de participación por parte de la Administración y de la ciudadanía emergió como un reto para la integración efectiva de la misma en el seno de las políticas públicas. Así, por parte de la administración pública, la iniciativa de impulsar estos procedimientos, la capacidad de diseñarlos y articularlos y de llevarlos a cabo y la necesidad de capacitar a las comunidades para la participación emergieron como elementos clave en este avance. Por parte de la ciudadanía el principal reto destacado para esta participación fue el cambio de la mirada comunitaria por encima del interés individual.

En tercer lugar, la conflictividad y desconfianza existente entre las instituciones y la población determinó el planteamiento de los procedimientos, así como el desarrollo de los mismos. Por ejemplo, en Barceloneta, la celebración de grupos focales no fue percibida conveniente por parte del Plan de Barrios, por la posible generación de expectativas, así como de nuevos focos de conflicto, en aquel momento de importante revuelta social en relación al Plan de los Ascensores. Por otro lado, la desafección y desconfianzas por parte de la población con respecto a los proyectos y la gestión municipal en general (basada en promesas que no se cumplen o que se eternizan en el tiempo) restringieron la implicación en la fase cualitativa (Alcalá de Guadaíra) y se pusieron de manifiesto en los grupos de discusión (UBC, Pasaia), dificultando que emergieran las cuestiones más directamente relacionadas con la salud. En el caso de Pasaia, la polarización de los posicionamientos en el conflicto con las instituciones hacía muy complejo el acercamiento de la EIS a la comunidad desde un posicionamiento neutral.

Por último, más allá de estos factores determinantes, la escasa tradición de cultura democrática a nivel político e institucional y la escasa consideración de la participación como fuente legítima e indispensable de conocimiento para la planificación, se trasladó al escenario de las EIS, donde las recomendaciones difícilmente fueron valoradas a nivel político por su soporte en la evidencia local (UBC, Barceloneta, Pasaia), salvo en el caso de Alcalá de Guadaíra, donde la introducción del punto de vista de la comunidad era un objetivo compartido por el proyecto.

La participación de la comunidad confirió efectividad a las EIS por medio de dos vías: 1) dando a conocer necesidades y orientando propuestas que se tradujeron en recomendaciones y que luego fueron implementadas; y 2) generando impactos indirectos derivados de su desarrollo. A continuación, explicaremos cada una.

Con respecto a la primera vía, la exploración cualitativa permitió contrastar la evidencia obtenida a través de la revisión de la literatura, generalmente procedente de contextos muy diferenciados con respecto al que ocupaba en la EIS (UBC, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra, Pasaia). De hecho, la escasa evidencia disponible acerca de algunos determinantes sociales de la salud y los mecanismos por los que se producen impactos en la salud para el contexto de las EIS, hacía necesario matizar la evidencia procedente de contextos sustancialmente diferentes, poniéndola en contraste con la evidencia local proveniente de las metodologías cualitativas (UBC). Por otra parte, en UBC, Barceloneta y Pasaia permitió adquirir conocimiento acerca de la esfera psicosocial en relación a la conflictividad existente y a los temores y reticencias de la población con respecto a los proyectos. Este conocimiento permitió realizar recomendaciones orientadas a la mejora de las relaciones entre vecindario e instituciones (UBC), de la gestión general de los proyectos de regeneración (Pasaia), o a paliar los potenciales impactos de las actuaciones en la esfera psicosocial (UBC, Barceloneta y Pasaia). En tercer lugar, permitió identificar nuevas necesidades percibidas por la población que trascendían el ámbito de los proyectos para las cuales se emitieron recomendaciones (UBC, Barceloneta, Alcalá de Guadaíra, Pasaia), a la vez que oportunidades de actuación a partir de propuestas provenientes de la consulta (Pasaia).

Con respecto a la segunda vía, la exploración cualitativa supuso un punto de generación de información en varios sentidos. Por un lado, permitía poner en común información acerca de los proyectos (en qué consistían las medidas, cronogramas, etc) (UBC, Alcalá de Guadaíra, Pasaia), así como acerca de los roles, competencias e intereses de ciertas y ciertos agentes institucionales y sociales en los proyectos (Pasaia). Este hecho contribuyó a la mejora de la transparencia y al acercamiento de posiciones polarizadas con respecto al proceso de toma de decisión de los proyectos, impactos que suman importancia en estos contextos en los que los cauces de comunicación entre los Ayuntamientos y la ciudadanía son inexistentes o inefectivos y la conflictividad marca los pulsos.

Por otra parte, se debatían cuestiones relacionadas con la percepción de las personas participantes acerca de su salud y de lo que se entiende o se prioriza con respecto a la salud, a la vez que se ponía a su conocimiento la existencia de un nuevo enfoque de la salud y de cuestiones relacionadas con las desigualdades sociales en la salud (UBC, Alcalá, Pasaia).

La participación contribuyó a la efectividad directa aportando recomendaciones en respuesta a las necesidades identificadas, que fueron posteriormente implementadas. Por otra parte, contribuyó a la efectividad indirecta a partir del aprendizaje generado, la mejora de la transparencia y el empoderamiento de las personas participantes.

La falta de alineación política con el valor de la participación y la conflictividad socio-institucional limitaron la inclusión efectiva de la participación en la EIS -tanto la representatividad en el grupo director, así como la implicación de las personas participantes en los procesos participativos-, y dificultó que emergieran aquellas dimensiones más relacionadas con la salud frente a otras relacionadas con el conflicto y las demandas. El grado de recursos disponibles también determinó los procedimientos planteados para llevar a cabo la participación. Por último, la escasa cultura participativa existente no contribuyó a mejorar el rendimiento de estos procedimientos para la efectividad de las EIS. Estas implicaciones pudieron mermar la efectividad de la EIS conferida por la participación, sobre todo en aquellas EIS en las que la exploración se realizó en menor profundidad.

- **La transparencia y la rendición de cuentas en la EIS**

La transparencia y rendición de cuentas estuvo presente en todas las EIS, aunque de manera distinta en sus variables. En cuanto a la transparencia interna o dentro del proceso, los resultados se recogieron en un documento-informe que fue presentado en una reunión a las autoridades implicadas en la toma de decisiones. Este traspaso se realizó en el seno de los comités directores (Alcalá de Guadaíra y Pasaia) garantizando su llegada a las y los agentes decisores, o se hizo llegar a través de agentes intermediarios (UBC). En el caso de Barceloneta, la transmisión a las y los agentes decisores del Plan de barrios fue a través de las personas componentes del grupo motor. Posteriormente, se realizó una exposición de la EIS y sus resultados en una sesión del Comité de Evaluación y Seguimiento de la Barceloneta, en el cual participaban agentes representantes de las administraciones autonómicas y municipales. En el caso de Vitoria-Gasteiz el plan director elaborado se presentó directamente a las y los agentes políticos.

En cuanto a la transparencia externa o hacia la comunidad, en dos casos -UBC y Pasaia – los resultados y conclusiones de la EIS fueron presentados a la comunidad participante en una sesión específica. Esta devolución formalizada, tal y como se pudo constatar en esa misma sesión contribuyó a que la población participante comprobara la consideración de sus puntos de vista en el informe y en las recomendaciones y se sintiera, en dicha ocasión escuchada y tenida en cuenta desde las instituciones, contribuyendo al empoderamiento comunitario y a la restitución en algún grado de la confianza en ellas. En Barceloneta, esta devolución a la comunidad se realizó mediante la presentación en la reunión del Comité de Evaluación y Seguimiento, en el que estaban presentes entidades vecinales, sociales y económicas del barrio. En Alcalá de Guadaíra, se realizaron difusiones acerca de los avances de la EIS y de sus resultados a lo largo del proceso en la prensa local y en la página web del Plan, desconociéndose sus impactos en este sentido.

Una parte intrínseca de la rendición de cuentas de la EIS está en relación con el seguimiento o monitorización de las recomendaciones de la EIS que se llegan a implementar. En el análisis emergieron dos procedimientos relacionados con el seguimiento que incidieron sobre la

efectividad directa e indirecta de la EIS: la existencia de un plan consensuado con las y los agentes decisores para la implementación de las recomendaciones y la monitorización de estos avances por parte del equipo evaluador de la EIS.

Con respecto al primer elemento, este plan se concibió como una agenda acordada mutuamente entre las y los agentes responsables de que las recomendaciones se lleven a término y el equipo evaluador de la EIS, en el que se asignen responsabilidades y plazos en la implementación. En ninguna de las EIS se llevó a cabo, sin embargo, en dos casos (Barceloneta y Alcalá de Guadaíra) se señaló como una carencia importante en las EIS, por su papel como elemento que da continuidad a las recomendaciones ante las circunstancias cambiantes de los procesos de toma de decisiones. Así, en Barceloneta, se señaló la importancia de este plan ante la naturaleza inestable de los proyectos y la ausencia de estructuras y alianzas que den continuidad a las recomendaciones, permitiendo su replicabilidad sobre otras intervenciones y, por tanto, su potencial de impacto. En Alcalá de Guadaíra, se acusó la ausencia de este plan ante el cambio de equipo director del Plan URBAN -por el cambio de gobierno local- tras la EIS. En este caso, el plan hubiera facilitado el relevo de las recomendaciones al equipo entrante.

El segundo procedimiento relacionado con el seguimiento de las recomendaciones que confirió efectividad indirecta a la EIS fue la propia evaluación de la implementación de las mismas a través del "regreso al terreno" por parte de las personas del equipo evaluador (Alcalá de Guadaíra, Pasaia). Esto fue percibido por la comunidad como muestra de interés y preocupación desde el plano institucional, restituyendo en cierto grado las percepciones de abandono (Pasaia). Con respecto a las instituciones responsables de los proyectos, este regreso también supuso un reconocimiento de su participación, y traslada a la práctica el discurso y los valores de la EIS (transparencia, democracia, sostenibilidad) a la práctica (Barceloneta, Alcalá de Guadaíra, Pasaia). En este sentido, la continuidad de la presencia del sector de salud pública en el área también contribuyó a potenciar su reconocimiento por parte de las y los agentes institucionales y vecinales del área, como un actor presente y colaborativo (Pasaia).

4.2.3.3. Los aspectos transversales al contexto y al proceso de las EIS

De manera transversal al contexto y al proceso, se dieron dos elementos que determinaron la efectividad de las EIS: la actitud proactiva y la agencia individual

▪ **La actitud proactiva**

La actitud proactiva, proveniente de las personas impulsoras a nivel técnico o político, en el caso de Pasaia, estuvo presente en todas las EIS. Suponía la manifestación del compromiso de estas personas por avanzar en una nueva manera de actuar por la salud poblacional en base a unos principios que pivotan en torno a la aplicación del enfoque de la salud (social) y la equidad en salud y su introducción en los procesos de toma de decisiones, no necesariamente relacionadas con la salud. Los procesos políticos son complejos en sí mismos (conllevan variedad de actores, valores e intereses, acontecimientos propios del contexto, no-linealidad, etc.) y tratar de introducir este enfoque con la carencia de un mandato y compromiso político sustentado en dichos valores, lo hace más difícil. Más aún en el contexto de un proyecto de investigación, con las limitaciones (de recursos, tiempos, etc.) que conllevan y que entran en contradicción con las necesidades que requiere la actuación sobre los procesos políticos.

La proactividad emergió en las EIS con respecto a los siguientes elementos: 1) en el impulso de la iniciativa de la EIS; 2) en la búsqueda del espacio para el diálogo, encuentro de puntos comunes entre las partes implicadas en la EIS y entendimiento para trabajar conjuntamente; 3) en la aplicación de la EIS conforme a sus valores en la medida de lo posible, especialmente, en aquellos contextos sin apoyo político o con escasos recursos; 4) ante la coyuntura electoral y la crisis económica, a la hora de buscar financiación para la continuidad de la EIS, así como establecer nuevas alianzas con las y los nuevos actores; 5) ante la conflictividad socio-institucional, como agente conciliador, tratando de acercarse al territorio a pesar de las desconfianzas e intentando reclutar a la población para la participación; 6) una vez terminada la EIS, en la difusión de la experiencia y del aprendizaje adquirido.

Por medio de estas vías, la proactividad constituyó un determinante claro de la efectividad, tanto directa como indirecta de las EIS.

▪ **La agencia individual**

La agencia individual, o la capacidad de una persona de actuar, como determinante de la efectividad de la EIS, refleja aquellas actuaciones llevadas a cabo a título individual por las personas que tomaron parte en la EIS y que contribuyeron a su efectividad. Esta se manifestó en todos los casos en diferentes dimensiones. En las EIS de UBC, Alcalá de Guadaíra y Pasaia, estuvo presente a través de la iniciativa, convertida en mandato, de impulsar la EIS, por parte de las personas que regentaban la Dirección y Subdirección de Salud Pública; en el contexto de la toma de decisiones, las personas responsables de los proyectos, así como aquellas de perfil directivo o técnico que accedieron a participar en las EIS hicieron posible su desarrollo, contribuyeron al conocimiento necesario para la EIS (en todos los casos) e incluso vehicularon directamente la efectividad de la misma (muy claramente en los casos de Barceloneta -potenciando impactos indirectos de la EIS- y Alcalá de Guadaíra -potenciando la efectividad directa-). Por otra parte, la presencia de profesionales (técnicas y técnicos de los Ayuntamientos, profesionales sociales y de salud) de los

barrios presentes en las EIS facilitaron enormemente su desarrollo, contribuyendo a la efectividad de las mismas.

La agencia, así como la proactividad individual desvelan la importancia del papel de la dimensión individual y su papel facilitador para la efectividad de las EIS. Factores como la alineación de valores y la compatibilidad de objetivos a nivel individual, así como la búsqueda del entendimiento, pueden predisponer a estas actitudes individuales, favoreciendo la consecución de la efectividad de la EIS.



5. DISCUSIÓN

Esta tesis es la primera que ha evaluado la efectividad de las EIS desarrolladas en el Estado español desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud. La evaluación se ha realizado en base a un modelo conceptual que contempla la efectividad de la EIS de manera amplia, es decir, teniendo en cuenta no solo los impactos directos o referentes a la aplicación de las recomendaciones, sino también los impactos indirectos, relativos al aprendizaje generado, el fortalecimiento de la acción intersectorial, los impactos sobre otras actuaciones y otros impactos indirectos (como la mejora de la información acerca de los proyectos a la población). Asimismo, esta conceptualización amplia de la efectividad visualiza los factores determinantes de la misma, correspondientes al contexto en el que la toma de decisiones y la EIS se desarrollan, y al proceso de la EIS en sí mismo. Como primer abordaje de la evaluación de la efectividad de las EIS en nuestro ámbito, el análisis se ha adaptado a las características del contexto y el proceso relativo a las mismas. El hecho de tratarse de EIS desarrolladas en ámbito local, sobre planes y proyectos urbanísticos y de regeneración urbana ha facilitado su comparabilidad.

En este capítulo de discusión procederemos, en primer lugar, a hacer un resumen de los resultados obtenidos en la investigación, de acuerdo a la efectividad directa e indirecta de las EIS y a sus determinantes. Posteriormente, se discutirán dichos resultados poniéndolos en relación con los resultados obtenidos en investigaciones similares en otros contextos a nivel internacional. Se presentarán en un siguiente apartado las limitaciones a las que este trabajo ha hecho frente y, finalmente, se destacarán futuras líneas de investigación en este ámbito y las implicaciones políticas.

5.1. Resumen de los resultados

Abordaremos el resumen de los resultados en dos partes: por un lado, los referentes a la efectividad directa e indirecta de las EIS analizadas; y por otro, los relativos a los factores determinantes de la efectividad.

5.1.1. La efectividad de las EIS

La efectividad, en términos generales, estuvo presente en todas las EIS. El desarrollo de la herramienta en los distintos contextos tuvo aportaciones sustantivas a distintos niveles que hicieron que en los procesos de toma de decisiones se consideraran cuestiones relacionadas con la salud y la equidad en salud en mayor medida que respecto al momento previo de la EIS o en ausencia de ella.

En cuanto a la efectividad directa de las EIS, el grado de implementación de las recomendaciones fue diferente según las EIS, aunque en el seno de los proyectos integrales de regeneración urbana que finalmente se ejecutaron (cuatro), todas las EIS obtuvieron en algún grado efectividad directa. En tres de ellas (UBC, Alcalá de Guadaíra y Pasaia) se llegaron a incorporar nuevas medidas, antes inexistentes, en la toma de decisiones, mientras que una de ellas (Barceloneta) contribuyó a mejorar el diseño de las medidas ya propuestas. De las medidas incorporadas por la EIS en dos casos (UBC y Pasaia) fueron de naturaleza urbanística y en un caso, de carácter social (Alcalá de Guadaíra).

En relación con las recomendaciones dirigidas a mejorar el diseño de los proyectos (en base a aquellos proyectos que finalmente se ejecutaron), las EIS más efectivas en cuanto a mayor porcentaje de aplicación alcanzado, fueron las de Barceloneta y Alcalá de Guadaíra. Por su parte, las recomendaciones de la EIS de UBC aplicadas, fueron las iniciativas que conllevaron mayor envergadura, tanto a nivel económico como en cuanto al grado de modificación del espacio urbano. A nivel social, las recomendaciones aplicadas de mano de la EIS de Alcalá de Guadaíra se correspondieron con aquellas de mayor importancia, quedando introducidas a nivel estratégico dentro del Plan e impactando potencialmente sobre determinantes sociales de la salud como el acceso al empleo y la cohesión social. En cuanto a las recomendaciones orientadas a la fase de obras, la de Alcalá de Guadaíra fue la EIS que resultó más efectiva, si bien se desconoce el alcance este sentido de la EIS de UBC. En relación a las recomendaciones adicionales a los proyectos, las EIS de UBC, Barceloneta y Pasaia tuvieron reflejo en la toma de decisiones, siendo Pasaia y UBC las que supusieron una modificación de mayor calado.

En cuanto a la efectividad indirecta, todas las EIS obtuvieron ganancias en la gran mayoría de las dimensiones que la componen. La EIS de Pasaia fue la que concentró mayor impacto positivo teniendo en cuenta el conjunto de las dimensiones, seguida de las EIS de Alcalá de Guadaíra, Barceloneta, Vitoria-Gasteiz y UBC, respectivamente. La dimensión de "Aprendizaje" fue la que

concentró mayor impacto positivo. El aprendizaje técnico, principalmente relacionado con el desarrollo de la herramienta de la EIS, fue adquirido por los equipos evaluadores en todos los casos, seguido del aprendizaje social o relativo al avance en la acción intersectorial, generado específicamente en dos de las EIS. Si bien el aprendizaje conceptual, adquirido por las personas de los sectores ajenos a salud, fue satisfactorio en cuanto al modelo de los determinantes sociales de la salud, fue limitado en cuanto a las cuestiones relacionadas con las desigualdades sociales en salud.

En cuatro de las EIS, asimismo, se registraron avances en la relación con otros sectores con respecto a la que existía de manera previa: en el caso de Pasaia, donde previamente era inexistente, se generó una relación intersectorial de coordinación; en Alcalá de Guadaíra se avanzó de una relación de información a una de cooperación-coordinación; en Barceloneta y Vitoria-Gasteiz, de una relación de cooperación a otra de cooperación-coordinación. Por otra parte, de las EIS se derivaron otras actuaciones en todos los casos, relacionadas con la diseminación del aprendizaje y el establecimiento de nuevas líneas de trabajo en la administración autonómica en SeTP, la creación de la una asociación estatal de EIS, la normativización autonómica de la EIS en Andalucía, la incorporación del sector salud en actuaciones intersectoriales intermunicipales, así como la solicitud de una nueva EIS en un proyecto urbanístico en Barcelona. En cuanto a otros impactos indirectos, alcanzados por tres de las EIS, se registraron impactos favorables a partir de la participación ciudadana relacionados con la esfera psicosocial y la autoestima social.

5.1.2. Los determinantes de la efectividad de las EIS

Los factores determinantes de la efectividad de la EIS pueden disponerse conforme a dos variables: por un lado, según su pertenencia a las dimensiones utilizadas en el marco teórico utilizado en la metodología del análisis, correspondientes al contexto y al proceso de la EIS y a sus categorías internas, así como a la categoría transversal a las dos dimensiones; y por otro, conforme a su papel favorable o no favorable con respecto a la efectividad.

Comenzando por los determinantes correspondientes al contexto institucional o de gobernanza por la salud que resultaron favorables a la efectividad de las EIS analizadas, se identificó, en primer lugar, la institucionalización del modelo de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades sociales en salud, como principal elemento impulsor de las EIS y generador de un "suelo fértil" para la consecución de la efectividad indirecta de la EIS.

Por su parte, la ausencia generalizada de un mandato político sustentado en los valores de la EIS para su puesta en marcha, así como de un respaldo político presente a lo largo del proceso y durante la implementación de las recomendaciones, restó efectividad directa a las EIS, dificultando la implementación de las recomendaciones, el desarrollo de la EIS conforme a sus valores y reduciendo la posibilidad de generar efectividad indirecta. Por otro lado, la ausencia del carácter normativo de la EIS, privó de las garantías que ofrece el amparo legal con respecto a la implementación de las recomendaciones de las EIS. El papel de estos elementos se identificó como

un efecto “paraguas”, que hubiera compensado o preservado la consecución de la efectividad de la EIS ante la influencia negativa ejercida por otros elementos correspondientes al contexto sociopolítico y económico y al contexto de la toma de decisiones.

Por otra parte, emergieron elementos propios de este contexto institucional que fueron identificados como obstaculizadores, por un lado, para el establecimiento de la acción intersectorial y por otro, para el desarrollo de la participación ciudadana. En el primer caso, estos elementos fueron: la estructura jerárquica y sectorializada de la administración; la ausencia de estructuras y espacios para el desarrollo de trabajo conjunto; así como la falta de elementos o líneas referentes, lenguajes y códigos comunes para ello. En el segundo caso, la escasa cultura de participación ciudadana por parte de la Administración y de la ciudadanía emergió como un reto para la integración efectiva de la misma en el seno de las políticas públicas.

En relación con el contexto sociopolítico y económico de los proyectos y las EIS, sus acontecimientos contribuyeron de manera negativa a la efectividad de la EIS, en cuanto que alargaron, complejizaron y retaron su viabilidad. La coyuntura electoral retrasó los procesos políticos y, por ende, la EIS poniendo en juego su viabilidad, así como dificultando la efectividad directa, mediante la generación de inestabilidad en la esfera política; la crisis económica modificó los escenarios de los proyectos (su viabilidad, cronograma, etc.) y la visión social y política hacia los mismos; la conflictividad socio-institucional y política fue un tercer factor presente que dificultó la plena aplicación de los procedimientos de la EIS conforme a sus valores y la implicación de las y los agentes clave y la población en el proceso afectó de manera negativa a la efectividad directa e indirecta de la EIS.

Con respecto al contexto de la toma de decisiones, la ausencia de alineación de los procesos de toma de decisiones con respecto a los valores de la EIS, privó o dificultó la aplicación de la EIS conforme a los mismos, así como del cumplimiento de aquellas recomendaciones que implicaban la puesta en práctica de valores como la participación, la transparencia y la equidad. También privó de la consecución de impactos sobre las dimensiones de la efectividad indirecta, como el aprendizaje, los impactos sobre otras actuaciones u otros impactos indirectos. Asimismo, la ausencia de acuerdos entre las personas implicadas en el proceso para la EIS, tuvo una repercusión negativa sobre la efectividad directa. Por su parte, tres factores estuvieron presentes y favorecieron la efectividad, ejerciendo un cierto efecto compensador de la falta de alineación de valores. Por un lado, la alineación de objetivos entre la EIS y los proyectos, así como el entendimiento entre las personas del equipo evaluador y aquellas responsables o intermediarias para la toma de decisiones, facilitaron el terreno para el reconocimiento mutuo y la actuación entre los sectores. También permitieron que se integraran procedimientos, como la participación, y facilitó tanto la efectividad directa como indirecta. Por otra parte, la mayoría de las EIS tuvieron desarrollo en un momento en que el estado de planificación de los proyectos resultaba óptimo, en cuanto que permitía la introducción de modificaciones o de nuevas iniciativas sumadas a las existentes y los proyectos, en su mayoría, tenían un grado elevado de definición. Ambas características favorecieron la efectividad de la EIS.

En cuanto al proceso de la EIS, y con respecto a los elementos clave, tres factores presentes en la mayoría de los casos, jugaron un papel relevante para la efectividad directa e indirecta. En primer lugar, la base en la evidencia (internacional y local) y la disponibilidad de diversos tipos de conocimiento (técnico, relacionado con los proyectos y la toma de decisiones relacionado con los determinantes sociales de la salud, relativo a la esfera local, etc.) legitimaron el proceso las recomendaciones y permitieron adecuar estas al contexto. La escasez de literatura aplicable al contexto local fue identificado como un reto. Los recursos económicos predispusieron a la efectividad de las EIS, en cuanto que permitieron desarrollarla en mayor profundidad e implicar en mayor medida a las personas decisoras y a la comunidad en el proceso, especialmente atendiendo a los factores del contexto sociopolítico y económico. Por su parte, la flexibilidad de la EIS permitió acomodar la EIS frente a estos factores, así como a los recursos disponibles. Considerando el escenario de habitual escasez de recursos en el ámbito municipal y la imposibilidad de desarrollar la EIS en profundidad, emergió la necesidad de utilizar herramientas y procedimientos sencillos e incluso hacer uso de aquellos ya existentes, con el fin de aprovechar las máximas oportunidades posibles para introducir la perspectiva de la salud y la equidad en salud en las políticas municipales.

Con respecto a los procedimientos para la EIS, la mayor presencia e implicación durante todo el proceso de las y los agentes clave para la toma de decisiones, facilitó el reconocimiento y posterior consideración y toma en cuenta de las recomendaciones, así como la efectividad indirecta. Por su parte, la participación en profundidad de la comunidad en la EIS, contribuyó a adaptar las recomendaciones a las necesidades del contexto, permitiendo conocer mejor estas, así como las percepciones acerca de los impactos en salud. Además, contribuyó a la efectividad indirecta a partir del aprendizaje generado, la mejora de la transparencia y el empoderamiento de las personas participantes. Por último, la transparencia en los procedimientos y la rendición de cuentas en la EIS constituyeron factores clave para la efectividad directa, así como indirecta, por la extensión y refuerzo del aprendizaje y la credibilidad de la EIS, la mejora de la información acerca de los proyectos y de la toma de decisiones y del reconocimiento de su opinión en los resultados del proceso. La elaboración de un plan consensado para la implementación de las recomendaciones se identificó como un elemento ausente que restó efectividad directa. El seguimiento de esta implementación por parte del equipo evaluador, como elemento intrínseco a la rendición de cuentas de la EIS, permitió conocer los mecanismos por los cuales la efectividad se produjo y confirió efectividad a través del regreso al terreno por parte de los equipos evaluadores.

En cuanto a los determinantes transversales al contexto y al proceso determinantes de la efectividad de la EIS, la actitud proactiva por parte de los equipos evaluadores de las EIS, permitieron, ante la falta de respaldo político, impulsar las EIS conforme a sus valores, hacerlas viables y lidiar con las dificultades surgidas por las contingencias del contexto sociopolítico y económico de las EIS, entre otras cuestiones, contribuyendo a la efectividad directa e indirecta de la EIS.

La agencia individual por parte de las personas representantes de los proyectos y agentes comunitarios participantes en las EIS, contribuyó a la efectividad directa e indirecta tuvo lugar en

dos EIS y a corto, medio y largo plazo tras su finalización. Estas personas, a modo individual, ejercieron de intermediarias, otorgaron un impulso de continuidad a las recomendaciones de la EIS ante un cambio de equipo de gobierno, incorporaron algunas de ellas a la toma de decisión y promovieron el impacto sobre otras intervenciones, como la generación de una nueva EIS. Estos elementos muestran la importancia de la dimensión individual y su interacción con el resto de dimensiones, en el desarrollo y la efectividad de la EIS.

5.2. Comparación de los resultados con otros estudios

Las principales revisiones de evaluaciones de la efectividad de la EIS provienen, sobre todo, de los países occidentales: EEUU (Dannenberg et al., 2008; Pollack et al., 2011; Rodhus, 2013; Bourcier, 2015; Dannenberg, 2016), Europa - provenientes de Reino Unido e Irlanda (Davenport, 2006; Wismar, 2007; O'Mullane y Quinlivan, 2012)-, así como de Australia y Nueva Zelanda (Ward, 2006; Haigh et al., 2015). La gran mayoría de ellas se realizaron tomando como referencia el marco de Wismar et al.

5.2.1. La discusión de la efectividad directa e indirecta alcanzada con otros estudios

En cuanto a la efectividad directa, las revisiones evaluadas por Dannenberg et al (2016) que llegaban a cuantificar las EIS que arrojaron este tipo de efectividad, mostraron que muchas de ellas llegaron a influir la toma de decisiones: el 60% de las 50 revisadas por Rhodus et al (2013), el 48% de las 23 revisadas por Bourcier et al (2015) y el 60% de las 44 EIS revisadas (el 90% de las que recibieron respuesta para su evaluación) por Haigh et al. (2013). Wismar et al (2007), por su parte, señalaron que esta efectividad fue variada a lo largo de todo el rango de decisiones que engloban los proyectos estratégicos, un hallazgo coincidente en las EIS analizadas en esta tesis. Rhodus et al., (2013) y Bourcier et al., (2015) señalaron el papel efectivo de la EIS a la hora de introducir las consideraciones relacionadas con la salud, en los procesos de toma de decisiones en los que esta estaba ausente.

Así, tal y como se encontró en las revisiones analizadas, el aprendizaje conceptual, en general fue un impacto indirecto importante generado a raíz de las EIS y fuertemente relacionado con el grado de participación y de implicación de las y los agentes clave como de la comunidad, tal y como reportaron Rhodus et al (2013) y Haigh et al. (2013). Este resultado fue más orientado al reconocimiento del modelo social de la salud y de las relaciones de los proyectos con la salud, que referido a las desigualdades sociales en salud. La alusión explícita a esta última cuestión también la hizo Bourcier et al (2015), señalando como reto la "incorporación de la equidad y los grupos vulnerables de manera consistente y significativa".

En cuanto al fortalecimiento de la acción intersectorial que se derivó de la EIS, en esta tesis se trató de caracterizar tomando como base la tipología de la acción intersectorial establecida por Solar et

al. (2010), y comparando el grado de acción intersectorial previo a la EIS con el alcanzado a posteriori. Al igual que en las revisiones analizadas, la EIS contribuyó de manera general a facilitar las relaciones entre agentes de los distintos sectores (Dannenbergh, 2016) y la utilización de esta tipología permitió observar en qué casos este fortalecimiento fue de mayor magnitud. En el caso de las EIS analizadas, las conclusiones a este respecto son coincidentes con los hallazgos de Haigh et al., 2013, que señalaban que el establecimiento de relaciones entre sectores vino determinado por la implicación de las personas de otros sectores en el proceso, así como por el papel legitimador del equipo evaluador -o del sector salud- mediante la EIS.

5.2.2. El contexto, como dimensión “novedosa” en la evaluación de la efectividad de la EIS

Davenport et al. (2006) identificaron, como elementos relevantes, el compromiso para la EIS dentro de la estructura organizacional de toma de decisiones, el soporte político para la EIS, así como la existencia de marcos regulatorios promotores del uso de la EIS, constituyendo la ausencia de estos un reto para la efectividad de la EIS. (Davenport et al., 2006). Wismar et al. (2007) añadían, además, el liderazgo político y hacían referencia a la cultura de salud pública a nivel de país (Wismar, 2007), lo que en la presente tesis podría corresponderse con el elemento “institucionalización del modelo social de la salud”. Haigh et al. (2013_rev), y O’Mullane and Quinlivan (2012) identificaron elementos relativos al “contexto más amplio”, la gobernanza y el contexto social y político, lo cuales en esta investigación se corresponderían con la propia dimensión de gobernanza por la salud. De manera coincidente con este estudio, encontraron que estos factores ejercían influencia sobre los valores, propósitos y objetivos presentes en la EIS (Haigh et al., 2013_rev). Davenport et al. (2006), asimismo, señalaba como elemento favorecedor, la existencia de una “estructura facilitadora para la EIS”, haciendo referencia al trabajo intersectorial. En el caso de esta tesis, se explicitó la ausencia de una estructura organizativa institucional adecuada para el trabajo entre sectores (por vertical y sectorializada), así como de falta de espacios, lenguajes comunes (Davenport et al., 2006) y referentes conceptuales, para ello.

En relación con la categoría del contexto de la toma de decisiones, en la literatura encontramos referencias al concepto de “timing” (Davenport et al., 2006; Wismar et al., 2007; Haigh et al., 2015), o al ajuste de la EIS en un momento oportuno dentro del proceso de toma de decisiones, que en la presente tesis, puede corresponderse con el estado óptimo de planificación de los proyectos como elemento determinante de la efectividad de la EIS. Sin embargo, la importancia del estado óptimo de planificación, vendría modulada por una dimensión política, referida a las circunstancias del contexto sociopolítico o la voluntad, en última instancia de las personas decisoras, que serían las que determinarían la llegada o la ocurrencia de ese “momento óptimo” para la consideración de las recomendaciones.

Coincidiendo con Haigh et al., la proactividad resultó ser otro elemento modulador de este efecto ya que, en todos los casos, los equipos evaluadores adaptaron la EIS tanto a la toma de decisiones como a los recursos disponibles. En segundo lugar, los valores y objetivos compartidos

constituyeron otro elemento determinante identificado por Haigh et al. que también emergió para las EIS analizadas en este caso. Sin embargo, en esta tesis ambos elementos se analizaron por separado, de tal manera que, si bien la presencia de objetivos compartidos o alineados (compatibles, aunque distintos) entre los proyectos y la EIS tuvo lugar y se consideró un elemento que contribuyó positivamente a la efectividad, esta alineación no se dio para los valores de manera generalizada, lo cual afectó de manera negativa a la efectividad.

En tercer lugar, Haigh et al. identificaron las buenas relaciones entre los sectores participantes en la EIS como determinantes del proceso que favorece la efectividad. En la presente tesis, también fue identificado como un factor facilitador a la hora de desarrollar la EIS y buscar puntos comunes (que orienten a una alineación de objetivos y valores). Sin embargo, en el presente análisis se situó como un determinante correspondiente a contexto de la toma de decisiones, donde, se consideró que jugaba su papel más predominante para la efectividad. Lo mismo ocurrió con otro elemento que en esta tesis se trasladó al contexto de la toma de decisión y que es el relativo a los acuerdos para la EIS. En la investigación y de manera coincidente con Haigh, constituyeron un factor cuya ausencia, en el caso las EIS analizadas en la presente tesis, restó efectividad a las EIS por el potencial papel de incrementar el compromiso por parte de las personas responsables de la toma de decisiones hacia la EIS y hacia la consideración de las recomendaciones.

5.2.3. Los elementos del proceso como determinantes consensuados para la efectividad de la EIS

La relevancia de distintos tipos de conocimiento, como acerca del ámbito de la propuesta o el contexto local, provistos por agentes clave, fue coincidente con las observaciones de Davenport et al. (2006). Por su parte, la importancia del conocimiento basado en la evidencia fue respaldado por Rhodus et al. (2013) y Haigh et al (2015) y la falta de información relevante, sobre todo referida a la evidencia local, fue considerado un reto por la mayor parte de las evaluaciones (Dannenbergh, 2016).

Por otro lado, la ausencia de recursos fue identificada como un reto por Davenport et al. (2006), Rhodus et al. (2013) y Bourcier et al. (2015), este último señalando la infraestimación del esfuerzo en llevar a cabo la EIS por parte de los equipos evaluadores o de quien administra los recursos. En la tesis, los recursos fueron destacados como factor favorecedor de la efectividad, ya que cuando los hubo, las EIS pudieron desarrollarse en mayor profundidad y tener más recorrido. Sin embargo, su ausencia no fue un factor determinante de la efectividad de la EIS en esta tesis, salvo para hacer frente a acontecimientos del contexto socio-político, los cuales retrasan los tiempos y complejizan los procedimientos de la EIS. De nuevo, la actitud proactiva para conseguir adaptar el proceso resultó ser determinante que contribuyó a la viabilidad y la efectividad de las EIS, al igual que la flexibilidad y la capacidad de adaptación intrínsecas a la herramienta (Haigh et al., 2015).

En referencia a los procedimientos del proceso, la involucración de las y los agentes responsables de la toma de decisiones en la EIS fue un elemento cuyo papel favorable para la efectividad está

bastante consensuado (Pollack et al., 2011; Davenport et al. (2006); Wismar et al., 2007; Rhodus et al., 2013; Haigh et al., 2015); Bourcier et al., 2015), tal y como también ha puesto en evidencia esta tesis. Haigh et al., hacían referencia a la involucración de aquellas personas con capacidad de incidir en la toma de decisiones, aunque no tuvieran un perfil político fueran las responsables últimas, tal y como sucedió en tres de las EIS analizadas en esta tesis. Asimismo, la participación de la comunidad en la EIS fue descrita como un determinante favorable para la efectividad de la EIS por Haigh et al (2015) y por Rhodus (2013), haciendo referencia este último al “uso de evidencia cualitativa y cuantitativa de calidad”. En el caso de las EIS analizadas en esta tesis, la participación en sí misma generó efectividad directa (mediante la canalización de las propuestas de la comunidad en recomendaciones que posteriormente fueron adoptadas) e indirecta, a través de conocimientos compartidos y aprendizajes generados, así como otros impactos indirectos que la EIS tuvo sobre la comunidad y la esfera psicosocial. Estos hallazgos no se identificaron en las revisiones.

Por último, la búsqueda y manejo transparentes de la información en el proceso de la EIS, así como la transparencia en la transferencia de las recomendaciones fueron identificadas por Rhodus et al. (2013) como elementos favorables para la efectividad. Ambas alusiones pueden corresponderse con los resultados relativos a la transparencia en el presente análisis, que hacen referencia por un lado a la transparencia interna o entre las personas implicadas en la EIS, la cual incluye la transmisión de las recomendaciones y, por otro, a la transparencia externa o hacia la comunidad participante en la EIS, contribuyendo al reconocimiento de su participación y restituyendo en parte la confianza en las instituciones. Este último elemento tampoco fue identificado en las revisiones analizadas, aunque se encuentra sólidamente descrito en la literatura (Spickett, 2015). Referido a las recomendaciones, la elaboración de un plan consensuado para la implementación de estas con las personas decisoras fue identificado en otros estudios como un elemento determinante positivo para la efectividad (Rodhus et al., 2013). En nuestro caso, su ausencia y necesidad se pusieron de manifiesto ante acontecimientos como la coyuntura electoral, que amenazaron la continuidad de las recomendaciones o simplemente, ante la coyuntura natural de los proyectos, con un principio y un final. El seguimiento de la implementación de las recomendaciones de la EIS fue un elemento generador de la efectividad de la EIS que no fue identificado en las revisiones analizadas.

Por último, en cuanto a los aspectos transversales, los resultados de esta investigación son coincidentes con los provistos por Haigh et al. (2015). La proactividad en esta tesis estuvo presente en todas las categorías y se corresponde con la descripción aportada por Haigh, que la identifica como una actitud a través de la cual “las oportunidades que ofrece la EIS trascienden el momento óptimo en que se encuentra la toma de decisiones” (Haigh, 2015). La agencia individual fue un elemento determinante de la efectividad identificado por Haigh et al. (2013) en la revisión desarrollada en Australia y Nueva Zelanda, aunque no fue posteriormente introducida en marco conceptual. Desde su punto de vista, como ya hipotetizaba Harris-Roxas y Harris (2013) -que posteriormente fue añadido a su revisión del marco conceptual en Harris, 2014- la esfera individual tiene el potencial de incidir en la efectividad de las EIS, ya que diversos factores operan en ella y en la esfera de la organización, interaccionando entre sí (como la capacidad y experiencia, las y los agentes decisores o el aprendizaje) (Haigh, 2015). En la presente tesis, estos

“protagonismos” individuales fueron claves para la efectividad de las EIS y, sobre todo, se identificaron en las personas participantes como intermediarias para la toma de decisiones que tras la EIS (e incluso, pasado el tiempo) incidieron en su efectividad directa e indirecta.

5.2.4. Los determinantes no coincidentes con respecto a los resultados

En cuanto a los elementos identificados en esta tesis y a los que no se hace referencia en los hallazgos de otros estudios, estos se corresponden con aquellos relativos al contexto de gobernanza por la salud, así como sociopolítico y económico. En cuanto al primero una cuestión identificada en esta tesis fue la escasa cultura de participación por parte de la Administración y de la ciudadanía, la cual supuso un reto para el desarrollo de la participación, así como para la consideración de las recomendaciones poniendo en reconocimiento esta base de evidencia. Con respecto al contexto sociopolítico y económico, es lógico pensar que quedan incluidos bajo epígrafes relativos a un “contexto más amplio”, sin embargo, en esta tesis se explicitaron y englobaron como una dimensión en sí misma, por la importancia que arrojaron sobre la efectividad de la EIS y por su presencia en todas las EIS, a pesar de su naturaleza contingente. No en vano, se trata de factores altamente coyunturales al contexto del Estado español: la crisis económica, con origen y consecuencias de carácter específico en el Estado español que afectaron de manera especial al sector urbanístico; la coyuntura política, en ausencia de una estrategia de SeTP implantada desde el consenso político (McQueen et al., 2012); y la conflictividad socio-institucional, producto de dinámicas políticas muy instauradas en las áreas, caracterizadas por una cultura democrática de corta duración y la desafección política por parte de la población. Los impactos indirectos provenientes del desarrollo de la participación ciudadana, sobre la comunidad y la esfera psicosocial están en relación con este último elemento.

Un elemento ausente en este análisis y referido en las evaluaciones revisadas como un elemento favorable para la efectividad fue la inclusión de evidencia empírica en relación a los efectos en la salud de los proyectos, y en concreto, la cuantificación de los impactos (Davenport et al., 2006) o el uso de la mejor evidencia cuantitativa disponible (así como cualitativa) (Rodhus, 2013), que permita priorizar las recomendaciones, realizar estimaciones, manejar la incertidumbre y evaluar posteriormente los resultados alcanzados en cuanto al rendimiento de las recomendaciones, así como a impactos en la salud. Las EIS de esta tesis no cuantificaron los impactos, si bien en un caso, la utilización de metodología mixta cualitativa-cuantitativa contribuyó a identificar los impactos de manera más precisa, sustentando en mayor profundidad las recomendaciones emitidas.

Por último, en las evaluaciones revisadas, tuvieron una notable presencia los elementos determinantes de la efectividad relacionados con la emisión y difusión de las recomendaciones, en cuanto al valor de la claridad en su formulación y la estrategia seguida en su presentación -así como del informe completo de la EIS- a las personas decisoras y a la comunidad y su practicidad y adecuación conforme a las preocupaciones de las personas decisoras (Dannenberg, 2016). Posiblemente debido a que en las EIS de esta tesis, la fase de seguimiento no obtuvo un desarrollo

completo, ni demasiado peso en la mayor parte de los casos, no se aportaron mayores resultados en este sentido.

5.3. Limitaciones

Las limitaciones que las diferentes fases de la elaboración de esta tesis han tenido se describen a continuación:

En primer lugar, se encontraron dificultades en relación al marco teórico utilizado, referidas a la conceptualización de la efectividad y sus determinantes, así como a la hora de caracterizar los impactos con el fin de poder comparar las EIS entre sí. En relación a las dificultades relacionadas con la conceptualización de la efectividad, partimos de la realidad de que no existe en la literatura un consenso acerca de lo que se entiende por efectividad y existen diferentes maneras de conceptualizarla. Para esta tesis se utilizó el modelo más reciente encontrado en la literatura, que concibe una visión amplia de la efectividad y que conceptualiza el rango de dimensiones y elementos que pueden influir en la EIS y que pueden, a su vez, ser influidos por ella. Este abanico de factores, permitió abordar cuestiones propias al contexto español, las cuales no habían sido analizadas en relación con su papel en la capacidad de la EIS de incidir en el proceso y en el resultado de la toma de decisiones. Con respecto a la adecuación de las categorías y elementos del marco conceptual de Haigh et al (2015) para la evaluación de las EIS de esta tesis, algunas resultaban muy generales (sobre todo las relativas al contexto de la toma de decisiones) y se percibían difíciles de operativizar en el análisis, con lo cual se optó por introducir preguntas de mayor concreción en el guión inicial de entrevista, que se fueron adaptando conforme avanzó la investigación. Hubo categorías que se nombraron de otra manera más comprensible (como "contexto de toma de decisiones" en lugar de parámetros) y elementos que, por las características de la EIS no se incluyeron por no considerarse útiles, como la "eficacia predictiva".

Por su parte, se identificaron en el análisis las dificultades del marco a la hora de captar el grado en que la EIS ha sido efectiva en incorporar la equidad en salud en la toma de decisiones y el papel que ha podido conllevar en la reducción de las desigualdades sociales en salud. En el análisis se trató, en este sentido, de valorar, mediante la inclusión de algunos criterios, la introducción sistemática de la equidad en las EIS y cómo esta presencia incidió en la efectividad, así como el papel que algunos factores determinantes tuvieron en esta cuestión.

En segundo lugar, se dieron limitaciones relativas a la metodología utilizada. Para comenzar, no fue posible para algunas EIS acceder a ciertas fuentes de información claves para el conocimiento profundo de la efectividad directa e indirecta. Existían medidas pertenecientes a los proyectos que, con una alta probabilidad, estaban sujetas a legislaciones o normativas propias de su ámbito o a otras intervenciones, ajenas a los proyectos objeto de las EIS. Por tanto, no resultó posible discernir si la aplicación de ciertas medidas fue atribuible o no a la EIS, como en el caso de las medidas para reducir los efectos perjudiciales de las obras en Alcalá de Guadaíra o las medidas para un diseño

de la escalera o del entorno físico más seguro frente a la prevención de caídas o en Barceloneta. Tampoco se pudo obtener información acerca de la implementación de ciertas recomendaciones o de avances, sobre todo respecto a aquellas de índole social- así como acerca de cuestiones relacionadas con la efectividad indirecta en aquellos casos donde no fue posible contactar con las personas referentes en los Ayuntamientos u otras instituciones implicadas (UBC, Alcalá de Guadaíra, Pasaia). Asimismo, este hecho impidió identificar si la causa de que ciertas recomendaciones no se implementaran residía en el hecho de que no se ejecutaron las intervenciones o fue debido que no se consideraron las recomendaciones. Por otra parte, tampoco pudo conocerse el impacto que tuvieron las EIS sobre los resultados directos en salud, ya que esta evaluación no se planteó ni se llevó a cabo en ningún caso. Para solucionar la carencia de información relativa a la adopción de ciertas recomendaciones de índole urbanística, se recurrió a la metodología de observación no participante, mediante la cual se pudo dar respuesta a una parte de esta necesidad informativa. Por otro lado, y a pesar de sus limitaciones, la metodología cualitativa permitió conocer cuestiones muy relevantes para el conocimiento de la efectividad de las EIS y la profundización en su alcance, que no hubiera sido posible únicamente a través de la revisión documental. Hay que tener en cuenta que tan solo tres de las EIS han sido publicadas, incluyendo las recomendaciones que se llegaron a emitir. Adicionalmente, en el momento de iniciarse la elaboración de la tesis, ninguna de las EIS había sido evaluada con respecto a su efectividad. Por tanto, las entrevistas en profundidad permitieron describir la efectividad directa de las EIS, así como la efectividad indirecta. Con respecto a esta última, ayudó a caracterizar el aprendizaje adquirido y la visión de la herramienta "desde el otro sector". Por otra parte, la aproximación cualitativa permitió identificar aquellos impactos indirectos derivados de la experiencia de la EIS, así como aquellos sobre de otras actuaciones.

En cuanto a las limitaciones asociadas a la revisión documental, se destaca que, a menudo, los documentos o las fuentes utilizadas en ella no están orientados a un fin científico y la información puede ser incompleta y utilizar jergas distintas de una fuente a otra. Adicionalmente, no podemos garantizar la revisión de la totalidad de documentos que pudieran ser relevantes. Estas limitaciones pueden conllevar una carencia informativa. Sin embargo, el conocimiento previo de algunas experiencias de EIS por parte de la persona investigadora ha reducido esta probabilidad.

En cuanto a la metodología cualitativa, las entrevistas en profundidad presentan algunos potenciales sesgos, como el "efecto del investigador" o aquel que la persona investigadora produce en la entrevista o el efecto "características de la demanda", por el cual las respuestas de las personas entrevistadas están influenciadas por lo que perciben que es correcto en dicha situación (Gomm, 2004). Estos efectos trataron de controlarse en el análisis de las entrevistas, prestando atención a la consistencia interna entre lo que las personas entrevistadas decían y sus vacilaciones (Newton, 2010).

Otros posibles sesgos en la investigación estarían relacionados con la falta de triangulación entre personas investigadoras, habiendo analizado únicamente una persona los datos. Además, no se llevó a cabo una devolución de los resultados, con lo cual, éstos carecen de una validación.

Respecto a la metodología observacional utilizada en aquellos casos en los que no fue posible obtener información precisa acerca de la implementación de las recomendaciones de carácter

urbanístico, se trataron de prevenir aquellas dificultades intrínsecas a esta actividad. Teniendo en cuenta que las observaciones no iban dirigidas a sucesos o comportamientos que se pudieran ver condicionados por la presencia de la persona investigadora o por otras circunstancias, las principales limitaciones pudieron estar relacionadas con aquellas interpretaciones sujetas a la subjetividad de la persona investigadora. Para reducir este posible sesgo, se partió al terreno habiendo realizado un estudio previo de las medidas cuya aplicación se iba a constatar y adicionalmente, durante la observación se contó con documentación al respecto y, en uno de los casos, con la presencia de una de las personas del equipo evaluador de la EIS, concedora de las medidas.

Por otra parte, el estudio de casos en que se basa este análisis y la naturaleza de los proyectos, basada en la regeneración urbana, no permite establecer generalizaciones acerca de la efectividad de las futuras EIS que se implementen en el Estado español. Sin embargo, permite ampliar los planteamientos teóricos existentes -a partir de la réplica de los sucesos en los casos (Villareal y Landeta, 2010)- en torno a un marco conceptual que oriente las futuras evaluaciones de la efectividad de la EIS.

5.4. Implicaciones políticas y líneas futuras de investigación

El análisis de la efectividad de las EIS y de aquellos elementos que determinaron la misma revelaron la importancia del contexto sobre la efectividad y, de manera especial y por encima de otras categorizaciones, de la dimensión política del contexto. Algunas recomendaciones dirigidas a esta dimensión con el fin de avanzar en la implementación de la Salud en Todas las Políticas y potenciar una práctica efectiva de la EIS, podrían ser las siguientes:

- Los gobiernos y la administración pública deben contar con una fuerte visión estratégica orientada al logro de los objetivos sociales, económicos, ambientales y también de salud. La salud debe ser entendida como un derecho humano, dependiente de cuestiones sociales y políticas. Por tanto, la salud y la equidad en salud deben constituir objetivos de gobierno que estén al mismo nivel de objetivos de crecimiento económico y ser, a su vez, herramienta para el logro de los mismos.

- La Salud en Todas las Políticas debe impulsarse desde la esfera política y, a su vez, debe suponer una nueva cultura democrática por la salud, liderada por la exigencia del derecho a alcanzar los mayores niveles de salud por parte de todo el rango de actores institucionales, sociales y ciudadanía. Esto implica:

- Avanzar en la institucionalización del modelo social de la salud en todos los niveles de la administración, en su conocimiento y en la sensibilización acerca de la corresponsabilidad con respecto a la salud y las desigualdades sociales en salud

-Impulsar acciones de gobierno cada vez menos sectoriales y más alineadas entre sí, en las que sea preciso el trabajo conjunto entre los sectores de gobierno

-Crear estructuras (o potenciar las existentes) para el trabajo intersectorial (comités, comisiones, grupos de trabajo) y otorgar recursos para el mismo garantizando su sostenibilidad en el tiempo,

-Impulsar el uso, validación y adaptación de herramientas conceptuales y metodológicas que faciliten la acción intersectorial en salud, así como su evaluación y difusión a todas las áreas y niveles de la administración, así como a agentes externos y población.

-Establecer colaboraciones con otras instituciones, organizaciones y sector privado para poner en común conocimiento, intereses, valores y experiencias, y negociar con vistas a avanzar mejorando la salud de la población y reduciendo las desigualdades sociales en salud

-Instaurar vías innovadoras de comunicación con la ciudadanía y participación y trabajar por ampliar la experiencia en este sentido.

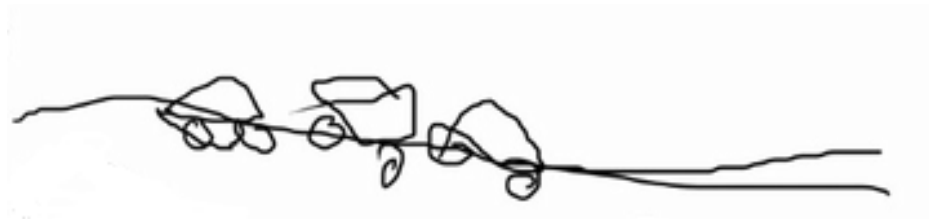
Esta tesis supone un primer paso en el camino hacia la construcción de una base teórica que permita evaluar y guiar la práctica efectiva de la EIS en el Estado español. Así, habiendo concebido la efectividad de manera amplia y una vez realizada una caracterización de los elementos determinantes de esta, el siguiente paso sería conformar un marco conceptual que permita establecer una jerarquía entre ellos y ponerlos en relación. De manera especial, este nuevo marco debe tratar de dar respuesta a algunas cuestiones cuya valoración en base al marco utilizado ha resultado compleja, y que a su vez resulta relevante para el contexto español de la EIS: por un lado, cómo incorporar más y mejor la equidad en la valoración de la efectividad de la EIS; y por otro, qué características deben ser descritas con respecto a la normativización de la EIS para introducirlas en la valoración de la efectividad.

Este marco teórico deberá ser validado científicamente y por personas expertas, en primer lugar, siendo sometido a una revisión por pares y divulgado posteriormente, para ser contestado por la comunidad científica, personas expertas en salud pública y en el ámbito del análisis de las políticas públicas, así como perfiles políticos.

Pero esta validación, sin embargo, no puede prescindir del desarrollo de nuevas EIS y de su evaluación, para la cual utilicen el marco con el fin de testar los elementos determinantes de la efectividad, su categorización, completar los existentes con nuevos o cuestionar el papel de algunos. Por un lado, deberá considerarse el ámbito de su utilidad: si bien el marco conceptual de referencia está validado sobre políticas, planes y proyectos de diferentes sectores, esta primera valoración en el contexto español se ha enfocado en EIS realizadas sobre planes y proyectos locales urbanísticos. Será necesario realizar esta validación sobre otras actuaciones de distinta naturaleza y a distintos niveles de toma de decisiones. Igualmente, sería de interés valorar la aplicabilidad de dicho marco en EIS desarrolladas desde el enfoque de la salud ambiental u otros distintos.

Por otro lado, sería útil conocer el papel de esta primera identificación de elementos, o del futuro marco conceptual derivado de ella, como guía para la implementación efectiva de la EIS en el Estado español. De manera especial, sería interesante, en la línea de otros contextos, orientar mediante la investigación-acción la práctica de la EIS teniendo en cuenta la dimensión política en la que idealmente debe integrarse para poder llegar a ser efectiva en todo su potencial. Asimismo, esta primera propuesta de determinantes podría ser adaptada y testada para evaluar la implementación de otras herramientas de SeTP implementadas en nuestro ámbito.

Por último, sería interesante que estos elementos determinantes fueran testados en otros contextos, a pesar de que los elementos contextuales sean divergentes. La discusión del papel de ciertos elementos o de la categorización de las dimensiones puede ayudar a avanzar en el conocimiento de la evaluación de la efectividad, basada en los principios y valores que subyacen a la EIS como herramienta para mejorar la salud poblacional y reducir las desigualdades sociales en salud en diversos contextos.



BIBLIOGRAFÍA

Aguilar-Villanueva, LF. (2014). Las dimensiones y los niveles de la gobernanza, 1, 11–36.

Aldasoro, E., Bacigalupe, A., Calderon, C., Esnaola, S., Sanz, E., Morteruel, M. (2016). Diseño y Validación de una herramienta de cribado para la Evaluación de Impacto en Salud de las políticas autonómicas. Informe Osteba D-16-0. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco

Angrosino, M. (2012). Etnografía y observación participantes en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata

Arbaci, S., Tapada-Berteli, T. (2012) Social inequality and urban regeneration in Barcelona city centre: reconsidering success. *European Urban and Regional Studies*, 19(3), 287-311

Ardila, F. (2003). La reforma de la administración pública: entre los paradigmas externos y las realidades nacionales. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá

Baum, F., Lawless, A., Delany, T., Macdougall, C., Williams, C., Broderick, D., Wildgoose, D., Harris, E., McDermott, D., Kickbusch, I., Popay, J., Marmot, M. (2014). Evaluation of Health in All Policies: Concept, theory and application. *Health Promotion International*, 29, 130–142. doi:10.1093/heapro/dau032

Bettencourt, LMA. (2013). The Origins of Scaling in Cities. *Science*, 340, 1438 doi:10.1126/science.1235823

Bhatia, R., Farhang, L., Gaydos, M., Gilhuly, K., Harris-Roxas, B., Heller, J., Lee, M., McLaughlin, J., Orenstein, M., Seto, E., St Pierre, L., Tamburrini, AL., Wernham, A., Wier, M. (2009). Practice Standards for Health Impact Assessment, Version 1. Oakland, CA: North American HIA Practice Standards Working Group. Recuperado de: http://www.habitatcorp.com/whats_new/HIA_Practice_Standards_040709_V1.pdf.

Blau, J., Ernst, K., Wismar, M., Baro, F., Blenkus, MG., von Bremen, K., Fehr, R., Gulis, G., Kauppinen, T., Mekel, O., Nelimarkka, K., Perttilä, K., Scagnetti, N., Sprenger, M., Stegeman I., Welteke, R. (2007). The use of HIA across Europe. En: Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J, editors. The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. (pp. 37-55). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Borrell, C., Díez, E., Morrison, J., Camprubí, L. (2012). Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities

Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J., Díez, E. (2013). Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(5), 389–391. doi: [10.1136/jech-2012-202014](https://doi.org/10.1136/jech-2012-202014)

Bourcier, E., Charbonneau, D., Cahill, C., Dannenberg, AL. (2015). An evaluation of health impact assessments in the United States, 2011–2014. *Preventive Chronic Disease* 12: E23.

Brewer, GD., De Leon, P. (1983). *The foundations of policy analysis*. Home-wood: Dorsey Press, 318–327. doi: 10.1093/heapol/czn022

Cebrian, E. (2013). *Cara y cruz de la democracia representativa*. eldiario.es. Recuperado de: www.eldiario.es

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). *Gaceta Sanitaria*, 26 (2). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid. Recuperado de: <http://web.ua.es/es/iudesp/documentos/publicaciones/comision-para-reducir-lhttps-vuala-ua-es-index-php-as-desigualdades-en-salud-en-espana-2010.pdf>

Commission on Global Governance (1995). *Our global neighbourhood*. Oxford, Oxford University Press

Consejo Ministros Unión Europea. (2007). *Carta de Leipzig sobre Ciudades Europeas Sostenibles*. Encuentro informal de ministros responsables de la ordenación del territorio y desarrollo urbano. Leipzig

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies

Dannenberg, AL. (2016). Effectiveness of Health Impact Assessments: A Synthesis of Data from Five Impact Evaluation Reports. *Preventing Chronic Disease*, 13, 150559. doi: 10.5888/pcd13.150559

- Dannenbergh, AL., Bhatia, R., Cole, BL., Heaton, SK., Feldman, JD., Rutt, CD. (2008). Use of Health Impact Assessment in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(3), 241–256. doi: 10.1016/j.amepre.2007.11.015
- Daponte-Codina, A., Bolívar-Muñoz, J., García-Calvente, MM. (2009). *Las desigualdades sociales en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública
- Davenport, C., Mathers, J., Parry, J. (2006). Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(3):196–201
- Davidson, S. (1998) Spinning the wheel of empowerment. *Planning*, 1262, 14–15
- De Leeuw, E., Breton, E. (2013). Policy change theories in health promotion research: a review. In *Health Promotion and the Policy Process*, 23–42. Oxford: Oxford University Press
- De Leeuw, E. (2016). We Need Action on Social Determinants of Health – but Do We Want It, too? Comment on “Understanding the Role of Public Administration in Implementing Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities”. *International Journal of Health Policy Management*, 5(6), 379–382. doi:10.15171/ijhpm.2016.25
- Declaración de Roma sobre la Salud en Todas las Políticas (2007). Conferencia de la Unión Europea “La Salud en Todas las Políticas: Logros y Retos”. Roma
- Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm 243, del 15 de diciembre de 2014
- Díaz-Orueta, F. (2009). El impacto de los megaproyectos en las ciudades españolas. Hacia una agenda de investigación. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 24(1), 193–218
- Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 25(1), 173–92.
- Egan, M., Kearns, A., Mason, P., Tannahill, C., Bond, L., Coyle, J., and GoWell Team. (2010). Protocol for a mixed methods study investigating the impact of investment in housing, regeneration and neighbourhood renewal on the health and wellbeing of residents: the GoWell programme. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 41. doi:10.1186/1471-2288-10-41
- Eguiraun, J. (2007). Uretamendi-Betolaza: del suburbio a la ciudad. En Alonso, O (coord.). *Bilbao y sus barrios: una mirada desde la historia*. (pp 279-321). Bilbao: Bidebarrieta Kulturgunea
- Elliott, E., Francis, S. (2005). Making effective links to decision-making: key challenges for health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 25, 747–57.
- Elliott, E., Harrop, E., Williams, GH. (2010) Contesting the science: public health knowledge and action in controversial land-use developments. In: Bennett P, Calman K, Curtis S, Fischbacher-Smith D, editors. *Risk communication and public health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press
- Embrett, MG., Randall, GE. (2014). Social determinants of health and health equity policy research: exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory. *Social Science and Medicine*, 108:147–155.

Esnaola, S., Bacigalupe, A., Calderón, C., Zuazagoitia, J., Aldasoro, E. (2008). Evaluación del impacto en la salud del Plan de Reforma Integral de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo

Exworthy, M. (2008). Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning*, 23

Fakhri, A., Maleki, M., Gohari, M., Harris, P. (2014). Investigating underlying principles to guide health impact assessment. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(1), 17–22. doi: 10.15171/ijhpm.2014.50

Feenstra, R. (2013). Una reflexión sobre la Democracia Monitorizada: potencialidades y límite. *Foro Interno*, 13, 139-160

García-Leyton, LA. (2004). Aplicación del análisis multicriterio en la evaluación de impactos ambientales. Tesis Doctoral. Universidad Politécnica de Catalunya. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/6830>.

Gil, A., Santaolaya, M., Cesteros, Campos, P., Merino, B. (2014). Desarrollo de una herramienta de cribado para la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) de políticas nacionales. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Glasbergen, P. (1999). Learning to manage the environment. In: Lafferty W, Meadowcroft J, editors. *Democracy and the environment: problems and prospects*. p. 175–93. Cheltenham: Edward Elgar

Global Health Europe (2017). *Health Governance and Governance for Health*. Recuperado de: <http://www.globalhealtheurope.org>

Gómez, F. (2016). La experiencia de Vitoria-Gasteiz. Avanzando hacia los nuevos modelos de promoción de la salud. Presentado en: I Jornada de Salud en Todas las Políticas. Su desarrollo en el ámbito local. 4 de octubre de 2016. Santiago de Compostela

Gómez, B., Trujillo, M. (2016). Urnas vacías en los suburbios de las ciudades. Observatorio Social de "la Caixa". Recuperado de: www.observatoriosociallacaixa.org

Gomm, R. (2004). *Social Research Methodology. A critical introduction*. Hampshire, England: Palgrave Macmillan

González, M. (2012). La planificación estratégica de "nueva generación": ¿Cómo evaluar su impacto como instrumento de gobernanza territorial? *Geopolítica(s)*, 3(2), 271-291. doi: 10.5209/rev_GEOP.2012.v3.n2.40400

Gutiérrez, A. (2014). Incidencia de la participación en las políticas de regeneración urbana en Cataluña: actores, ciudadanía y desigual poder local. XIII Coloquio Internacional de Geocrítica. El control del espacio y los espacios de control Barcelona, 5-10 de mayo de 2014

Haight, F., Baum, F., Dannenberg, A. L., Harris, M.F., Harris-roxas, B., Keleher, H., Kemp, L., Morgan, R., Chok, HNG., Spickett, J., Harris, E. (2013). The Effectiveness of Health Impact Assessment in New Zealand and Australia 2005-2009. *BMC Public Health*, 13:1188. doi: 10.1186/1471-2458-13-1188

- Haigh, F., Harris, E., Harris-Roxas, B., Baum, F., Dannenberg, A. L., Harris, M., Keleher, H., Kemp, L., Morgan, R., Chok, H., Spickett, J. (2015). What makes health impact assessments successful? Factors contributing to effectiveness in Australia and New Zealand. *BMC Public Health*, 15(1), 1009. doi: 10.1186/s12889-015-2319-8
- Harris, P., Sainsbury, P., Kemp, L. (2014). The fit between health impact assessment and public policy: Practice meets theory. *Social Science and Medicine*, 108, 46–53. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.02.033
- Harris-Roxas, B. (2014). *The Impact and Effectiveness of Equity Focused Health Impact Assessment in Health Service Planning*. Sydney: University of New South Wales.
- Harris-Roxas, B., Haigh, F., Travaglia, J., Kemp, L. (2014). Evaluating the impact of equity focused health impact assessment on health service planning: three case studies. *BMC Health Services Research*, 14(1), 371. doi:10.1186/1472-6963-14-371
- Harris-Roxas, B., Harris, E. (2013). The impact and effectiveness of health impact assessment: A conceptual framework. *Environmental Impact Assessment Review*, 42, 51–59. doi: 10.1016/j.eiar.2012.09.003
- Harvey, D. (1989). From managerialism to entrepreneurialism: The transformation in urban governance in late capitalism. *Geografiska Annaler. Series B, Human Geography*, 71(1), 3-17. doi: 10.2307/490503.
- Hebert, KA., Wendel, AM., Kennedy, SK., Dannenberg, AL. (2012). Health impact assessment: A comparison of 45 local, national, and international guidelines. *Environmental Impact Assessment Review*, 34, 74- 82.
- Iglesias, M., Martí-Costa M., Subirats J., Tomàs M. (2011). La gran transformación urbana en España. Balance y conclusiones de las interrelaciones entre gobiernos locales y políticas urbanas en la democracia española. En: Iglesias, M., Martí-Costa, M., Subirats, J., Tomàs M. (eds.). *Políticas urbanas en España. Grandes ciudades, actores y gobiernos locales*. Icaria: Barcelona
- International Association for Impact Assessment. (1999). *Principles of Environmental Impact Assessment Best Practice*. Fargo: IAIA
- Keane, J. (2003). *Global civil society?* Cambridge, Cambridge University Press
- Keane, J. (2009). *The life and death of democracy*. New York, Simon and Schuster
- Kemm, J. (2001). Health impact assessment: a tool for Health Public Policy. *Health Promotion International*, 16(1), 79–85. doi:10.1136/oem.2004.014969
- Kickbusch, I., Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Kickbusch, I., Gleicher, D. (2014). *Smart governance for health and well-being: the evidence*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Krieger, GR., Utzinger, J., Winkler, MS., Divall, MJ., Phillips, SD., Balge, MZ., Singer, BH. (2010). Barbarians at the gate: storming the Gothenburg consensus. *Lancet*, 375(9732), 2129–31

- Lalonde, M. (1994). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada. Recuperado de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lawless, A., Lane, A., Lewis, F., Baum, F., Harris, P. (2017). Social determinants of health and local government: understanding and uptake of ideas in two Australian states. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 41(2), 204–209. doi: 10.1111/1753-6405.12584
- Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. BOE núm. 35, de 10 de febrero de 2015
- Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears. BOE núm. 30, de 04 de febrero de 2011
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. BOE núm. 17, de 20 de enero de 2012
- Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública de Cataluña. BOE núm. 276, de 16 de noviembre de 2009
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011
- Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón. BOE núm. 186, de 1 de agosto de 2014
- Lindstrom, B., Eriksson, M. (2009). The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion* 16 (1), 17-28. doi: 10.1177/1757975908100747
- Lock, K. (2000). Health impact assessment. *British Medical Journal*, 320, 1395-1398
- López-Aranguren, E. (2001). El análisis de contenido tradicional. En García-Ferrando, M., Ibáñez, J., Alvira, F. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (3ª ed.) Madrid: Alianza
- Mackenbach, JP. (2014). Political determinants of health. *European Journal of Public Health*, 24 (1), 2
- Mackenbach, JP., McKee, M. (2015). Government, politics and health policy: A quantitative analysis of 30 European countries. *Health Policy*, 119(10):1298-308. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.017.
- Mannheimer, LN., Gulis, G., Lehto, J., Östlin, P. (2007). Introducing Health Impact Assessment: An analysis of political and administrative intersectoral working methods. *European Journal of Public Health*, 17(5), 526–531. doi:10.1093/eurpub/ckl267
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: University College London
- Martí-Costa, M., Blanco I., Parés M., Subirats J. (2016). Regeneración urbana y gobernanza. ¿Cómo evaluar la participación en una red de gobernanza? Tres perspectivas teóricas y un estudio de caso. En: *Participación, políticas públicas y territorio: aportes a la construcción de una perspectiva integral*. (pp.27-52). Buenos Aires: Ediciones UNGS.

Martí-Costa, M., Pybus, M. (2013). La participación en el urbanismo: los planes de ordenación urbanística municipal en Cataluña. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 10.

Martí-Costa, M., Tomàs, M. (2016). *Ciudad y territorio*, 48 (188), 187-200

Mathias, KR., Harris-Roxas, B. (2009). Process and impact evaluation of the Greater Christchurch Urban Development Strategy Health Impact Assessment. *BMC Public Health*, 9(1), 97. doi: 10.1186/1471-2458-9-97

Mehdipanah, R., Malmusi, D., Muntaner, C., Borrell, C. (2013). An evaluation of an urban renewal program and its effects on neighborhood resident's overall wellbeing using concept mapping. *Health & Place*, 23, 9–17. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.04.009

Mehdipanah, R., Manzano, A., Borrell, C., Malmusi, D., Rodriguez-Sanz, M. Greenhalgh, J., Muntaner, C., Pawson, R. (2015). Exploring complex causal pathways between urban renewal, health and health inequality using a theory-driven realist approach. *Social Science and Medicine* 124, 266-274

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud*. Madrid

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Madrid.

Miró-Bonet, M., Gastaldo, D., Gallego-Caminero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956- 1976). *Enfermería Clínica*, 18(1), 26-34.

Montero, J. R., Gunther, R., Torcal, M. (1997). Democracy in Spain: Legitimacy, discontent, and disaffection. *Studies in Comparative International Development*, 32(3), 124–160. doi: 10.1007/BF02687334

Morrison, J., Pons-Vigués, M., Díez, E., Pasarín, M. I., Salas-Nicás, S., Borrell, C. (2015). Perceptions and beliefs of public policymakers in a Southern European city. *International Journal for Equity in Health*, 14, 18. doi: 10.1186/s12939-015-0143-5

Newton, N. (2010). *The use of semi-structured interviews in qualitative research: strengths and weaknesses*. The University of Bristol, 2010. Recuperado de: http://www.academia.edu/1561689/The_use_of_semi-structured_interviews_in_qualitative_research_strengths_and_weaknesses.

NHS London Healthy Urban Development Unit (2013). *HUDU Planning for Health Rapid Health Impact Assessment Tool*. Londres. Recuperado de: <http://www.healthyurbandevlopment.nhs.uk>

Nour, K., Dutilly-Simard, S., Brousselle, A., Smits, P., Buregeya, J.-M., Loslier, J., Denis, J.-L. (2016). Evaluation of the effects of health impact assessment practice at the local level in Monteregie. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 7. doi:10.1186/s12961-016-0076-5

OECD (2012). *Public governance*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. Recuperado de: <http://www.oecd.org/governance/>

- O'Mullane, M., Quinlivan, A. (2012). Health impact assessment (HIA) in Ireland and the role of local government. *EIA Review* 32 (1): 181–186
- Organización Mundial de la Salud (1978). Atención primaria de salud Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma-Ata
- Organización Mundial de la Salud (1988). Recomendaciones de Adelaida para políticas públicas para la salud. Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Adelaida
- Organización Mundial de la Salud (1999). Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. Brussels: Regional Office for Europe.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas. Adelaida
- Organización Mundial de la Salud, 2008. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria en una generación actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ottawa.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. 8ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Helsinki.
- Palomino, PA., Grande, ML., Linares, M., Abad, ML. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra_1), 45–70. doi: 10.3989/ris.2013.02.16
- Pan American Health Organization (2013). Health Impact Assessment: Concepts and Guidelines for the Americas. Washington, DC: PAHO
- Parry, JM., Kemm, JR. (2005). Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. *Public Health*, 119(12), 1122–1129. doi: 10.1016/j.puhe.2005.05.002
- Parry, JM., Kemm, JR. (2005). Evaluation of Health Impact Assessment Workshop. Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. *Public Health*, 119(12), 1122–9. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16329170>
- Pollack, KM, Wernham A, Rogerson B, Maleque CS, Tung G, Dannenberg A, et al. (2011). Exploring how HIA has impacted policies, programs and the decision-making process in the US. 11th International. HIA Conference. Granada
- Quigley, RJ, Taylor, C. (2004). Evaluating health impact assessment. *Public Health*, 118, 544–552. doi: 10.1016/j.puhe.2003.10.012
- Rantala, R., Bortz, M., Armada, F. (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promotion International*, 29 (suppl 1), i92–i102. doi: 10.1093/heapro/dau047
- Restrepo, HE., Málaga, H. (2001). Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana. Recuperado de:

https://books.google.es/books/about/Promocion_de_la_salud.html?id=g4gU_P7vAEMC&redir_esc=y

Rhodus, J., Fulk, F., Autrey, B., O'Shea, S., Roth, A. (2013). A review of health impact assessments in the U.S.: current state-of-science, best practices, and areas for improvement. Cincinnati: US Environmental Protection Agency, Office of Research and Development

Rueda, JR (2005). Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias. Investigación Comisionada. Informe nº Osteba D-05-04. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Rydin, Y., Bleahu, A., Davies, M., Dávila, J. D., Friel, S., De Grandis, G. Groce, N., Hallal, PC., Hamilton, I., Howden-Chapman, P., Lai, K., Lim, CJ., Martins, J., Osrin, D., Ridley, I., Scott, I., Taylor, M., Wilkinson, P., Wilson, J. (2012). Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *The Lancet*, 379(9831), 2079–2108. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60435-8

Scott-Samuel, A., Birley, M., Ardern, K., (2001). *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Second Edition.* Liverpool: International Health Impact Assessment Consortium.

Serrano, E., Larrañaga, I., Morteruel, M., Baixas de Ros, MD., Basterrechea, M., Martinez, D., Aldasoro, E., Bacigalupe, A. (2016). Urban regeneration as population health intervention: a health impact assessment in the Bay of Pasaia (Spain). *International Journal for Equity in Health*, 15, 45. doi: 10.1186/s12939-016-0424-7

Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L., O' Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57(1), 25–33. doi: 10.1007/s00038-011-0302-4

Solar, O., Valentine, N., Rice, M., Albrecht, D. (2009). *Moving Forward to Equity in Health: What Kind of Intersectoral Action is Needed? An Approach to an Intersectoral Typology.* 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi

Spickett, J., Katscherian, D., Brown, H., Rumchev K. (2015). Health Impact Assessment: Improving Its Effectiveness in the Enhancement of Health and Well-Being *International Journal of Environmental Research and Public Health* 12, 3847-3852; doi:10.3390/ijerph120403847

Subirats, J. (2011). ¿Qué democracia tenemos? ¿Qué democracia queremos? *Historia Actual Online*, 26, 115–132

Subirats, J. (2015). Estrategias de las Entidades Locales ante el cambio social y las preocupaciones ciudadanas. *El nuevo papel de los Gobiernos Locales. Temario del Curso de Los Retos Del Municipalismo ante El Estado Cooperativo. Plan Estratégico FEMP Siglo XXI.* Madrid.

Subirats, J., Parés, M., Blanco, I. (2009). Calidad democrática y redes de gobernanza: evaluar la participación desde el Análisis de Políticas Públicas. En Parés, M. (coord.) *Participación y calidad democrática. Evaluando las nuevas formas de democracia participativa.* (Pp. 367-398) Barcelona: Ariel.

Tearle, I. (2003). Health and wellbeing screening checklist. A guide to using health impact assessment in your organisation. Exeter: Devon Health Forum. Recuperado de: <http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44897>

Thomson, H. (2008). A dose of realism for healthy urban policy: lessons from area-based initiatives in the UK. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(10), 932–936. doi: 10.1136/jech.2007.068775

Thomson, H., Atkinson, R., Petticrew, M., Kearns, A. (2006). Do urban regeneration programs improve public health and reduce health inequalities? A synthesis of the evidence from UK policy and practice (1980–2004). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:108–115

Torcal, M. (2003), "Political Disaffection and Democratization: History in New Democracies", Notre Dame, Kellogg Institute (Working Papers Series, N° 308)

Torgersen, TP., Giæver, Ø., Stigen, OT. (2007). Developing an intersectoral national strategy to reduce social inequalities in health. The Norwegian Case. Oslo: The Norwegian Directorate of Health and Social Affairs. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_national_strategy_nor.pdf

Udalsarea 21. (2014). Cuaderno salud y desarrollo urbano sostenible. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo. Bilbao: IHOBE Sociedad Pública de Gestión Ambiental.

UN-Habitat. (2010). State of the world's cities 2010/2011-cities for all: bridging the urban divide. Ginebra: United Nations Human Settlements Programme /UN-HABITAT

Vásquez-Cárdenas, V. (2014). Gobernanza y metagobernanza en políticas públicas de regeneración urbana: el caso de la ciudad de Medellín. Departamento de Ciencia Política y Derecho Público. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/285771/avvc1de1.pdf?sequence=1>

Vázquez, ML., Siqueira, E., Kruze, I., Silva, A. Da, Leite, IC. (2002). *Gaceta sanitaria*, 16 (1). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005

Vela-Ríos, J., Rodríguez-Rasero, FJ., Moya-Ruano, LA., Candau-Bejarano, A., Ruiz-Fernández, J. (2016). Institucionalización de la evaluación del impacto en la salud en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 81–84. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.08.009

Venegas-Sánchez, J., Rivadeneyra-Sicilia, A., Bolívar-Muñoz, J., López-Fernández, L. A., Martín-Olmedo, P., Fernández-Ajuria, A., Daponte-Codina, Ruiz-Fernández, J., Artundo-Purroy, C. (2013). Evaluación del impacto en la salud del proyecto de reurbanización de la calle San Fernando en Alcalá de Guadaíra (Sevilla). *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 233–240. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.08.002

Villareal, O., Landeta, J. (2010). El estudio de casos como metodología de investigación científica en economía de la empresa y dirección estratégica. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, 16 (3), 31-52

Ward, M. (2006). Health Impact Assessment in New Zealand: Experience at a Policy Level. Public Health Advisory Committee: Wellington

WHO Commission on Social Determinants of Health (2008). CSDH final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization WHO: Ginebra

Wismar, M., Blau, J., Ernst, K., Figueras, J. (2007). The Effectiveness of Health Impact Assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe. Copenhagen: Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf

Worcestershire County Council. Public Health (2016). Health Impact Assessment in Planning Toolkit. Worcestershire County: Worcestershire County Council. Recuperado de: www.worcestershire.gov.uk

World Bank (2011). What is our approach to governance? [web site]. Washington, DC, World Bank. (<http://go.worldbank.org/MKOG258V0>, accessed 30 May 2012).

World Health Organization. (1999). Health Impact Assessment - main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper. Brussels: European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. Recuperado de: www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44163

World Health Organization. (2011). Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Baku. Recuperado de: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>

ANEXOS

Anexo 1. Perfiles de personas entrevistadas

Tabla Anexo 1. Relación de personas entrevistadas, según institución, sexo, sector y perfil

Institución	Sexo	Sector/Perfil
Dpto. de Salud Gobierno Vasco	Mujer	Salud/Técnico
Dpto. de Salud Gobierno Vasco	Mujer	Salud/Político
Dpto. de Salud Gobierno Vasco	Mujer	Salud/Técnico
Dpto. de Medio Ambiente y Política Territorial Gobierno Vasco	Mujer	Medio Ambiente/ Técnico
Dpto. de Políticas Sociales y Salud Pública Ayuntamiento de Vitoria	Hombre	Salud/Técnico
Dpto. de Medio Ambiente y Espacio Público Ayuntamiento de Vitoria	Hombre	Medio Ambiente/ Técnico
Escuela Andaluza de Salud Pública	Hombre	Salud/Técnico
Escuela Andaluza de Salud Pública	Mujer	Salud/Técnico
Plan URBAN Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra	Hombre	Urbanismo/Político
Consejería de Salud Junta de Andalucía	Hombre	Salud/Técnico
Consejería de Salud Junta de Andalucía	Hombre	Salud/Técnico
Agència de Salut Pública de Barcelona	Mujer	Salud/Técnico
Foment de Ciutat Vella	Mujer	Urbanismo/Técnico
Foment de Ciutat Vella	Mujer	Participación/Técnico

Anexo 2. Guión semiestructurado de entrevista

I. CONTEXTO

1.a. Los siguientes aspectos de la toma de decisiones, ¿se describieron y fueron considerados en la EIS?:

- la gobernanza general
- el contexto sociopolítico
- acontecimientos históricos o recientes relevantes

1.b. Para cada aspecto, responder:

ASPECTOS	¿Cómo resultó para la efectividad de la EIS?				¿Por qué?
	Muy favorable	Favorable	Poco favorable	Nada favorable	
El contexto de gobernanza					
El contexto socio-político					
Acontecimientos históricos o recientes					

2. Los valores de la EIS,

¿Cuáles eran? ¿Se hicieron explícitos?

¿Determinaron el desarrollo de la EIS? ¿De qué manera?

3. ¿El propósito y objetivos de la EIS,

¿Cuál/es eran? ¿Se hicieron explícitos?

¿Se cumplieron? Si no se cumplieron o sólo se cumplieron parcialmente, ¿cuál o cuáles fueron las razones?

4.a. ¿La EIS respondía a un requerimiento legal u otro tipo de mandato/ una línea estratégica de gobierno o de sector, o fue desarrollada de manera voluntaria?

4.b. Si se desarrolló de manera voluntaria, ¿cómo se introdujo/cuál fue la ventana de oportunidad?

5. ¿En qué momento del proceso de planificación tuvo lugar la EIS?

¿Existía una propuesta de intervención mínimamente definida?

¿Existía en inicio la posibilidad de incidir en la toma de decisiones? ¿Cómo?

II. PROCESO

5. ¿Existía una descripción clara de la intervención objeto de la EIS?

6. ¿En el equipo EIS

... había personas expertas en cuestiones relacionadas con los determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud?

... había personas conocedoras de la herramienta o con experiencia en su desarrollo?

...había personas expertas en el área de la propuesta?

... había personas con capacidad de influir de alguna manera en la implementación de las recomendaciones?

Si la anterior es afirmativa, ¿de qué manera influyeron en la implementación de las recomendaciones?

7. ¿Se contó con los recursos adecuados para el desarrollo de la EIS? (tiempo, recursos humanos y técnicos, etc.)

Si la anterior es negativa, ¿qué repercusiones tuvo esta carencia? ¿se puso en marcha alguna alternativa?

9.a. ¿Existió un acuerdo/compromiso entre las personas/instituciones impulsoras de la EIS y las responsables de la intervención sobre el desarrollo de la herramienta? ¿Cómo se materializó?

9.b.¿Crees que afectó a la efectividad del proceso y de los impactos la presencia o ausencia de este marco de acuerdo? ¿Por qué?

10.¿Las fases de la EIS se desarrollaron siguiendo la estructura de las guías metodológicas?

Si la anterior es afirmativa, ¿crees que aumentó la efectividad del proceso y de los impactos?

¿Por qué?

11.¿En algún momento se echó mano de la flexibilidad de la herramienta?

Si la anterior es afirmativa, ¿crees que aumentó la efectividad del proceso y de los impactos?

¿Por qué?

12.El proceso basado en la evidencia que es la EIS, ¿crees que aumentó la efectividad del proceso y de los impactos? ¿Por qué?

13. ¿La EIS fortaleció la relación con otros sectores?

Si es afirmativa, ¿de qué manera lo hizo?

Si es negativa, ¿por qué?

14. El establecimiento del trabajo intersectorial, ¿incidió para la efectividad del proceso y de los impactos de la EIS?

Si la anterior es afirmativa, ¿de qué manera lo hizo?

15. La EIS contó con la participación de la comunidad?

Si es negativa, ¿por qué?

Si es afirmativa... ¿qué grupos participaron y de qué manera? ¿incidió la participación de la comunidad en la efectividad del proceso y de los impactos de la EIS? ¿De qué manera?

16. La EIS mejoró la transparencia de la toma de decisiones?

Si la anterior es afirmativa, ¿de qué manera lo hizo?

III. IMPACTOS

17. ¿La EIS informó la toma de decisiones?

Si la anterior es afirmativa o la toma de decisiones se informó parcialmente, ¿de qué manera lo hizo?

Si es negativa, ¿por qué?

18. ¿Se introdujeron cambios en el diseño de la intervención o en algún aspecto de su implementación atribuibles a la EIS?

Si es afirmativa, ¿de qué manera?

Si es negativa, ¿por qué?

19. ¿Se puede decir que se produjeron cambios en los determinantes sociales de la salud atribuibles a la EIS?

Si es afirmativa, ¿de qué manera?

Si es negativa, ¿por qué?

20. ¿Se alcanzaron los objetivos de la EIS?

Si es afirmativa, ¿Cuáles y de qué manera?

Si es negativa, ¿por qué no se alcanzaron?

21.a. ¿La EIS permitió entender cuestiones acerca del modo de trabajar, prioridades, presiones y preocupaciones de los otros sectores?

21.b. ¿La EIS permitió entender cuestiones acerca del proceso de planificación?

Si las anteriores son afirmativas, ¿cuáles?

22. ¿La EIS permitió generar conocimiento ente las personas implicadas en el proceso acerca de cuestiones relacionadas con el modelo social de la salud, impactos en la salud y la equidad en salud?

Si la anterior es afirmativa, ¿de qué manera?

Si la anterior es negativa, ¿por qué?

23. ¿La EIS permitió generar conocimiento técnico (acerca de la herramienta, metodología, etc)?

Si la anterior es afirmativa, ¿de qué manera?

Si la anterior es negativa, ¿por qué?

24. ¿La EIS/ALS permitió adquirir conocimiento acerca del trabajo y acción intersectorial?

Si es afirmativa, ¿cuál y de qué manera?

Si es negativa, ¿por qué?

25. ¿La EIS permitió incidir de alguna manera sobre otras intervenciones o aspectos relacionados con la toma de decisiones, el trabajo intersectorial, etc?

Si es afirmativa, ¿sobre qué y de qué manera?

26. ¿La EIS estableció un compromiso por parte de otros sectores/ instituciones/comunidad participantes que de otra manera no se hubiera producido?

I. ASPECTOS TRANSVERSALES

27. ¿El desarrollo de la EIS hizo que se adoptara una percepción distinta a la inicial con respecto a la herramienta?

Si es afirmativa, ¿de qué manera?

28. El tiempo con el que se contó para la EIS influyó en su efectividad? ¿De qué manera?

29. El momento en que se desarrolló la EIS influyó en su efectividad? ¿De qué manera?

30. La efectividad de la EIS requirió de un posicionamiento proactivo por parte de las personas impulsoras?

