

Ayer y hoy de la Evaluación del Impacto en la Salud

Autores: Elvira Domínguez Ares^{1, 2 y 3} y Carlos Iglesias Merchán^{1, 2 y 4}.

- (1) Asociación Técnica de Ecología del Paisaje y Seguimiento Ambiental (ECOPÁS)
- (2) Universidad Politécnica de Madrid (UPM)
- (3) Geambiental S.L.
- (4) Environmental Studies Consultants (ESC)

Palabras Clave: EIS, Impacto ambiental, Salud, Salud pública, Salud en todas las Políticas.

1. Resumen

La Evaluación del Impacto en la Salud (EIS) nace en la década de los 90, como una herramienta concebida para analizar los previsible efectos que las distintas actuaciones de una sociedad pueden ejercer sobre la salud de la población. Su posterior incorporación al ordenamiento jurídico español, al final de la década del 2000, contempla que la EIS se aplique tanto a nivel de políticas, como de planes, programas y proyectos. Pero, además, se considera un instrumento positivo para informar a los agentes con poder de decisión sobre las opciones de manejar estos impactos con el objetivo de maximizar los positivos y minimizar los negativos.

A principios de siglo la EIS destacó por su proyección de futuro y sus potencialidades y, pese al optimismo inicialmente suscitado, su desarrollo parece haberse ralentizado en la mayor parte del Estado. Aunque objetivos, procedimientos y métodos han sido definidos y materializados en diversas publicaciones y guías, el desarrollo de los mismos no ha tenido el mismo éxito, bien porque el proceso no ha sido regulado y estandarizado en todos los ámbitos o bien porque, la EIS en sí, no ha llegado a su mayoría de edad. Los proyectos presentes han sido escasos o con conclusiones poco relevantes y en la práctica, pocas son las experiencias que tenemos en España de EIS.

La presente comunicación presenta un análisis del ayer y hoy de la Evaluación del Impacto en la Salud en España, con el objeto de razonar sobre la salud como un derecho fundamental, como un proceso de cambio y como un concepto multidimensional.

2. Génesis: una breve reseña histórica de la salud

La evolución de la Salud ha ido en sintonía con el avance de la humanidad. Al pensamiento mágico-religioso de sociedades más primitivas, se incorporó el concepto de higiene en la Edad Antigua (3500 aC – s. V) (Perea Quesada, 2001). Tratados como las Leyes Mosaicas, la Higiene de Galeno o el empleo del urbanismo como herramienta de salud pública, son obras y conocimientos, con algunos preceptos que incluso hoy en día siguen vigentes.

En esta época destacan como pioneros en el marco de nuevas perspectivas de salud figuras como Hipócrates, que estableció que cada enfermedad tiene su causa natural, y

que sin esa causa nada puede tener lugar, alejando así el enfoque mágico de la salud (Parafita, 2018), o civilizaciones como la indostánica o las sociedades prehispánicas, que consideraban un enfoque más integral sobre la vida ser humano-entorno, ampliando la causa de enfermedades, no solo a las acciones divinas, sino también a variables como la climatología, la alimentación, la higiene o el modo de vida.

En la Edad Media de occidente (s.V – s.XV) los conocimientos religiosos vuelven a desplazar a los científicos, mientras que en el mundo árabe la medicina rescata principios más amplios del término salud y la define como resultado del equilibrio de 6 principios: aire puro, moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales. A finales de este período se produce una de grave crisis en Europa, se debilita el sistema feudal, la peste negra se expande, se abandona el medio rural y se avanza en el pensamiento moderno. La interacción entre distintas acciones antropogénicas y sus consecuencias, incluida la salud humana, quedó ilustrada y sintetizada por los hermanos Lorenzetti en su famosa Alegoría del Buen y del Mal Gobierno.

Durante la Edad Moderna (s. XV – s. XVIII) pierde influencia el papel de las creencias y los dogmas religiosos para explicar las causas de las enfermedades, en base al impulso de las ciencias naturales y a la estadística. Como se evidencia en investigaciones de la época sobre la influencia de distintos factores ambientales en la epidemia de fiebre amarilla de finales del Siglo XVIII en Filadelfia (Gómez-Dantés, 2015). Se crea el pensamiento “biologicista”. Aunque muchos descubrimientos (aparición de la microbiología) e ideas innovadoras provocaron grandes avances en la salud, ésta se centró en la enfermedad, desplazando a las concepciones higienistas y sus esfuerzos hacia el establecimiento de una especie de sistema de protección de salud (Parafita, 2018).

En la Edad Contemporánea (desde s. XIX) se vincula la salud-enfermedad con factores psicosociales, culturales y económicos y, más recientemente, se extiende la idea de considerar los sistemas de salud como sistemas sociales y culturales simultáneamente, y no sólo como sistemas de atención médica curativa (Rojas Ochoa, 2004).

Sin embargo, no es hasta 1946, en la Carta Magna de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), cuando la salud comienza a plantearse como algo más. El preámbulo de la constitución de dicha organización considera ya la salud como “*un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad*”.

3. La salud hoy en día

En la década de los 90 el término salud comienza a ganar protagonismo. El Tratado de Ámsterdam considera la salud pública como objetivo comunitario (art. 3) y el artículo 152 menciona no sólo “*las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, sino también, más en general, todas las causas de peligro para la salud humana, así como el objetivo general de mejora de la salud*” (DOCE, 1997).

En este nuevo marco, la salud se integra por muchas variables que interactúan y crean sinergias. Ya no se pretende atajar la enfermedad; se trata de un nuevo modelo de salud con carácter “integral”, que equipara la salud al bienestar (Fig. 1).

RUMBO 20.30.



26
NOV

29
NOV

CONAMA 2018
CONGRESO NACIONAL DEL MEDIO AMBIENTE

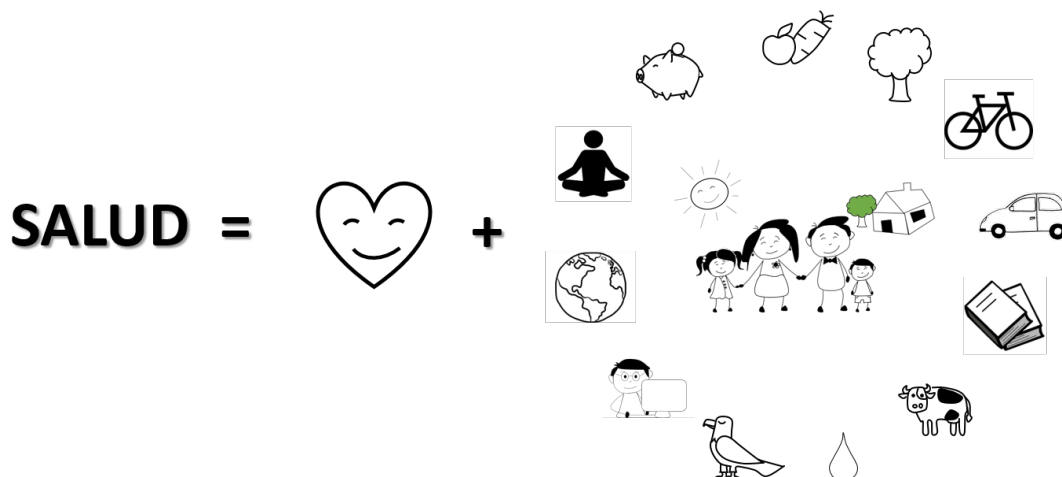


Figura 1. La Salud: un estado de bienestar. Elaboración: GEAMBIENTAL, S.L.

Resaltamos tres conceptos que se asocian a este modelo:

1) Por un lado, los Determinantes de la Salud, surgidos en el Informe Lalonde (Lalonde, 1974) y posteriormente adaptados por Dalghren y Whitehead (1991), en dónde se desvincula la salud de las políticas sanitarias y se asocia a aspectos extra-sanitarios: los factores biológicos vienen influenciados en mayor o menor medida por el estilo de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y trabajo, así como por aspectos socioeconómicas, culturales y medioambientales (Fig. 2).

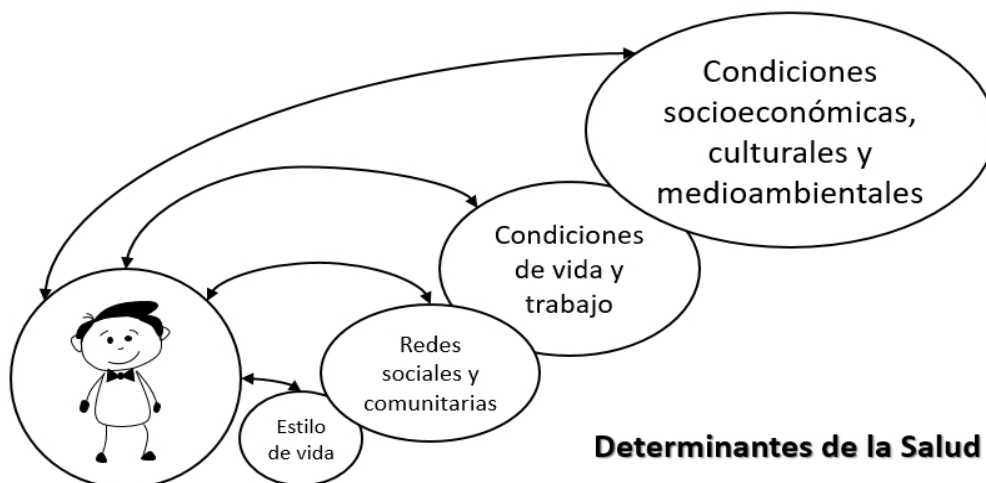


Figura 2. Los Determinantes de la Salud. Fuente: Adaptado de Dalghren y Whitehead, 1991.

2) Por otro, la reducción de desigualdades dentro del marco de la equidad, como aspecto clave para avanzar hacia una mejora en la salud (Lalonde, 1974), es decir, “*la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente*”, tal como lo define la OMS (2010a).

3) Por último, la prevención en salud como factor que va más allá de actuar sobre las personas, retrocede a la fase de planificación y se considera perteneciente al ámbito de la doctrina de la Salud Pública (Villar Aguirre, 2011). De la práctica de curar se ha dado paso a la visión de prevenir (Fig. 3), lo cual se está constatando como una buena herramienta no sólo para evitar enfermedades o mejorar la calidad de vida, sino para disminuir costes asociados al sistema sanitario.

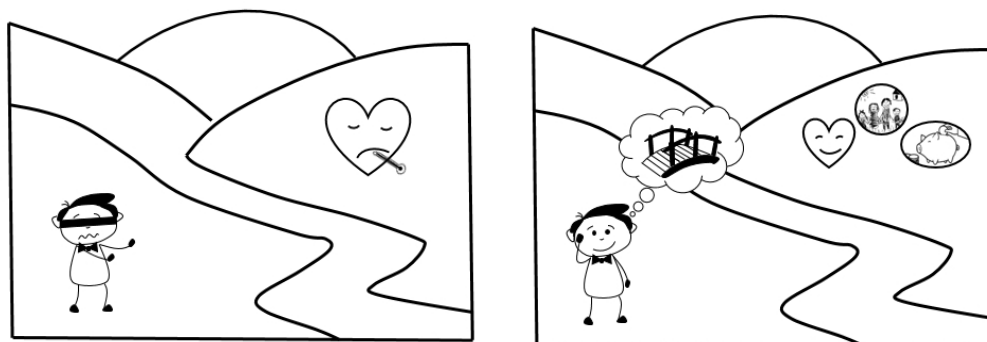


Figura 3. La prevención como herramienta de salud. Elaboración: GEAMBIENTAL S.L.

Son precisamente éstas, las 3 principales recomendaciones que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud recomienda para cumplir parte de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” de Naciones Unidas (OMS, 2008; ONU, 2000):

- Mejorar las condiciones de vida;
- Luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos;
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

En resumen, el plano integrador de la salud amplía su contexto y así, una visión holística en materia sanitaria es la única forma de entender el correcto desarrollo de una política, un plan e incluso un proyecto a nivel local, ya que todo está interrelacionado.

La necesidad de que todos los sectores de actividad incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de sus políticas se plasmó en la Declaración de Adelaida (OMS, 2010b), es lo que se conoce como Salud en Todas las Políticas (SeTP) que la Conferencia de Helsinki 2013 (OMS, 2014) ratificó, como *“enfoque para las políticas públicas en todos los sectores, que de manera sistemática, tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud”*.

La UE ha tomado el testigo dejando plasmado en numerosos documentos la estrategia de Salud en Todas las Políticas (SeTP):

- Tratado de Ámsterdam, 1997 (DOCE, 1997): su artículo 152 establece *“un mayor nivel de protección sobre la salud tiene que asegurarse en la definición e implementación de todas las políticas y proyectos comunitarios”*.
- Informe “Health in all Policies” (Stahl et al., 2006): reafirma que el enfoque de la salud va más allá de sus propias fronteras e propugna por una mayor integración de los aspectos de salud en la política europea a todos los niveles.

- Libro Blanco Juntos por la Salud: un planteamiento estratégico para la UE 2008-2013” (COM, 2007), nueva estrategia de la Comisión Europea en la cual, la SeTP constituye uno de los cuatro principios básicos.

4. La evaluación del impacto en la salud

La Evaluación del Impacto sobre la Salud (EIS), según la OMS se define como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos (OMS, 1999).

La EIS se enmarca dentro del principio de la “prevención” y de la “tercera acción” que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud recomienda para la consecución de los de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que consiste en estudiar las actuaciones humanas de cara a minimizar aquellos impactos negativos que pudieran tener sobre la salud de la población.

La necesidad de la EIS se fundamenta en que el ser humano y la salud, en último recurso, son los que absorben los efectos de las actuaciones diversas. Analizar estos efectos es un mecanismo para poder actuar adecuadamente sobre los mismos.

Actualmente la EIS tiene un gran potencial como herramienta de acción intersectorial, que corresponsabiliza en salud (Rivadeneira y Artundo, 2008), permite sensibilizar a las personas que toman decisiones de la influencia de sus acciones sobre la salud, identifica las potenciales desigualdades derivadas de la implementación de una política, un plan o un proyecto y propone cambios que afectan a la salud procurando minimizar los efectos negativos (Bacigalupe et al., 2009). El objetivo no es cambiar políticas o proyectos, sino planificarlos adecuadamente teniendo como objetivo la prevención en salud.

Metodológicamente la Evaluación del Impacto en la salud consta de:

- 4 elementos: democracia, equidad, desarrollo sostenible y evidencia (OMS, 1999).
- 5 etapas: cribado, alcance, documento de evaluación, ajustes y monitorización (Abrahams et al., 2004) (Fig. 4).
- 3 tipologías cronológicas: Prospectiva (la más recomendable), concurrente y retrospectiva (Bacigalupe et al., 2009).
- 3 tipologías de alcance: Rápido o Mini-EIS, EIS Comprensiva o Maxi-EIS (con meses de duración) (Bacigalupe et al., 2009).

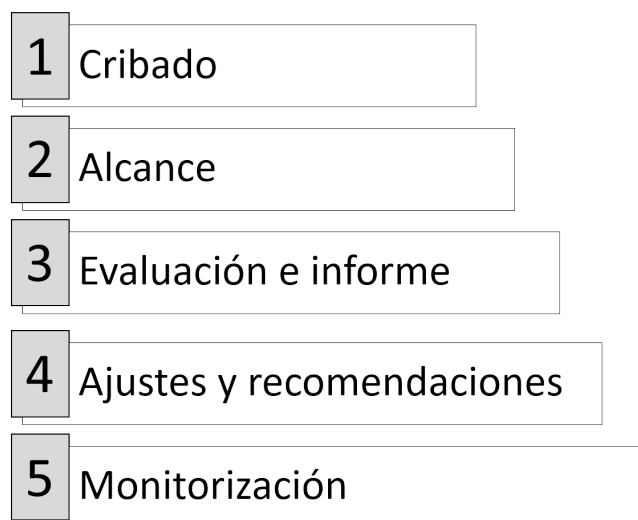


Figura 4. Proceso de la evaluación del impacto en la salud. Fuente: Adaptado de European Policy and Health Impact Assessment “A Guide” (2004).

Si bien en el marco teórico se ha avanzado bastante en la EIS, definiciones, objetivos, métodos han sido definidos y materializados en diversas publicaciones y guías, el desarrollo de los mismos no ha tenido el mismo éxito, bien porque éste no ha sido regulado y estandarizado, bien porque la Evaluación en sí no ha llegado a la mayoría de edad y los proyectos presentes han sido escasos o con conclusiones poco relevantes.

Durante todos estos años la investigación e interés de la EIS ha tenido cierto auge en países como Inglaterra, Gales, Suecia, Finlandia, Holanda, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. En todos ellos, la EIS se está introduciendo de forma más o menos sistemática en los procesos de toma de decisión como parte del interés de las administraciones por avanzar en la estrategia de la Salud en Todas las Políticas (CREIS, 2018), si bien en la mayoría son procedimientos con carácter voluntario.

En España, durante la primera década del siglo XXI la EIS disfrutó de un cierto movimiento a nivel teórico-científico, pero no ha tenido una evolución progresiva y parece que ha quedado paralizada durante los últimos años.

Reglamentariamente, en 2011 entra en vigor la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE, 2011), cuyo artículo 35 hace alusión a la evaluación del impacto en salud, diciendo que *“las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud, en los términos previstos en esta ley”*.

También hay muestras de integrar la salud en otros procesos como la Evaluación de Impacto Ambiental. La Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de Evaluación Ambiental (BOE, 2013), incluye la necesidad de analizar la salud humana con el resto de evaluación ambiental del entorno, tanto para Estudios de Impacto Ambiental como para Evaluaciones Ambientales Estratégicas, aunque sin mucho éxito, ya que es prácticamente inapreciable la presencia de la salud en los documentos ambientales, y cuando aparece el análisis se centra en riesgos cancerígenos, y no en otros aspectos más globales de la salud (Steinemann, 2000).

A nivel regional la EIS está en proceso de desarrollo en Cataluña, Baleares, Valencia o Madrid. Solamente Andalucía ha incorporado en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía (BOJA, 2011) y en 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 los requerimientos para la elaboración de EIS (BOJA, 2014), con objeto de valorar los posibles efectos directos o indirectos sobre la salud de la población de los planes, programas, obras o actividades, y señalar las medidas necesarias para eliminar o reducir hasta límites razonables los efectos negativos y reforzar los efectos positivos.

Incluye los planes y programas que se elaboren o aprueben por la Administración de la Junta, algunos planeamientos urbanísticos, algunas de las actividades y obras, públicas y privadas, y sus proyectos, que deban someterse a los instrumentos de prevención y control ambiental, así como aquellas actividades y obras, que se determinen mediante decreto, sobre la base de la evidencia de su previsible impacto en la salud de las personas.

5. Perspectivas de futuro

Indiscutiblemente la EIS es proceso beneficioso para la sociedad. Se fundamenta en la prevención y análisis de impactos negativos con un objetivo claro, la salud y bienestar de la población.

Si bien se ha avanzado mucho conceptualmente, las limitaciones son muchas como los recursos, agendas saturadas de las Administraciones públicas, falta de conocimiento de los actores políticos en temas de salud, falta de compromiso de la salud en otros sectores (Davenport et al., 2006), escasa tradición de participación en procesos abiertos de toma de decisiones, falta de evidencia o baja calidad de la misma respecto a los impactos en salud de ciertas áreas (Parry et al., 2001), poca experiencia y capacitación para la realización de EIS, así como en la monitorización y vigilancia posterior (Sandín et al., 2008), dudas de su integración en otros modelos como los de EIA...

No atajar en esta fase de desarrollo de la EIS las debilidades hace que corramos el riesgo de que se transforme en un proceso artificial alejado de la realidad (OMS, 1999).

Sin embargo, lo que mueve a la EIS no son las limitaciones sino su proyección de futuro en la globalidad en que nos encontramos. Una adecuada EIS mueve a las políticas planes y proyectos hacia una mayor equidad, y hacia prácticas y comportamientos más saludables.

La EIS se debe ser la estructura sobre la que construir la toma de decisiones, las cuáles deben tener un objetivo común, el bienestar de la población.

6. Referencias

- Abrahams, D., den Broeder, L., Doyle C., Fehr, R. (2004). EPHIA-European Policy Health Impact Assessment: A Guide. Health and Consumer Protection Directorate General, European Commission
- Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderón, C., Zuazagoitia, J., Aldasoro, E. (2009). La Evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. Gaceta Sanitaria, 23(1), 62-66
- BOE. (2011). Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado núm. 240 del 5 de octubre de 2011. BOE, 240: 36 pp
- BOE. (2013). Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental. Boletín Oficial del Estado núm. 296 del 11 de diciembre de 2013. BOE, 296: 77 pp
- BOJA. (2011). Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 255: 62-88
- BOJA. (2014). 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 del 15 de diciembre de 2014. BOJA, 243: 15-37
- COM. (2007). Libro Blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). COM (2007) 630 final. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_es.pdf (Último acceso 16/11/2018)
- CREIS. (2018). La Evaluación del Impacto en Salud. Centro de Recursos de Evaluación del Impacto en Salud. Disponible en www.creis.es (Último acceso 16/11/2018)
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies, Stockholm
- Davenport, C. Mathers, J., Parru, J. (2006). Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. Journal of Epidemiology & Community Health, 60: 196-201
- DOCE. (1997). Tratado de Amsterdam por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos. Diario Oficial de las Comunidades Europeas nº C 340 (10/11/1997): 1 - 144
- Gómez-Dantés, H. (2015). Evolución de la teoría y las prácticas en el control de las enfermedades transmitidas por vector. Salud Pública de México, 57(6): 555-567
- Lalonde, M. (1974). A New Perspective on the Health of Canadians: A working

- document. Minister of National Health and Welfare. Government of Canada, Ottawa
- Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. and Cook, S. (eds) (2013). Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- OMS. (1999). Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels, European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe, Geneva. Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf (Último acceso 16/11/2018)
- OMS. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo, 124ª reunión (4 de diciembre de 2008). EB124/9. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf (Último acceso 16/11/2018)
- OMS. (2010a). A conceptual framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, no.2. World Health Organization, Geneva
- OMS. (2010b). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Último acceso 16/11/2018)
- OMS. (2014). Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria (seguimiento de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud). Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo, 134ª reunión (17 de enero de 2014). EB134/54. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_54-sp.pdf (Último acceso 16/11/2018)
- ONU (2000). Resolución 55/2 de la Asamblea General "Declaración del Milenio" A/55/L.2 (8 de septiembre de 2000). Organización de las Naciones Unidas, Nueva York. Disponible en <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf> (Último acceso 16/11/2018)
- Parry, J., Stevens, A. (2001). Prospective health impact assessment: pitfalls, problems and possible ways forward. Health Impact Assessment Research Unit. Department of Public Health and Epidemiology. University of Birmingham.
- Perea Quesada, R. (Dir). (2004): Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo. Díaz de Santos. Madrid
- Parafita, D. (2018). Recorrido histórico sobre los conceptos de salud y enfermedad. Área de salud-Facultad de Psicología. Curso: Niveles de atención en salud (Fichas

temáticas de apoyo a la modalidad semipresencial). Disponible en https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf (Último acceso 16/11/2018).

Rivadeneira, A., Artundo, C. (2008). La Evaluación de impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 348-353

Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (3)

Sandín-Vázquez, M., Sarría-Santamera, A. (2008). Evaluación de impacto en la salud: Valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 261-272

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Latineen, E., Leppo, K. (eds) (2006). *Health in all policies, Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health. Finland, Helsinki. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf?ua=1 (Último acceso 16/11/2018)

Steinemann, A. (2000). Rethinking human health impact assessment. *Atlanta. Environmental Impact Assessment Review* 20, 627–645

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28 (4): 237-241