

# ¿DESPEGARÁ POR FIN LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD?\*

**César  
Cierco Seira**

*Universidad de Lleida\*\**

**Alicia  
del Llano Núñez-Cortés**

*Fundación Gaspar Casal*

## SUMARIO

**I. El principio de salud en todas las políticas y la evaluación de impacto en salud. II. La evaluación de impacto en salud en la Ley General de Salud Pública. III. El desarrollo desigual de la evaluación de impacto en salud: entre el limbo y el empuje decidido. IV. El nuevo impulso a la evaluación de impacto en salud de resultados de la pandemia. El proyecto de ley para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del sistema nacional de salud. 1. Un asomo de revitalización del discurso del principio de salud en todas las políticas. 2. La integración de la Evaluación de Impacto en Salud en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo. V. Un primer balance: la conveniencia de aprovechar la oportunidad para reducir mucho más el debe. VI. Bibliografía.**

## RESUMEN

La Evaluación de Impacto en Salud constituye la piedra de toque que permite calibrar el valor preciso que se concede al principio de salud en todas las políticas en un determinado país. Prevista en la Ley General de Salud Pública en 2011, su realización, a salvo algunas experiencias autonómicas, se ha revelado apenas perceptible y claramente insatisfactoria al cabo. El legislador estatal, dentro de la actual hoja de ruta de despliegue de la LGSP, como compromiso nacido de la pandemia, se ha propuesto imprimir un nuevo impulso a la EIS, incorporándola en el Proyecto de Ley para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de esta Comunicación es realizar un primer balance, significando el haber y el debe de la propuesta, y ello desde el convencimiento del papel estratégico de este mecanismo a los efectos de que el enfoque en salud pública trascienda y pase a un primer plano.

## PALABRAS CLAVE

*Salud pública, evaluación de impacto en salud, política sanitaria.*

## ABSTRACT

*The Health Impact Assessment has the potential to turn the principle of health into a reality. Regulated in the in the General Public Health Law of 2011, its implementation, with the exception of some regional experiences, has proven to be barely perceptible and clearly unsatisfactory. The state legislator, within the current legislative status, as a commitment born from the pandemic, has decided to boost the Health Impact Assessment, incorporating it in the a new law to consolidate the equity, universality and cohesion of the National system of health. The objective of this article is to make a first evaluation, signifying the positive and negative aspects of the proposal with the conviction of the strategic role of this mechanism so that the focus on public health transcends and becomes essential.*

## KEYWORDS

*Public health, health impact assessment, health policy.*

\* Trabajo ganador del Premio SESPAS a la mejor Comunicación presentada al XXXI Congreso Derecho y Salud 2023.

\*\* Comunicación realizada en el marco del proyecto de investigación *Salud Pública en Transformación: Desinformación, Alimentación y Cambio Climático* (SPeNT), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

## I. EL PRINCIPIO DE SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS Y LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD

El principio de salud en todas las políticas constituye un principio cardinal en la inteligencia moderna de la salud pública<sup>1</sup>. Su formulación resulta relativamente sencilla en términos de directriz y, desde esta perspectiva, cuenta con sobrados respaldos legales, principiando por uno tan claro y contundente como el que encontramos en el art. 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, donde, al desgranar el contenido de la Política de Salud Pública, se señala que «Al definirse y ejecutarse *todas* las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana».

La debilidad de este principio no radica, pues, en su reconocimiento. Tampoco en su sustancia: se pretende interiorizar la importancia de una valoración sistemática de las implicaciones sanitarias de las decisiones en todas las políticas públicas<sup>2</sup>. El *punctum dolens* tiene que ver con su realización práctica, es decir, con la definición de mecanismos de derecho positivo concretos capaces de materializar su sustancia en el giro cotidiano (i) y de otorgarle una virtualidad jurídica efectiva, perceptible (ii). De lo contrario, no hace falta explicar que, por su propia ambición, el principio de salud en todas las políticas se presta a la evanescencia, esto es, a una invocación grandilocuente, omnipresente, pero de resultados magros.

Pues bien, uno de esos mecanismos, acaso el más importante, es la *Evaluación de Impacto en Salud* (en adelante EIS o evaluación en salud), concebida como requisito para la puesta en marcha de iniciativas y actuaciones en grado de impactar significativamente en la salud de la población<sup>3</sup>. La propia terminología sugiere de inmediato el parangón con el ámbito ambiental, donde todos conocemos de la trayectoria y pujanza de la Evaluación de Impacto Ambiental.

1 *The Helsinki Statement on Health in All Policies* (2013), aprobada al término de la 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud organizada por la Organización Mundial de la Salud.

2 Santiago Esnaola Sukia *et al.*, «La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas», *Gaceta Sanitaria. Informe SESPAS 2010*, 24, 2010, 109-113.

3 María Sandín Vázquez y Antonio Sarría Santamera, «Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones», *Revista Española de Salud Pública*, 2008, 82, 3, 261-272; Ana Rivadeneyra Sicilia, «Evaluación del impacto en salud», *Manual de Epidemiología y Salud Pública*, Editorial Médica Panamericana, 2018, 207-209.

## II. LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD EN LA LEY GENERAL DE SALUD PÚBLICA

La introducción de la EIS en la Ley General de Salud Pública (2011) vino marcada por una notoria paradoja. Resultaba evidente, por un lado, el entusiasmo con el que se acogía este mecanismo, destinado a ser el estandarte de una España adelantada en la tutela de la salud pública: «La inclusión de la evaluación de impacto en salud en nuestro ordenamiento jurídico —puede leerse en la Exposición de Motivos— puede situarnos en el grupo de los países más avanzados, propiciando la innovación en el desarrollo de reformas relacionadas con la economía sostenible que a su vez garanticen la seguridad sanitaria». Sin embargo, el énfasis de esta declaración de principios contrastaba, por otro lado, con la vaguedad de la regulación positiva, consignada en un capítulo que consta de un único precepto, el art. 35 (*La evaluación del impacto en salud*), cuyo tenor literal dice así:

«1. 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.

2. La evaluación de impacto en salud es la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser analizada una norma, plan, programa o proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos.

3. La evaluación de impacto en salud 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.

4. Se integrarán los resultados de dichas evaluaciones en el sistema de información de salud pública y en la Red de Vigilancia de Salud Pública».

Más allá de la definición («La evaluación de impacto en salud es la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser analizada una norma, plan, programa o proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos»), se advierte de inmediato la baja carga prescriptiva del precepto y sus importantes agujeros, anunciando así el alto riesgo de inaplicación práctica por inacción de las Administraciones involucradas so

pretexto de la ausencia de un mandato legal suficientemente precisado. Algo, por cierto, a lo que ya de por sí resulta particularmente proclive el mundo de la salud pública.

Volviendo a la exégesis del precepto, las debilidades más relevantes que acusa el art. 35 de la LGSP son, en síntesis, las siguientes:

- i. Se deja abierta la referencia a los supuestos en los que la EIS será exigida: «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». Todo depende de la cláusula *impacto significativo en la salud*, que cada Administración competente, en función del reparto competencial que toque, deberá luego concretar. De entrada, pues, no sabemos, siquiera sea de un modo aproximado, a qué normas, planes, programas y proyectos se está refiriendo la EIS. El parámetro de referencia es decididamente abierto como consecuencia de los dos estratos que lo conforman: el impacto en la salud y, sobre todo, su carácter significativo. Adviértase, en este sentido, que el nivel de protección de la salud pública no queda circunscrito por un *minimum*, susceptible luego de mejora.
- ii. No hay ninguna alusión a las circunstancias o exigencias mínimas sobre la confección de la EIS: la idoneidad del autor, el procedimiento a seguir... Solo se indica de manera genérica que la EIS «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»<sup>4</sup>.
- iii. No se despeja la virtualidad de la EIS dentro del procedimiento de aprobación de la norma, plan, programa y proyecto en el que ha de insertarse. Vale la pena recordar que en los últimos años se viene estrechando la libertad de adición de trámites a los procedimientos administrativos, exigiéndose, no solo una adecuada justificación, sino un grado de seguridad jurídica —predeterminación— apropiado (art. 1.2 de la Ley de Procedimiento Administrativo Común). Por lo demás, si se está en presencia de un

4 Vale decir que durante la tramitación parlamentaria se significó el vacío que representaba la falta de referencia al quién y al cómo (*Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*, de 4 de mayo de 2011, núm. 772, págs. 19-20). Reseñable es asimismo la presentación de una enmienda destinada a fortalecer el derecho de participación en salud pública (recogido en el vigente art. 5 de la LGSP) en el sentido de prever expresamente la participación del público en el procedimiento de EIS.

informe, importa mucho delimitar su dinámica toda vez que, en razón de su propia misión, no necesariamente ha de desenvolverse en el marco de un juicio binario sobre la aceptación de la iniciativa —favorable o desfavorable—, sino que es dado que la EIS se mueva también en el terreno de la proposición y la condicionalidad (a condición de adoptar *x* medidas correctoras)<sup>5</sup>.

Se dirá que algunas de las debilidades indicadas no son achacables a la LGSP pues no se corresponden con el papel de una ley general y básica, lo cual es cierto. Ahora bien, ello no quita para caer en la cuenta de que, supuesto el carácter genérico y abierto de los mandatos contenidos en el art. 35 de la LGSP, su desarrollo pasaba a ser esencial no solo para delimitar la figura, sino aún para activarla y garantizar su efectiva aplicación.

En otras palabras, la carga de indeterminación necesaria del art. 35 de la LGSP es suficientemente intensa como para quebrar su aplicabilidad directa. El modo imperativo empleado en el arranque de la regulación — Las Administraciones públicas *deberán someter* a evaluación del impacto en salud— y el valor adicional que le concede el cambio respecto de la redacción primigenia del proyecto enviado a las Cortes Generales —*podrán someter*— resultan insuficientes para asegurar su invocación directa. Extremo que, por cierto, el propio TC tuvo ocasión de confirmar, significando que, si no se formaliza de algún modo esa selección, la censura de la falta de la evaluación de impacto en salud deja de ser trascendente:

«Habiendo rechazado ya que de la genérica denuncia de la omisión de informes en la tramitación de la norma pueda deducirse inconstitucionalidad alguna, esta concreta queja ha de ser igualmente desestimada, pues la argumentación de los actores adolece del mismo carácter difuso e indefinido que caracteriza a la impugnación genérica ya desestimada. Sólo cabe añadir, en este caso, que la referencia de los recurrentes a la omisión de todo informe sobre evaluación del impacto en la salud, de acuerdo con la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, tampoco aporta un sustento normativo suficiente, pues, como alega el Letrado de la Región de Murcia, el artículo 35 de dicha disposición señala que “[l]as Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto

5 Una evaluación de impacto, como es la de salud, no ha de consistir necesariamente en un balance entre el haber y el debe, sino que puede llevar a modelar la iniciativa en un determinado sentido.

significativo en la salud, en los términos previstos en esta ley”, texto del que no puede deducirse obligación alguna de presentar un informe en el supuesto en el que nos ocupa, en el que no consta que la Administración regional haya hecho la “selección” a que el precepto alude<sup>6</sup>.

### III. EL DESARROLLO DESIGUAL DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD: ENTRE EL LIMBO Y EL EMPUJE DECIDIDO

La EIS, así pues, LGSP en mano, no es un mecanismo de aplicación directa. Su realización queda diferida y supeditada a un desarrollo ulterior. Claro está que los riesgos de esta situación de partida eran y son evidentes. El mayor de todos ellos: que la desidia o falta de interés condenasen a la EIS al limbo (*a*). Pero también que la EIS tuviese un desarrollo desigual en el sentido de que el comportamiento de los legisladores, incluyendo al autonómico, competente en cuanto al desarrollo de las bases sanitarias, fuese dispar no ya a la hora de modelar —algo consustancial a la descentralización en el orden sanitario—, sino de activar e impulsar este mecanismo (*b*).

*a.* La desidia o falta de interés caló en el ánimo del legislador estatal. De modo que el desarrollo de la EIS, lo mismo que de la Ley General de Salud Pública, quedó en *standby*. Ni siquiera la interpelación a la Administración estatal en su órbita competencial sectorial fuera de la sanidad, respecto de las normas, planes, programas y proyectos que le conciernen en tantos ámbitos sirvió para que cogiera el guante puntualmente.

*b.* El legislador sanitario autonómico se mostró en líneas generales más receptivo y activo —como viene siendo la pauta en salud pública—. Señaladamente, un puñado de CCAA dieron un paso adelante proveyendo a la EIS de una regulación más desarrollada<sup>7</sup>.

6 STC 70/2018, de 21 de junio, FJ 5º (Ley de la Asamblea Regional de Murcia 2/2017, de 13 de febrero, de medidas urgentes para la reactivación de la actividad empresarial y del empleo a través de la liberalización y supresión de cargas burocráticas).

7 El análisis del cuadro autonómico de la EIS resulta muy rico y variado en temas. Además de la lógica de la comparación, siempre útil, existen algunas derivaciones de particular trascendencia como el tratamiento de la competencia municipal en esta materia, el silencio y la eventual aplicación del carácter estimatorio (*cf.* art. 24.1 de la LPAC)...

Otras experiencias relevantes son las de Aragón (<https://www.aragon.es/-/evaluacion-del-impacto-en-salud-eis->), País Vasco (<https://www.euskadi.eus/informacion/salud-en-todas-las-politicas/web01-a2salpol/es>), y Cataluña ([https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre\\_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/test\\_salut](https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/test_salut)).

Remarcable, por citar un ejemplo concreto, el caso de Andalucía<sup>8</sup>. La Ley de Salud Pública de esta Comunidad Autónoma (2011), coetánea, por cierto, de la LGSP, incorporó una regulación de la evaluación del impacto en la salud mucho más perfilada y decidida<sup>9</sup>. Perfilada porque, entre otros aspectos, se establecía una determinación de las iniciativas sometidas a Informe de Evaluación del Impacto en la Salud, con especial referencia a los instrumentos de ordenación urbanística (i) y a las autorizaciones de actividades y obras (ii). Y decidida pues el referido informe se articulaba como trámite preceptivo en unos casos y aun vinculante en otros (los más riesgosos o incisivos para la salud pública). Este régimen legal fue luego desarrollado oportunamente a nivel reglamentario<sup>10</sup>.

Pues bien, todo este sustrato normativo ha propiciado una notable maduración de la EIS en Andalucía, erigiéndose en un mecanismo vivo, y en un factor relevante, que ha llegado incluso a detonar la anulación de planes y licencias aprobados o concedidas respectivamente con omisión indebida del mismo<sup>11</sup>. Ciertamente, no todo son luces. La experiencia andaluza muestra también que estatuir la EIS como trámite procedimental esencial trae consigo el debate que persigue de antaño a la invalidez por defectos de tramitación, lo que significa, ni más ni menos, que la EIS no va a ser ajena a otras fuerzas en tensión como la economía procesal<sup>12</sup> o la simplificación<sup>13</sup>.

Sin perjuicio de los meritorios avances que podrían colacionarse, es de ver que la falta de aplicabilidad directa de la EIS *ex art.* 35 de la LGSP facilita que se generen huecos o vacíos respecto de

8 Amplia información en <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/evaluacion-impacto/impacto-salud.html>.

9 Acúdase a los arts. 55 a 59 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

10 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. Una exégesis del mismo, José Ignacio Morillo-Velarde Pérez, «El procedimiento de evaluación de impacto en la salud en la Comunidad Autónoma», *Revista Andaluza de Administración Pública*, 90, 2014, 443-450.

11 Valgan como muestra algunos asuntos judiciales: SSTSJ de Andalucía 2401/2015, de 23 de diciembre (emplazamiento de un cementerio); 1122/2020, de 2 de junio (unidad de suministro de combustible); y 517/2021, de 8 de marzo (modificación del Plan General de Ordenación Urbana de Marbella).

12 Que empuja a relativizar la fuerza invalidante del vicio procedimental, aceptando, por ejemplo, la posible subsanación *a posteriori* de la evaluación omitida (STSJ de Andalucía núm. 226/2023, de 16 de febrero: unidad de suministro de carburantes).

13 Decreto-ley 2/2020, de 9 de marzo, de mejora y simplificación de la regulación para el fomento de la actividad productiva de Andalucía; y Ley 7/2021, de 1 de diciembre, de impulso para la sostenibilidad del territorio de Andalucía.

iniciativas que, no obstante su evidente afectación a la salud pública y su idoneidad en abstracto como objeto de evaluación de impacto, quedan al cabo ayunas de cobertura. Lo ocurrido con ocasión de la Ordenanza de Movilidad Sostenible del Ayuntamiento de Madrid (2018) es bien revelador. Uno de los motivos esgrimidos en el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la Comunidad de Madrid radicaba precisamente en la omisión de la evaluación de impacto en salud. Motivo que se armaba con base en el art. 35 de la LGSP.

Pues bien, el TSJ de Madrid, a pesar de reconocer que la ordenanza en liza tenía un impacto significativo en la salud —no en vano uno de sus objetivos declarados era la mejora de la calidad del aire—, no tuvo más remedio que rechazar la alegación por la falta de aplicabilidad directa a la que ya nos hemos referido:

«No nos corresponde valorar aquí la oportunidad de esa decisión del legislador de remitir esa necesaria concreción a las Administraciones Públicas ni, claro está, concluir en la necesidad o no de la inclusión de este tipo de evaluaciones como trámite preceptivo en la normativa reguladora de los procedimientos de elaboración y aprobación de Ordenanzas que, como la aquí combatida, tienen indudables efectos —ya directos ya, si se prefiere, indirectos— en la salud de la población, a los que la propia Administración autora de la disposición general recurrida hace mención en el Preámbulo de la Ordenanza, debiendo circunscribirse nuestra labor a constatar si la exigencia viene o no determinada con ese carácter y la respuesta que se impone es negativa, al no exigirlo directamente el artículo 35 de la Ley 33/2011 ni haber invocado la recurrente alguna otra norma estatal, autonómica o local que incluya esta clase de disposiciones entre las que exijan el trámite que se denuncia como omitido»<sup>14</sup>.

#### IV. EL NUEVO IMPULSO A LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD DE RESULTAS DE LA PANDEMIA. EL PROYECTO DE LEY PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

##### 1. Un asomo de revitalización del discurso del principio de salud en todas las políticas

14 STSJ de Madrid núm. 445/2020, de 27 de julio.

El interés del legislador estatal por la EIS se ha reavivado a raíz de la pandemia. Cumple recordar que entre las duras lecciones extraídas figura la necesidad de desplegar la LGSP cuya situación de letargo resulta a estas alturas difícilmente explicable<sup>15</sup>. Incidía en ello la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, una de cuyas propuestas en salud pública era la de «cumplir en su integridad la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública realizando con urgencia una evaluación de su implementación hasta la fecha, con recomendaciones concretas para su desarrollo y cumplimiento, así como, en su caso, para actualizar su contenido a la realidad actual en lo que sea necesario»<sup>16</sup>.

En ese contexto de cumplir deberes pendientes y rearmarse para encarar mejor los desafíos de salud pública que nos aguardan —que es, en cierto modo, un deber moral que nace de los estragos de cualquier calamidad y, más aún, de las dimensiones de la vida— hallamos un paquete de iniciativas normativas en cuyo interior se ha hecho un hueco a la EIS. En concreto, el proyecto de Ley para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud —cuya tramitación parlamentaria arrancó en junio de 2022— se propone, entre otras cosas, incidir en la importancia de una «cultura social que incluya la salud en todas las políticas». Tanto en la defensa de la iniciativa como en la propia exposición de motivos se hace hincapié en la idea de que las políticas resultarán más transformadoras y ajustadas al signo de nuestro tiempo si logran situar a la salud y al bienestar social en el centro de la toma de decisiones. Siendo esto así, resulta capital «la implantación efectiva y sistemática del enfoque de salud en todas las políticas», *id est*: la evaluación de impacto en salud.

Vemos, pues, que el legislador estatal ha desempolvado el principio de salud en todas las políticas y, por lógica derivación, ha reafirmado su compromiso con la EIS. Y es que, como ya se ha indicado, la EIS pasa por ser el principal mecanismo catalizador de su realización efectiva.

Antes de descender a la exégesis de la regulación introducida, importa reparar en algunos elementos de contexto. Adviértase, por de pronto, que la revitalización de la EIS no se vehicula en un proyecto normativo *ex professo*, sino que se introduce en un proyecto de Ley con un cierto aire “ómnibus”. Dato circunstancial, si se quiere, pero que, claro es, resta visibilidad a la maniobra de rescate habida cuenta

15 César Cierco Seira, «El letargo de la Ley General de Salud Pública», *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, Aranzadi, Cizur Menor, 2020, 135-165.

16 *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Congreso de los Diputados, de 21 de julio de 2020, § 19.1.

de que, como todo parece apuntar, el debate se centrará en otros apartados de la Ley más atractivos en términos de pugna dialéctica —caso de los modelos de gestión sanitaria y el blindaje de la gestión directa—, lo cual, sumado a la propensión al olvido de los temas de salud pública luego de superada la pandemia, puede hacer que el asunto de la EIS quede al término en un bluf.

En este mismo orden de cosas, la revitalización de la EIS no puede dejar de leerse con la vista puesta al tiempo en lo que ocurre con el resto del despliegue de la LGSP. Se antoja determinante para el cariz que tome la EIS el desenlace final de la creación y puesta en marcha por fin del Centro (*Agencia*) Estatal de Salud Pública no solo en términos de implicación directa en el modelaje-aplicación de la EIS, sino por la propia influencia de contar con un paladín que visibilice el enfoque en salud pública<sup>17</sup>. De igual forma, a buen seguro ha de pesar mucho el devenir de los trabajos dedicados a redefinir la Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud<sup>18</sup>. Vigilancia en salud pública llamada a recabar información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan y, por extensión, a generar un conocimiento que coadyuve en la toma de decisiones y en la evaluación de las políticas e intervenciones con impacto en salud<sup>19</sup>.

## 2. La integración de la Evaluación de Impacto en Salud en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo

El impulso de la EIS se articula técnicamente mediante una singular conjugación con la Memoria del Análisis de Impacto Normativo (MAIN). A tal efecto, incorpora una modificación de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, estatuyendo que entre los contenidos de la MAIN se añada el siguiente:

17 Actualmente en tramitación el Proyecto de Ley por la que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública y se modifica la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Daniel G. Abiétar *et al.*, «La Agencia Estatal de Salud Pública: una oportunidad para el sistema de Salud Pública en España», *Gaceta sanitaria*, 3, 2022, 265-269; Beatriz González López-Valcárcel y Vicente Ortún, «Reconstrucción del sistema sanitario: gobernanza, organización y digitalización», *Gaceta sanitaria. Informe SESPAS 2022*, Extra 1, 2022, 44-50.

18 *Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud. Respondiendo a los retos de la vigilancia en España: modelando el futuro*, Ministerio de Sanidad, 2022.

19 Recordemos que el vínculo entre la EIS y la VSP aparece remarcado de manera expresa en el art. 35.4 de la LGSP. Es de imaginar un tránsito de ida y vuelta. También la VSP ha de servir para facilitar la labor de evaluación. En este sentido, uno de las acciones previstas en la referida *Estrategia de Vigilancia en Salud Pública es la siguiente*: «Elaborar un procedimiento normalizado para que la información derivada de la Red sea utilizada en la evaluación de impacto en salud de las normas, planes, programas y proyectos» (§ 7.2).

«Impacto en la salud y sus determinantes, que será de aplicación a las normas de carácter sectorial que afecten a los siguientes determinantes de la salud: salud, vivienda, educación, medio ambiente, transporte, ordenación del territorio, salud laboral, agricultura y producción de alimentos y salud animal y vegetal»<sup>20</sup>.

Así pues, antes de aprobarse una norma sectorial de las expresadas, deberá llevarse a cabo una evaluación de impacto en salud integrada en la MAIN. Adviértase que no solo se cubre a las normas estrictamente sanitarias, sino que, siguiendo la lógica del principio de salud en todas las políticas, el abanico que se abre es decididamente amplio.

Podría objetarse que esta adición no es en rigor una novedad. Al fin y al cabo, el contenido de la MAIN admite ya, hoy por hoy, la incorporación de un enfoque de salud pública. Sin necesidad de forzar la regulación vigente, en efecto, podría introducirse una valoración de impacto sanitario. Bastaría a tal efecto con echar mano de la referencia a *otros impactos* con la que se cierra el listado de apartados:

«g) Otros impactos: La memoria del análisis de impacto normativo incluirá cualquier otro extremo que pudiera ser relevante a criterio del órgano proponente, prestando especial atención a los impactos de carácter social y medioambiental, al impacto en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad y al impacto que tendrá para la ciudadanía y para la Administración el desarrollo o uso de los medios y servicios de la Administración digital que conlleve la norma».

A la vista está que es dado, fuera de interpretaciones arriesgadas, incorporar el impacto en salud, ya en solitario por su relevancia, o como derivación del impacto social o medioambiental.

No compartimos, de todos modos, esta posible crítica. De hecho, en ella anida la propia explicación de la conveniencia de insertar *expressis verbis* el impacto en salud. Si, pudiendo emerger, no lo ha hecho, razón de más para significar la necesidad. Es sabido, por lo demás, que la MAIN ha venido acusando en su andadura una marcada propensión hacia los aspectos economicistas, de modo que difícilmente se alterará el rumbo a base de apelar sin más a la voluntad política o a la cultura de salud pública<sup>21</sup>. Ambas palancas son fundamentales, desde

20 Pasaría a ser la nueva letra i del art. 26.3.

21 Elsa Marina Álvarez González, *La función normativa y la técnica legislativa en España. Una nueva herramienta: la inteligencia artificial*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2022, 192-193; 198-200.

luego, pero para que la MAIN integre sin ambages un enfoque en salud pública hace falta una previsión que “ate” el compromiso y sitúe al impacto en la salud en el mismo mapa que otros impactos como el medioambiental o el de género.

## V. UN PRIMER BALANCE: LA CONVENIENCIA DE APROVECHAR LA OPORTUNIDAD PARA REDUCIR MUCHO MÁS EL DEBE

Caso de aprobarse, ¿es suficiente este paso? A nuestro juicio, no. Constituye, por supuesto, un avance y como tal ha de ser bien recibido. Representaría un espaldarazo, una revitalización que lanzaría un mensaje claro al conjunto del sistema de compromiso con la figura y que de seguro estimularía a las Administraciones autonómicas menos activas en este punto. Compromiso reforzado por la entidad del lugar escogido para alojar a la EIS. Nada menos que la MAIN, cuya potencia en el control de validez de las normas es bien conocida por el realce de su carácter preceptivo por parte de los tribunales de lo contencioso-administrativo.

Esto sentado, ocurre que quedan desatendidas muchas cuestiones.

A. Por de pronto, la EIS que acoge el Proyecto reduce extraordinariamente su *ámbito de aplicación*. Se proyectará sobre *normas* —o, por mejor decir, sobre algunas normas: las de “carácter sectorial” (*sic*) tocantes a alguno de los determinantes señalados, que serán las más<sup>22</sup>—, pero nada se dice de los *planes, programas y proyectos*, incluidos, como se recordará, en el art. 35.1 de la LGSP. De hecho, se diría que la EIS interesa especialmente en relación con los planes, programas y proyectos, ya públicos que privados, puesto que será en este tipo de iniciativas donde, por su mayor grado de concreción, surgirán corrientemente los principales desencuentros entre intereses implicados. En efecto, la EIS aplicada a la elaboración de los anteproyectos de ley, de los proyectos de real decreto legislativo y de normas reglamentarias va a desenvolverse en un plano especialmente abstracto, muy distinto al de las iniciativas concretas en términos de planes urbanísticos o autorizaciones para obras o actividades. Avanzaremos en evaluación normativa (en el legislar mejor), de valor incuestionable, pero el meollo probablemente esté en la evaluación operativa.

22 El peligro que encierra toda enumeración cerrada radica en preterir algún elemento. Por ejemplo, en el anteproyecto no se hacía alusión a la «salud laboral», omisión que fue significada por el Consejo Económico y Social (*Dictamen sobre el Anteproyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*, de 8 de junio de 2022, pág. 13).

B. Tampoco se arroja mucha luz sobre el *quién*, es decir, sobre la competencia que ha de reunir el autor de la EIS. En este punto, llama la atención la ausencia sonada del Centro Estatal de Salud Pública, cuya intervención en este orden parece especialmente propicia.

C. En rigor, sobre el formato de la EIS nada se dice en el articulado. Tampoco, pues, sobre el procedimiento a seguir<sup>23</sup>. Solo en la Exposición de Motivos del Proyecto se nos dan algunas pistas y se alude a una remisión muy relevante a una guía de evaluación que habrá de aprobar el Ministerio de Sanidad:

«Para valorar si existe impacto en la salud se tendrán en cuenta la población potencialmente afectada, la importancia del efecto, la información y evidencia en la que se basa la presunción de dicho efecto y la contribución a las desigualdades en salud, de acuerdo con lo previsto en la *guía de evaluación publicada por el Ministerio de Sanidad*. En los casos en que se prevea un impacto significativo en la salud se analizarán las consecuencias desde una perspectiva de salud y equidad en salud en todas las políticas, identificando medidas para minimizar los impactos negativos y, en su caso, maximizar los positivos».

La existencia de una guía de evaluación resulta del todo procedente. Otra cosa es si no convendría formalizar su aprobación y su procedimiento de confección —el ejemplo italiano puede ser aquí ilustrador: *Linee guida per la valutazione di impatto sanitario (VIS)*, aprobado por Decreto ministerial de 27 de marzo de 2019; experiencia que también permite, por cierto, comprender mejor el peso específico que posee en el engranaje el *Istituto Superiore di Sanità*—.

D. De todos modos, fuera de las cuestiones más técnicas, el principal punto débil de este Proyecto es que se ocupa únicamente de la proyección de la EIS en la Administración estatal, presuponiendo que ello es posible a partir de los mimbres que aporta la LGSP. La pregunta que habría que resolver antes es la de si el art. 35 de la LGSP brinda la suficiente *materia básica* para permitir un despliegue diferenciado a escala de cada Administración territorial o la de si haría falta una segunda capa de complemento básico a través de un Reglamento. La presencia de

23 En una evaluación de impacto el apartado procedimental no es una faceta menor. Recordemos que la EIS se define como una «combinación de procedimientos, métodos y herramientas» (art. 35.2 de la LGSP). Y, por eso mismo, hace falta definir una lógica procedimental, incluyendo, por ejemplo, el factor participativo. Recordemos que durante la tramitación parlamentaria de la LGSP se intentó establecer una conexión entre la EIS y el derecho de participación en el ámbito de la salud pública, pensando en abrir el procedimiento a la intervención del público —v.gr. mediante la información pública—.

un Reglamento básico —de desarrollo de la LGSP o bien específico de la EIS— se nos aparece como la alternativa más cabal y, por consiguiente, el estadio que debería transitarse antes de efectuar *per saltum* la activación a nivel de la Administración del Estado. No podemos ignorar que se repite en este punto una constante de nuestro Derecho de la Salud Pública contemporáneo: el legislador estatal llega tarde y, mientras tanto, el grado de desarrollo en la materia que se ha ido produciendo en el panorama autonómico es claramente dispar. Por eso mismo, un paso de esta naturaleza debería venir precedido de un estudio pausado basado en dos ejes de reflexión: qué bagaje ha acumulado el legislador autonómico y cuál es su experiencia —en busca de los logros contrastados a replicar o de las rémoras a sortear— (i); y qué nivel de armonización y de interrelación es conveniente fijar a fin de que el progreso de la EIS en el conjunto del Sistema Nacional de Salud sea equiparable (ii). Como telón de fondo, en suma, el asunto, tan complejo como trascendental, de la gobernanza en salud pública<sup>24</sup>.

Esa necesidad de una capa básica complementaria debería servir, por otra parte, para resolver —o cuando menos encauzar— los dos grandes dilemas que se ciernen sobre la EIS: uno es de definición (E); el otro, de conexión (F).

E. El primero tiene que ver con el alcance del impacto sanitario, es decir, con la concepción de la salud que ha de manejarse a la hora de llevar a cabo una EIS. No podemos olvidar que la salud, según la formulación comúnmente aceptada en nuestros días, apunta no solo a la estricta ausencia de enfermedad, sino al bienestar físico, mental y social. Es más, conforme al principio de equidad en salud, que es otro de los pilares de la salud pública moderna, la EIS debe prestar especial atención a las desigualdades sociales en salud y, por ende, al impacto sanitario en los grupos más desfavorecidos socialmente. El enfoque en salud es, en definitiva, además, un enfoque en equidad que obliga a que el impacto se mida con un ojo puesto en las inequidades y los criterios de desigualdad.

Puestos a valorar el impacto sanitario de una iniciativa, los escenarios pueden ser muy distintos según dónde situemos el norte, como es fácil comprender. Es éste un problema que tiene mucho que ver con el diseño de una metodología común en grado de aislar unos parámetros esenciales compartidos, lo cual, a su vez, ha de servir para identificar dos elementos decisivos para el devenir de la EIS en el plano operativo: las fuentes de información (i),

y las competencias profesionales exigidas (ii). Aspectos que, como es fácil deducir, tienen a su vez mucho que ver con el desarrollo del Sistema de Información en Salud Pública (art. 40 de la LGSP) y con la formación profesional en salud pública (art. 48 *ibidem*), respectivamente.

De lo contrario, pueden aparecer muchas versiones de IES, diferentes no ya en su formato, sino en su misma concepción<sup>25</sup>. Esta labor de armonización de la metodología apunta derechamente al Consejo Interministerial del Sistema Nacional de Salud. Vale la pena recordar que entre los mecanismos que se contemplan para dar cuerpo a las actuaciones coordinadas en salud pública encontramos la «Definición de estándares mínimos para el análisis e intervención sobre problemas de salud»<sup>26</sup>. Por tanto, antes que dejar en manos de cada Administración territorial la ideación desde cero de una metodología, parecería procedente reconducir esta tarea al referido CISNS a fin de que fijase ese *minimum* tan necesario ante una figura así de vaporosa.

F. El segundo es un problema de conexión. Asistimos a un momento en el que se ha puesto de manifiesto, de resultas de la pandemia del coronavirus, la importancia del paradigma del *One Health* y, por tanto, de la adopción de políticas transversales de salud pública, en grado de fusionar una multiplicidad de ámbitos de conocimiento y de agentes involucrados. De manera señalada, advertimos, con ocasión del cambio climático, cómo, sobre ello, están convergiendo dos políticas: la de salud pública y la ambiental, de modo que es importante aplicarse en una nueva fase de acoplamiento de la sanidad ambiental. En lo que atañe a la EIS, esta circunstancia adquiere un relieve especial habida cuenta de la existencia en el ámbito ambiental de un instrumento muy cercano como es la *Evaluación de Impacto Ambiental* (EIA). La articulación de una relación armónica entre la EIS y la EIA es crucial porque raro será que habiendo un impacto ambiental no haya al tiempo un impacto sanitario. Teniendo en cuenta que la EIA atesora una trayectoria consolidada, parece lógico que la EIS se integre en su dinámica allí donde exista esta conexión, sin perjuicio de reservar un funcionamiento autónomo fuera de las zonas de interconexión o respecto de las iniciativas

25 En la *Estrategia de Salud Pública 2022. Mejorando la salud y el bienestar de la población* (Ministerio de Sanidad, agosto de 2022) se hace referencia a esta situación: «Existen CC.AA. que incluyen la evaluación de impacto en salud en sus normativas autonómicas y tienen experiencia en este aspecto. No existe, sin embargo, una sistemática para realizar la evaluación en salud en las políticas de forma generalizada en todo el territorio nacional» (pág. 76).

26 Art. 65.2 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

24 Joan Mier i Albert, *De la crisis de las "vacas locas" a la Covid-19. Gobernanza comunitaria de emergencias alimentarias y de salud pública*, Aranzadi, Cizur Menor, 2022.

con impacto sanitario más acusado<sup>27</sup>. Descontando esto último, no hacen falta modificaciones normativas relevantes, toda vez que la regulación de la EIA contempla ya de manera recurrente la referencia a la salud (por todos, art. 35.1.c de la Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental). Bastaría, así pues, indicar que esas referencias a la salud son puertas de entrada de la EIS y que, por tanto, no pueden resolverse sin hacer uso en adelante de su metodología. En todo caso, si no se atiende a esta articulación y se deja en el limbo, la relación puede convertirse con el tiempo en una pugna fatal por la jerarquía entre figuras.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- ▮ Abiétar Daniel G., *et al.*, «La Agencia Estatal de Salud Pública: una oportunidad para el sistema de Salud Pública en España», *Gaceta sanitaria*, 3, 2022, 265-269.
- ▮ Álvarez González, Elsa Marina, *La función normativa y la técnica legislativa en España. Una nueva herramienta: la inteligencia artificial*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2022.
- ▮ Cierco Seira, César, «El letargo de la Ley General de Salud Pública», *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, Aranzadi, Cizur Menor, 2020, 135-165
- ▮ Esnaola Sukia, Santiago, *et al.*, «La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas», *Gaceta Sanitaria. Informe SESPAS 2010*, 24, 2010, 109-113.
- ▮ González López-Valcárcel, Beatriz, y Ortún, Vicente, «Reconstrucción del sistema sanitario: gobernanza, organización y digitalización», *Gaceta sanitaria. Informe SESPAS 2022*, Extra 1, 2022, 44-50.
- ▮ Mier i Albert, Joan, *De la crisis de las “vacas locas” a la Covid-19. Gobernanza comunitaria de emergencias alimentarias y de salud pública*, Aranzadi, Cizur Menor, 2022.
- ▮ Morillo-Velarde Pérez, José Ignacio, «El procedimiento de evaluación de impacto en la salud en la Comunidad Autónoma», *Revista Andaluza de Administración Pública*, 90, 2014, 443-450.

- ▮ Rivadeneyra Sicilia, Ana, «Evaluación del impacto en salud», *Manual de Epidemiología y Salud Pública*, Editorial Médica Panamericana, 2018.

- ▮ Sandín Vázquez, María, y Sarriá Santamera, Antonio, «Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones», *Revista Española de Salud Pública*, 2008, 82, 3, 261-272.

<sup>27</sup> Esta conjugación entre ambas figuras ha sido tenida en cuenta, por ejemplo, por el legislador andaluz en el sentido de excluir de la EIS conjuntos de actividades respecto de los cuales la cobertura de la EIA se considera ya de por sí suficiente garantía, también en términos de salud. De este modo, la EIS se reserva para los espacios donde se estima que puede aportar un valor añadido.