

## Artículo especial

# Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático

Elena Aldasoro<sup>a,\*</sup>, Elvira Sanz<sup>a</sup>, Amaia Bacigalupe<sup>a</sup>, Santiago Esnaola<sup>a</sup>, Carlos Calderón<sup>b</sup>, Koldo Cambra<sup>c</sup> y Juan Zuazagoitia<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, España

<sup>b</sup> Centro de Salud de Alza, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Donostia-San Sebastián, España

<sup>c</sup> Dirección de Salud Pública, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 10 de enero de 2011

Aceptado el 5 de julio de 2011

On-line el 14 de octubre de 2011

### Palabras clave:

Determinantes sociales de la salud  
Evaluación del impacto en la salud  
Desigualdades sociales en salud  
Cribado

### Keywords:

Social determinants of health  
Health impact assessment  
Social inequalities in health  
Screening

## R E S U M E N

La salud no depende sólo de factores biológicos o hábitos de vida. Numerosos factores económicos, sociales, políticos y ambientales configuran la forma de vivir y enfermar de las personas. Así, la salud no es únicamente el resultado de las políticas sanitarias, y por ello las administraciones públicas se interesan cada vez más en conocer el efecto de sus políticas sectoriales en la salud. La evaluación del impacto en la salud es una metodología prospectiva que trata de predecir los impactos en la salud de las políticas para maximizar sus impactos positivos y evitar sus efectos negativos inesperados en la salud. El cribado es la primera fase y tiene especial importancia, porque permite seleccionar las intervenciones que pueden beneficiarse de una evaluación del impacto en la salud completa. Teniendo en cuenta la limitación de los recursos, y que no es posible valorar todas las intervenciones gubernamentales, son esenciales herramientas de priorización. Como primer paso del proceso de validación de una herramienta de cribado sistemático en el contexto español, se presenta el procedimiento de recopilación y tipificación de las políticas públicas no sanitarias planificadas en la octava legislatura del Gobierno Vasco. De las 97 políticas analizadas, el 76% se relacionaba con determinantes estructurales de las desigualdades sociales en salud, el 79% era de naturaleza táctica/operacional, el 67% se dirigía a grupos específicos de población y el 66% estaban ya iniciadas. En relación con el trabajo intersectorial, las percepciones del personal técnico de los departamentos participantes acerca de la iniciativa, de su justificación y del proceso, fueron positivas. Esta primera experiencia ha permitido conocer con mayor detalle la naturaleza de la planificación política no sanitaria en Euskadi como medio para avanzar en la incorporación de la perspectiva de la salud en todas las políticas.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Moving forward in health impact assessment: analysis of the non-health public policies of the Basque Government (Spain) as step prior to systematic screening

### A B S T R A C T

Health not only depends on biologic or lifestyle factors but also on other economic, social, political, and environmental factors that shape the way people live and become ill. Thus, health policies are not the only policies affecting health, and consequently governments are increasingly interested in identifying the effect of other non-health policies on health. Health impact assessment is a prospective methodology that aims to predict the health impacts of policies before their implementation so that modifications can be suggested to maximize positive effects and avoid unexpected negative repercussions on health.

The first stage in this process is screening, which can be used to select the interventions that could benefit from complete health impact assessment. Since resources are limited and not all government interventions can be assessed, tools that allow prioritization are essential. As a first stage in the validation of a systematic screening tool for health impact assessment in Spain, this article presents the process of compiling and classifying the non-health public policies of the eighth term of office of the Basque Government. Of the 97 policies analyzed, 76% were related to structural determinants of health inequalities, 79% were tactical or operational, 67% were aimed at specific population groups, and 66% were already implemented.

The technical staff of other participating departments perceived the entire process of this initiative and its rationale positively. This initial experience allowed the planning of non-health policies in the Basque Country to be determined in detail as a means to move forward in incorporating impact on health in all policies.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ealdasoro-san@ej-gv.es (E. Aldasoro).

## Introducción

Desde la publicación del Black Report en 1983, la relación entre el contexto socioeconómico y la salud ha sido ampliamente descrita<sup>1-4</sup>. Los complejos sistemas de estratificación social distribuyen de manera desigual los factores que determinan el estado de salud de las personas, y como consecuencia generan desigualdades sociales en la salud de las poblaciones. Se trata de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en la salud y la enfermedad entre grupos definidos de manera tanto social como demográfica o geográfica<sup>5</sup>.

Tal y como apunta el marco conceptual de la comisión de los determinantes sociales de la salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la posición social de las personas determina su salud a través de factores intermedios. Así, las características del contexto socioeconómico y político, que incluyen el buen gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales y sanitarias, así como los valores y las normas culturales y sociales, actúan como determinantes estructurales de las desigualdades en salud. Estos factores tienen una gran influencia en la posición que las personas adquieren en la jerarquía social, y condicionan diferencias en la distribución de factores intermedios tales como las condiciones materiales de vida, factores psicosociales y hábitos de vida, que a su vez producen resultados desiguales en salud y bienestar<sup>6</sup> (fig. 1).

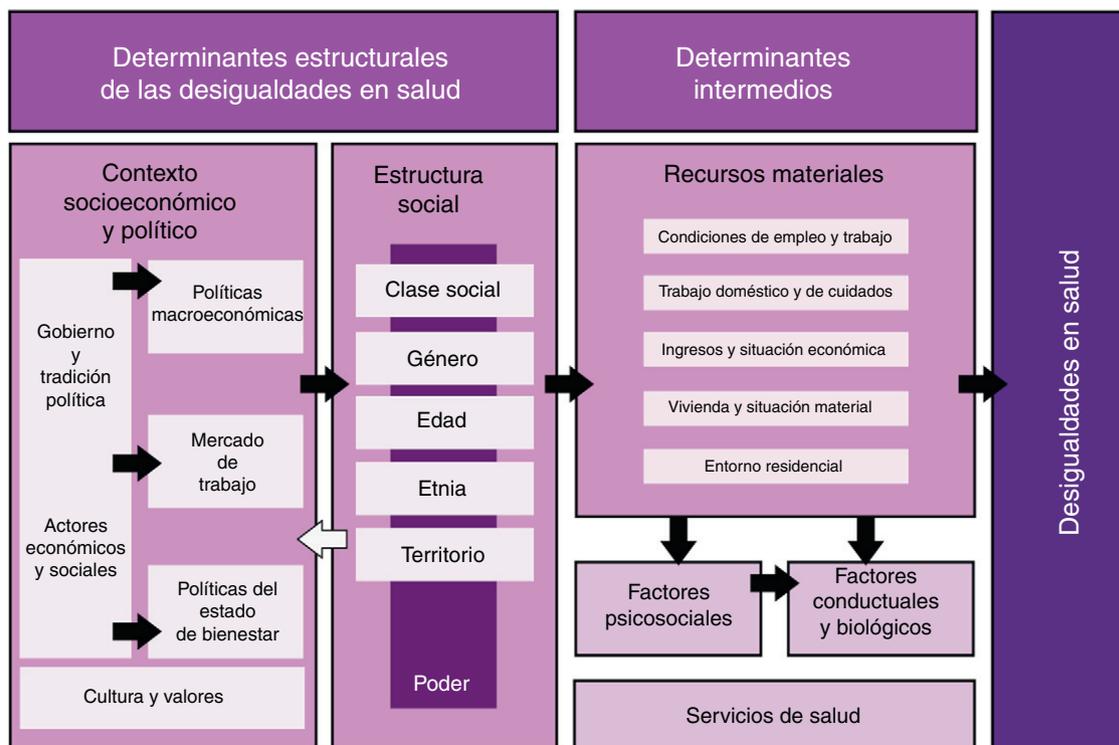
En los últimos años, la OMS<sup>7</sup> y diferentes gobiernos estatales y regionales<sup>8-11</sup> han elaborado políticas y planes de actuación con el objetivo de reducir dichas desigualdades. La mayoría de estos informes recomiendan la introducción de la perspectiva de la salud en la planificación de las políticas públicas. El mismo planteamiento rige tal y como plantea la estrategia «Salud en todas las políticas»<sup>12</sup>, elaborada bajo la presidencia finlandesa de la Unión Europea con el objetivo de integrar la salud en todas las políticas de una forma efectiva y sistemática.

Una de las herramientas clave para su desarrollo es la evaluación del impacto en la salud<sup>13</sup>, que ha sido recientemente redefinida como «el proceso mediante el cual la evidencia (de diferentes tipos),

los intereses y los valores son sometidos a diálogo entre los agentes de interés (políticos, profesionales y comunitarios), para conocer y anticipar los efectos de una política, plan o programa en la salud y en las desigualdades en salud de la población»<sup>14</sup>. Su función predictiva permite introducir modificaciones en el planteamiento inicial de las intervenciones, tanto para maximizar los beneficios en la salud como para disminuir sus posibles efectos negativos. Hay consenso acerca de su carácter multidisciplinario, intersectorial y participativo con una perspectiva explícita de equidad, para reducir las desigualdades sociales en salud<sup>15</sup>. Las etapas de la evaluación del impacto en la salud<sup>16</sup>, ordenadas según su secuencia temporal, son 1) cribado, 2) diseño y planificación (alcance), 3) evaluación, 4) redacción del informe sobre impactos y opciones políticas, y 5) seguimiento y evaluación de impactos y resultados.

La primera fase, la de cribado, es de crucial importancia, ya que a partir de una valoración preliminar de los posibles impactos de la intervención en la salud y las desigualdades permite decidir sobre la necesidad de realizar una evaluación del impacto en la salud completa. Esta fase también permite establecer prioridades cuando se trata de seleccionar las políticas más adecuadas para su evaluación en función de criterios preestablecidos. De este modo, según su alcance, se diferencian dos tipos de cribado: el cribado en profundidad, que se aplica de manera individualizada y analiza los impactos con mayor detalle, y el sistemático, que consiste en cribar todas las intervenciones de un área o sector determinado en un mismo proceso<sup>17</sup>.

Países Bajos<sup>18</sup>, Suecia<sup>19</sup>, Dinamarca<sup>20</sup> e Irlanda<sup>21</sup> han sido pioneros en la elaboración y la aplicación sistemática de herramientas de cribado para la evaluación del impacto en la salud, tipo *checklist*, en las administraciones públicas. En el caso holandés, el cribado se realizó para estimar la prevalencia de políticas nacionales con posible impacto en los determinantes de la salud. En Suecia se desarrolló y aplicó una herramienta de cribado para identificar, por un lado, los departamentos o ministerios con mayor número de intervenciones que previsiblemente impactarían sobre la salud, y por otro los



**Figura 1.** Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin<sup>6</sup> y Navarro et al.<sup>2</sup>.

objetivos de su política de salud con más frecuencia afectados. Se estimó que un 33% de todas las políticas analizadas necesitarían someterse a una evaluación del impacto en la salud completa. De ámbito regional, destacan las experiencias de Québec<sup>22</sup>, Columbia Británica<sup>23</sup>, Inglaterra<sup>24</sup>, Gales<sup>25</sup>, Escocia<sup>26</sup> y Minnesota<sup>27</sup>, y en el ámbito subregional cabe destacar el caso de la Greater London Authority (GLA)<sup>28</sup>, que desarrolló su propia herramienta de cribado, y la elaborada por el Devon Health Forum<sup>29</sup>. También se han desarrollado herramientas de cribado para sectores específicos, como vivienda<sup>30</sup>, diseño urbanístico<sup>31</sup> y medio ambiente físico y social<sup>32</sup>, o para diferentes dimensiones de la salud, como la salud mental<sup>33</sup>. Además, aunque todas ellas se basan en un modelo de determinantes sociales de la salud, algunas se han orientado específicamente hacia el impacto en las desigualdades en salud<sup>34</sup>.

Una parte sustancial de la evaluación del impacto en la salud, al igual que la estrategia de salud en todas las políticas, es la acción intersectorial. La intersectorialidad trata de superar la fragmentación de las políticas y ofrece una nueva vía para planificar, implementar y monitorizar la provisión de servicios públicos. Aunque hay diferentes modalidades de trabajo intersectorial, para alcanzar el objetivo de introducir la salud en todas las políticas, las relaciones con los sectores no sanitarios deben ir más allá del intercambio de información, la cooperación y la coordinación. El sector de la salud necesita llevar a cabo un trabajo conjunto con los otros sectores, mediante la integración conceptual de objetivos, la integración administrativa de ciertos procesos y la determinación de superar los feudos cerrados de cada sector<sup>35</sup>.

El impulso de la evaluación del impacto en la salud requiere también la aplicación de herramientas adaptadas al contexto y validadas, para lo cual es necesario avanzar en su desarrollo metodológico. La incipiente experiencia del equipo investigador, que ya había participado en la evaluación del impacto en la salud de un proyecto local<sup>36</sup>, ponía de manifiesto la necesidad de avanzar en el conocimiento de su aplicación en el ámbito autonómico. Para ello se diseñó un proyecto de investigación destinado a validar una herramienta de cribado sistemático, que en el futuro permitiera priorizar las políticas autonómicas sectoriales que pudieran ser sometidas a una evaluación del impacto en la salud completa. Así, se elaboró un instrumento tipo *checklist* cuya validez fue estudiada mediante la realización del cribado de las intervenciones seleccionadas, y la valoración de las percepciones de los y las responsables de las políticas sectoriales sobre el proceso y la herramienta.

Para seleccionar las intervenciones en función de los diferentes tipos de políticas autonómicas existentes fue necesario caracterizar la población a estudiar. El presente artículo describe los resultados de este proceso de caracterización de las políticas sectoriales del Gobierno Vasco, que incluye la valoración del trabajo intersectorial desarrollado.

### Aspectos metodológicos

Se trata de un estudio descriptivo sobre el proceso de elaboración de una tipología de las políticas sectoriales autonómicas, incluido como fase previa al cribado sistemático llevado a cabo para validar la herramienta elaborada *ad hoc*.

#### Recopilación, análisis y tipificación de las políticas sectoriales

El marco muestral del estudio lo componían las políticas planificadas por los departamentos del Gobierno Vasco en la octava legislatura (2005-2009). El criterio de inclusión fue pertenecer a un departamento que tuviera entre sus competencias la planificación de tres ámbitos sectoriales de los cuales hubiera evidencia publicada sobre su relación con la salud, como son vivienda, transporte

y empleo. Se excluyeron las políticas del Departamento de Sanidad porque el desarrollo de la evaluación del impacto en la salud inicialmente centraba su atención en los sectores no sanitarios.

De este modo, fueron incluidas en el estudio las políticas dirigidas a personas residentes en el País Vasco y planificadas en el periodo de la legislatura por las direcciones de los siguientes departamentos: Vivienda-Asuntos Sociales, Transportes-Obras Públicas y Justicia-Empleo-Seguridad Social. Las direcciones responsables de la gestión interna del departamento (Dirección de Servicios, Dirección del Gabinete de Apoyo, etc.) no participaron.

#### Proceso de comunicación interdepartamental y de intercambio de conocimiento sobre las políticas sectoriales y los determinantes sociales de la salud

Para el trabajo intersectorial con los departamentos se planificó una estrategia de trabajo horizontal y apoyo metodológico, evitando el Departamento de Sanidad como lugar de trabajo. El proceso de comunicación se estructuró en tres fases, en las cuales se mantuvieron dos niveles de relación, uno político y otro técnico:

- 1) Para establecer la relación formal se envió una carta a las viceconsejerías de los departamentos elegidos, en la que se notificaba la existencia del proyecto. Seguidamente, se presentó el proyecto a las direcciones y se solicitó, a cada una de ellas, la designación de una persona de nivel técnico para participar en el estudio.
- 2) Tras expresar la disponibilidad total del equipo investigador para informar, exponer los principios de la evaluación del impacto en la salud y los modelos de salud subyacentes, y apoyar en el proceso, se enviaron los cuestionarios de recogida de información sobre cada intervención planteada (fig. 2).

**POR FAVOR, RELLENE UN CUADRO POR CADA UNA DE LAS ACCIONES. MUCHAS GRACIAS**

<b>1. Título o nombre de la acción</b>
<b>2. Tipo de acción:</b> Se trata de un proyecto legislativo (ley, decreto, orden, resolución, etc.), un plan, un programa, una actuación significativa, otro tipo...
<b>3. Grado de desarrollo:</b> La acción (a) se encuentra en proceso de elaboración/discusión de contenidos; (b) es un borrador: propuesta elaborada aún sin aprobar (provisional); (c) es una acción aprobada; (d) es una acción iniciada; (e) otro (especificar cuál)
<b>4. Objetivo (general y específicos) y breve descripción de la acción</b>
<b>5. Población a la cual va dirigida la acción:</b> Población general o grupos sociales específicos definidos por sexo, edad, ámbito geográfico, grupo socioeconómico, lugar de nacimiento u otras
<b>6. Fecha de entrada en vigor:</b> Fecha en la que entró en vigor (y de finalización en su caso) o fecha previsible de entrada en el futuro
<b>7. Otros comentarios:</b> Información que estime de interés sobre la acción y que no haya sido recogida en los anteriores puntos

**Figura 2.** Cuestionario para recoger la información sobre las políticas no sanitarias planificadas por los departamentos para la octava legislatura del Gobierno Vasco, 2005-2009.

**Tabla 1**  
Número de políticas sectoriales (n) planificadas en cada dirección de las viceconsejerías incluidas en el estudio. Gobierno Vasco, octava legislatura, 2005-2009

Viceconsejería	Dirección	n
Justicia	Derechos humanos	3
	Ejecución penal	1
Empleo y seguridad social	Empleo y formación	13
	Economía social	8
Inserción social y familia	Inserción social	8
	Familia	5
Transportes y obras públicas	Meteorología	1
	Puertos	2
	Transportes	19
Vivienda	Planificación de vivienda	15
	Suelo y urbanismo	3
	Vivienda, innovación y control	8
Asuntos sociales	Inmigración	2
	Bienestar social	9
	Drogodependencias	1
Total		97

3) Tras su análisis, se envió el informe descriptivo de las políticas analizadas con una carta de agradecimiento a las viceconsejerías y direcciones participantes.

El trabajo de recogida de información sobre las intervenciones de los departamentos se llevó a cabo entre diciembre de 2007 y marzo de 2008.

#### *Criterios de clasificación para la definición de tipologías de las políticas sectoriales*

Se obtuvo una tasa de respuesta del 100%. De las 107 actuaciones recogidas se excluyeron 10 por presentar serias limitaciones en la información, o por ir dirigidas a la organización de congresos, reuniones o premios. Las 97 restantes (tabla 1) se clasificaron en tipologías basándose en elementos considerados en otros cribados<sup>19</sup>, así como en elementos relevantes para el equipo investigador desde el punto de vista del diseño de las intervenciones. Se definieron cuatro criterios: 1) tipo de determinante de la salud previsiblemente afectado, 2) población diana, 3) tipo de política y 4) estado/momento de desarrollo de la intervención.

- 1) El tipo de determinante de la salud afectado por las políticas sectoriales se clasificó según el marco conceptual de la CDSS en dos niveles, uno estructural y otro intermedio. De este modo era posible, en la fase posterior de cribado sistemático, estudiar separadamente la validez de la herramienta en políticas de impacto en factores determinantes de la estratificación social y en las responsables de diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones materiales de vida. Previamente se revisó la evidencia científica disponible para conocer la relación entre los determinantes en estudio, la salud y las desigualdades en salud<sup>37,38</sup>. Antes de llevar a cabo la clasificación se analizaron las políticas para conocer sus diferentes componentes e identificar los determinantes con un impacto previsible.
- 2) En cuanto a la población objeto de la intervención, se distinguieron las intervenciones poblacionales de las dirigidas a grupos sociales específicos, de acuerdo con las diferentes aproximaciones a la hora de definir políticas para disminuir las desigualdades en salud. Las estrategias poblacionales tienen en cuenta el gradiente social, mientras que las focalizadas en grupos generalmente están dirigidas a grupos vulnerables<sup>39</sup>. Las primeras comprendían las personas del País Vasco en su conjunto, y las segundas sectores de población definidos por sexo, edad, ámbito geográfico, grupo socioeconómico o lugar de nacimiento.
- 3) Tipo de política: el Gobierno Vasco clasificaba las políticas sectoriales de su octava legislatura como normas legales

(leyes, decretos y órdenes), planes-programas y actuaciones significativas<sup>40</sup>. Esta clasificación, que diferencia las políticas en normativas y no normativas, no permitía conocer la validez de la herramienta según el desarrollo de las intervenciones. Por ello, se decidió reclasificarlas según la naturaleza de la planificación<sup>41</sup>. Así, se establecieron dos niveles: uno normativo/estratégico y otro táctico/operacional. El primer nivel aglutinaba las políticas enfocadas al cambio de valores o de ideología, que buscan alcanzar grandes objetivos del sistema y marcan las prioridades de actuación. Se correspondían con las leyes y planes generales. Las definidas como táctico/operacionales conciernen a objetivos generales, específicos y operacionales, y se elaboran para estructurar y programar las actividades y los recursos que permitan alcanzar las metas recogidas en las intervenciones normativo/estratégicas. Pertenecían a este grupo las órdenes legales, los programas, los proyectos y las actuaciones específicas.

- 4) Finalmente se diferenciaron las intervenciones aprobadas, o ya en marcha, de las que todavía se encontraban en fase de discusión de contenidos o borrador. Desde el punto de vista de la evaluación del impacto en la salud, este factor es el que determina si es posible hacer una evaluación prospectiva e incorporar sus recomendaciones a la intervención. En el caso de las ayudas o convenios de carácter periódico, se clasificaron como no iniciados por la oportunidad de mejora en las sucesivas convocatorias.

La clasificación de las políticas sectoriales se llevó a cabo en sesiones de trabajo grupal del equipo investigador. El ejemplo del Plan Director de Vivienda puede ilustrar esta parte del proceso. Se identificaron como componentes la mejora de la accesibilidad a la vivienda, la mejora de las condiciones de la vivienda y la regeneración urbana. Su misión era la de «atender de manera integral las necesidades de vivienda, especialmente las de las personas más necesitadas. . .». Por ser un plan enfocado a reducir las desigualdades sociales, se consideró de impacto en determinantes estructurales. Por constar de la misión y ocho líneas estratégicas, que para su implementación requerían la elaboración posterior de diferentes órdenes y decretos, se incluyó entre las políticas normativo/estratégicas. Además, era poblacional y no iniciada.

#### *Selección de las políticas para el cribado y la evaluación del proceso*

El análisis de la información sobre las 97 políticas no sanitarias incluidas permitió clasificarlas según los criterios descritos anteriormente (tabla 2). Un 66% ya estaban iniciadas, probablemente por lo avanzado de la legislatura y porque la mayor actividad planificadora ocurre al principio de ésta. No obstante, a pesar de la diferencia absoluta en el número de intervenciones entre los dos estratos, no se apreciaron diferencias en su patrón de distribución en cuanto al resto de los criterios.

Por el tipo de estudio, se consideró inapropiado un diseño cuantitativo para el cálculo del tamaño muestral, por lo que se estimó en 14 el número de políticas asumibles para someter a la herramienta de cribado, desde un punto de vista de consumo de recursos económicos y de tiempo de ejecución.

Los criterios de selección fueron ser una política no iniciada y pertenecer a uno de los ocho tipos definidos. Aunque se tuvo en cuenta que resultaran seleccionadas intervenciones de todos los tipos, en el caso de las relacionadas con determinantes intermedios y de carácter normativo/estratégico sólo se pudo seleccionar una de las dos existentes, pues la otra estaba en una fase muy preliminar de elaboración.

La acción intersectorial desarrollada en esta fase previa al cribado se incluyó también en el estudio cualitativo llevado a cabo al final del proyecto. Dicho estudio sirvió para evaluar el proceso

**Tabla 2**

Clasificación de las políticas sectoriales en función del nivel de determinante social de la salud afectado, de la población diana, del tipo de política y del momento de ejecución. Gobierno Vasco, octava legislatura, 2005-2009

Planificación	Determinantes estructurales <sup>a</sup>		Determinantes intermedios		Total
	Población n (%)	Grupos n (%)	Población n (%)	Grupos n (%)	
<i>Intervenciones en fase de borrador o discusión de contenidos</i>					
Normativa/estratégica	7 (46,7)	6 (40,0)	1 (6,7)	1 (6,7)	15
Táctica/operacional	6 (33,3)	7 (38,9)	2 (11,1)	3 (16,7)	18
Total	26 (78,8) <sup>b</sup>		7 (21,2) <sup>b</sup>		33
<i>Intervenciones aprobadas o iniciadas</i>					
Normativa/estratégica	2 (40,0)	3 (60,0)	–	–	5
Táctica/operacional	6 (10,2)	37 (62,7)	8 (13,6)	8 (13,6)	59
Total	48 (75,0)		16 (25,0)		64

<sup>a</sup> Las intervenciones con impacto en determinantes estructurales, aunque tienen efecto a nivel intermedio, se han clasificado como estructurales. Así, las incluidas en las casillas de determinantes intermedios son las que únicamente actúan como tales.

<sup>b</sup> Los porcentajes corresponden al total de la fila.

de trabajo interdepartamental, la validez aparente (*face validity*) y la aplicabilidad de la herramienta de cribado. Se organizaron dos grupos de discusión destinados a recoger las vivencias y las percepciones de 11 personas de nivel técnico responsables de las políticas sectoriales participantes.

## Resultados

Las políticas sectoriales analizadas tenían impacto fundamentalmente sobre los determinantes estructurales de las desigualdades en salud (76%), eran con más frecuencia de naturaleza táctica/operacional (79%) y se dirigían en mayor medida a grupos específicos de población (67%). Así, el tipo más prevalente fue el conformado por políticas con impacto en factores estructurales relacionados con las desigualdades en salud, dirigidas a grupos sociales concretos y con alcance táctico/operacional, es decir, con alta especificidad de los objetivos y de los recursos ( $n = 44$ ; 45%). La frecuencia del resto de los tipos variaba entre el 12 y el 1%.

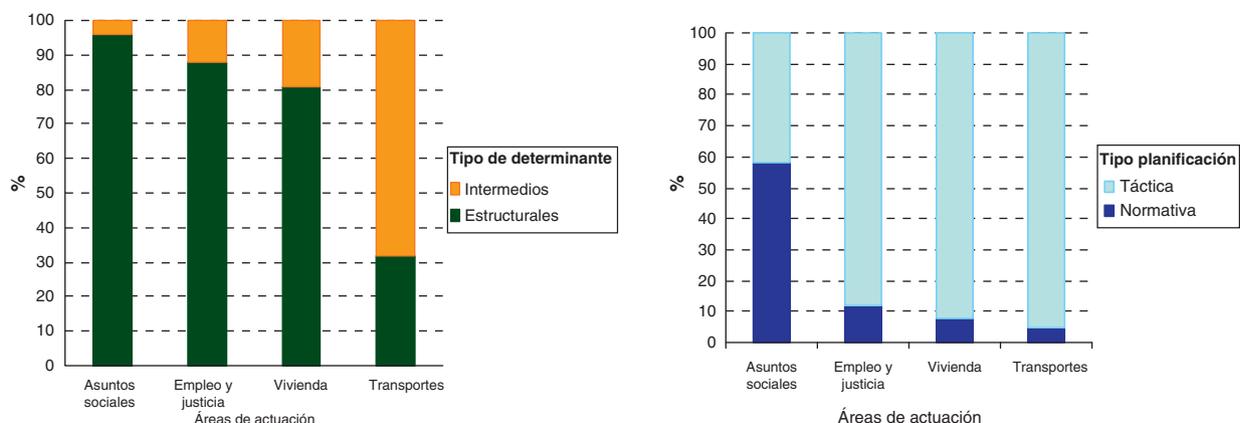
De las 20 políticas sectoriales de tipo normativo/estratégico planificadas, el 90% eran de potencial impacto sobre los determinantes estructurales que inician la cadena de las desigualdades sociales en salud. En cuanto a la población objeto de la intervención, se observó que las políticas que actuaban sobre determinantes estructurales se dirigían preferentemente a grupos sociales específicos (71%), mientras que las de previsible impacto en determinantes intermedios se orientaban paritariamente a población general y poblaciones específicas (52%).

La distribución de las intervenciones entre los sectores participantes, Asuntos Sociales, Vivienda, Empleo-Justicia y Transportes, era bastante homogénea (intervalo del 23% al 26%). Las más frecuentemente relacionadas con determinantes estructurales de las desigualdades en salud fueron las de Asuntos Sociales, seguidas de las elaboradas en Empleo-Justicia, Vivienda y, por último, Transportes. Las políticas de Asuntos Sociales fueron también las de mayor proporción de planificación normativo/estratégica, ya que el 58,3% del total del sector se encaminaba a la reorientación de las actuaciones hacia los grandes objetivos de la organización (fig. 3).

La tabla 3 muestra las 14 intervenciones que resultaron seleccionadas para continuar con la siguiente fase del proyecto, la validación de una herramienta de cribado sistemático, cuyos resultados no se presentan en este artículo. Las percepciones del personal técnico de los departamentos participantes acerca de esta iniciativa, de su justificación y del proceso fueron positivas. La posibilidad de articular las distintas políticas de forma coordinada y transversal se valoraba de manera favorable, y en el área de la salud se reconocía especialmente justificada:

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

«...la gente que trabajamos en el área social, pues este tipo de planteamientos, digamos, pues es parte de nuestro credo... que



**Figura 3.** Distribución de las actuaciones por el tipo de determinante previsiblemente afectado y el nivel de planificación según el ámbito sectorial. Gobierno Vasco, octava legislatura, 2005-2009.

**Tabla 3**  
Políticas autonómicas sectoriales priorizadas para el cribado sistemático y sus tipos. Gobierno Vasco, octava legislatura, 2005-2009

Nombre de la política autonómica no sanitaria	Tipo
Ley de apoyo a las familias	E N P
Plan director de vivienda 2006-2009	E N P
Plan territorial sectorial de la red intermodal y logística del transporte de la Comunidad Autónoma del País Vasco	E N P
Plan interinstitucional de inclusión social 2007-2009	E N G
Norma básica sobre derechos y deberes de las ciudadanas y ciudadanos inmigrantes residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco	E N G
V Plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2004-2008	E N G
II Plan vasco para la promoción integral y participación social del pueblo gitano	E N G
Ayudas a organizaciones y movimientos sociales que desarrollan actividades a favor de la paz y los derechos humanos en el País Vasco	E T P
Subvenciones para la rehabilitación del patrimonio urbanizado en áreas de rehabilitación integradas y áreas degradadas	E T P
Formación y asesoramiento a la promoción de iniciativas empresariales	E T G
Creación de la defensoría de la infancia y la adolescencia	E T G
Ayudas para la instalación de ascensores o similares en zonas de fractura urbana en municipios de la Comunidad Autónoma del País Vasco	I T P
Procedimiento operativo en situaciones de olas de calor y temperaturas extremas	I T P
Ayudas para la formación en economía social	I T G

E: impacto en determinantes estructurales; I: impacto en determinantes intermedios; N: planificada a nivel normativo; T: planificada a nivel táctico; P: dirigida al total de la población; G: dirigida a grupos.

la pobreza genera enfermedad y la enfermedad genera pobreza. Entonces, que este tipo de planteamiento vaya calando y en el futuro no sólo en el Departamento de Sanidad si no en otros... haya una orientación a objetivos por parte del Gobierno, una visión de conjunto y que las piezas sean parte de un puzzle. . . » H2

Del mismo modo, se juzgaba favorablemente el trato vivido durante la experiencia intersectorial, y se destacaba la importancia de trabajar «desde abajo», es decir, teniendo en cuenta el papel de profesionales y técnicos como agentes necesarios para los cambios:

«... Yo digo que realmente a mí me ha gustado mucho más como se nos ha trabajado a los técnicos desde aquí, mucho más acercamiento, más apoyo a la hora de rellenar unas simples fichas... No sirve de nada que nos impongan desde arriba el que el Viceconsejero vaya a lanzarla muy concienciado, si a mí tampoco me hacen labor de concienciación y no se trabaja conmigo...» Md

### Conclusiones, lecciones aprendidas y aspectos para la reflexión

Esta propuesta de elaboración de una tipología constituye la primera experiencia estatal en la clasificación de las políticas autonómicas no sanitarias aplicando el modelo de la CDSS, y aporta elementos para la aplicación de la evaluación del impacto en la salud que las experiencias previas de cribados sistemáticos en administraciones públicas (Suecia, Holanda e Irlanda) no han publicado.

Con respecto a los tipos obtenidos cabe destacar, por un lado, que las políticas agrupadas dentro de los sectores de Asuntos Sociales fueron las clasificadas con más frecuencia como de previsible impacto en determinantes estructurales de las desigualdades en salud. Se trata de ámbitos muy relacionados con el desarrollo del estado del bienestar y la disminución de las desigualdades sociales. Por otro lado, las intervenciones de los sectores de Vivienda y Empleo-Justicia, que según el modelo de la CDSS se relacionan

principalmente con determinantes intermediarios de la salud, en este proyecto resultaron clasificadas, en una alta proporción, entre las de potencial impacto sobre los determinantes estructurales. La razón fue que se planificaron desde una perspectiva de disminución de las desigualdades sociales. Entre las de Transportes también se identificaron políticas con impacto estructural, porque se desarrollaban con un enfoque de desarrollo sostenible.

Desde el punto de vista del tipo de planificación, las políticas de Asuntos Sociales destacaron por ser las de mayor porcentaje de acciones normativo/estratégicas. En general, marcaban grandes orientaciones para el logro de objetivos destinados al avance del estado del bienestar. En el caso de Vivienda, la planificación se articulaba a partir de un plan director que se desarrollaba a través de órdenes y decretos, por lo que adquiría mayor peso la planificación táctica. En Transportes y Empleo-Justicia también destacaban uno o dos planes estratégicos, y el resto eran intervenciones tácticas no siempre relacionadas con dichos planes.

Es necesario señalar que los resultados obtenidos en este trabajo no son representativos de las intervenciones del Gobierno Vasco en su conjunto, ya que la selección de los departamentos no se realizó con criterios de representatividad, sino más bien exploratorios y prácticos. Hay que añadir, además, que la calidad y la exhaustividad de la información recibida pudo estar condicionada por factores relacionados con la carga de trabajo y el diferente grado de sensibilización con el modelo de los determinantes sociales de la salud de las personas participantes.

No obstante, a pesar de la falta de representatividad, los resultados permiten conocer las características de las políticas autonómicas<sup>17</sup>, y sugieren que las dirigidas a grupos específicos de población predominan claramente sobre las estrategias poblacionales, en especial en las de impacto en determinantes estructurales de las desigualdades en salud, lo cual podría reflejar que responden más a una estrategia de actuación sobre grupos vulnerables. Más allá de la necesidad de realizar otros estudios que confirmen estos resultados, parece apropiado proponer mecanismos para introducir la visión poblacional en el diseño de las políticas autonómicas.

En el contexto de la estrategia de salud en todas las políticas, la fase de tipificación de las intervenciones puede constituir un primer acercamiento al trabajo intersectorial. No sólo favorece el trabajo con los sectores no sanitarios, sino también el proceso de sensibilización sobre los determinantes sociales de la salud dentro de la organización. Por todo ello, es muy importante tener en cuenta que las vías y los modos de comunicación interdepartamental desempeñan un papel crucial a la hora de lograr el objetivo de hacer las políticas públicas más justas y saludables. En la consecución de dicho objetivo tiene especial relevancia el compromiso político del sector sanitario, que si se acompaña de una continua y adecuada comunicación entre los equipos del área de la salud y de los ámbitos sectoriales participantes presumiblemente aumente las probabilidades de éxito<sup>42</sup>. El equipo de trabajo de este estudio expresó su total disponibilidad de apoyo desde el principio del proyecto, y acudió a mostrar de manera rápida el modelo de los determinantes sociales de la salud en el lugar y tiempo más convenientes para las personas responsables de las políticas sectoriales.

La fase de tipificación supone un gran avance en lo que respecta al desarrollo metodológico de la evaluación del impacto en la salud. Además de facilitar la validación de la herramienta de cribado diseñada, aporta conocimiento sobre cómo ordenar y clasificar las políticas sectoriales para establecer prioridades dirigidas por el contexto, bien para el cribado o para la evaluación del impacto en la salud completa. En Suecia<sup>19</sup> y Holanda<sup>18</sup> se realizó el cribado de los términos de referencia que elabora el parlamento para los ministerios del gobierno. Aunque en el último se llevó a cabo un precribado del título de los documentos parlamentarios

(50 a 100 por día), ambas experiencias, realizadas puntualmente, suponen un trabajo intenso y extenso.

De este modo, el valor añadido de la elaboración de una tipología radica en que, ante la imposibilidad de estudiar todas las políticas planificadas (107 en tres departamentos del Gobierno Vasco), permite priorizar intervenciones según las líneas estratégicas de las organizaciones. Así, la selección podría dirigirse al logro de grandes objetivos de salud pública<sup>19</sup>, o al de los objetivos de un plan estratégico regional<sup>43</sup> o nacional. También es posible poner el acento en el alcance en términos de planificación (leyes o programas), o en la estrategia de abordaje de la población diana (en el caso de políticas contra las desigualdades sociales). Teniendo en cuenta el momento actual de elaboración de nuevas leyes de salud pública, en las cuales puede contemplarse el cribado como una vía de introducción de la evaluación del impacto en la salud, la clasificación de las políticas en tipos resultaría de gran utilidad.

La aplicación del modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud a la planificación de las actuaciones de las administraciones públicas abre nuevas perspectivas de futuro para la mejora de la acción intersectorial. Avanzar más allá de la conceptualización de la salud que propone el enfoque biomédico permite una mejor comprensión de los factores que tienen impacto en la salud, y en consecuencia, la elaboración de estrategias apropiadas para lograr decisiones políticas más saludables y justas<sup>44</sup>.

Este modelo, además, favorece que los sectores no sanitarios tomen conciencia de su responsabilidad en la salud de la población, y les brinda la oportunidad de asumir el protagonismo que históricamente ha residido en el ámbito sanitario.

### Contribuciones de autoría

E. Aldasoro, A. Bacigalupe y S. Esnaola participaron en la concepción y el diseño del estudio. E. Aldasoro, A. Bacigalupe y E. Sanz participaron en la adquisición de la información y en la interpretación de los resultados. C. Calderón diseñó el estudio cualitativo, moderó los grupos de discusión y analizó los resultados. E. Aldasoro, E. Sanz y A. Bacigalupe redactaron el manuscrito. S. Esnaola, C. Calderón, J. Zuazagoitia y K. Cambra han contribuido con la revisión crítica del manuscrito.

### Financiación

Este proyecto de investigación sobre la «Validación de una herramienta de cribado sistemático para la evaluación del impacto en la salud de las políticas autonómicas» ha sido financiado con una Ayuda de Investigación Comisionada del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2006COM01).

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

A todas las personas que han hecho posible la realización de este trabajo, principalmente al personal directivo y técnico de los Departamentos de Justicia, Empleo y Seguridad Social, Transportes y Obras Públicas, y Vivienda y Asuntos Sociales, de la octava legislatura del Gobierno Vasco, cuya colaboración ha sido imprescindible en el desarrollo de este proyecto. Asimismo, agradecemos el apoyo del personal directivo del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco por el impulso y el trabajo a favor de la evaluación del impacto en la salud llevados a cabo durante los últimos 7 años.

### Bibliografía

- Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Navarro V, Benach J, por la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University; 1996.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358:2468-81.
- Marmot M, Atkinson T, Bell J, et al. Fair society, healthy lives. En: Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Secretary of State for Health; 2010.
- Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine*. 2007;64:1355-62.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO, Commission on Social Determinants of Health; 2007.
- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Swedish National Institute of Public Health. Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden. Swedish National Institute of Public Health; 2003.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006-2007) to the Storting. Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2006.
- Finland Ministry of Social Affairs and Health. National action plan to reduce health inequalities 2008-2011. Helsinki: Publications of the Ministry of Social Affairs and Health; 2008.
- Department of Health. Saving lives: our healthier nation. London: Department of Health; 1999.
- Stahl T, Wismar M, Ollila E, et al., editores. Health in all policies, prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health. Health Department; 2006.
- WHO European Centre for Health Policy. Health impact assessment. En: Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.
- Elliott E, Harrop E, Williams GH. Contesting the science: public health knowledge and action in controversial land developments. En: Bennett P, Calman K, Curtis S, et al, editores. Risk communication in public health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- Lock K. Health impact assessment of foreign and security policy: background paper. En: Kelley L, Lock K, Ingram A, editores. The role of health impact assessment. London: The Nuffield Trust; 2006.
- Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, et al. La evaluación del impacto en la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit*. 2009;23:62-6.
- Taylor L, Gowman N, Lethbridge J, et al. Deciding if health impact assessment is required (screening for HIA). *Learning From Practice*. 2003.
- Varela Put G, Den Broeder L, Penris M, et al. Experience with HIA at national policy level in the Netherlands. A case study. En: Policy Learning Curve Series n° 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
- National Institute of Public Health. The need for health impact assessment. En: Screening the terms of reference of Swedish official government reports. National Institute of Public Health; 2004.
- Ravn AK, Nicolaisen H, et al. Screening tool development for health impact assessment of large administrative structural changes. *Scand J Public Health*. 2008;36:789-94.
- Institute of Public Health in Ireland. Health impact assessment: screening for health impacts. Dublin: Institute of Public Health in Ireland; 2005. (Consultado el 22/1/2011.) Disponible en: <http://www.publichealth.ie/files/file/HIA%20Tools/Final%20IPH%20HIA%20Screening%20tool.doc>.
- National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Health impact assessment in Quebec: when the law becomes a lever for action. October 2008. Disponible en: <http://www.ncchpp.ca/docs/GEPPS.HIAQuebecAOct2008.pdf>.
- Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. Health impact assessment tool kit: a resource for government analysts. British Columbia, Canada. Population Health Resource Branch, Ministry of Health; 1994.
- Westminster tool kit: health and well-being - a screening tool for assessing the impacts of committee reports on health and well-being in Westminster. Disponible en: [http://www.hiaconnect.edu.au/files/Toolkit%20Final%201%20June%2005%20\(2\).pdf](http://www.hiaconnect.edu.au/files/Toolkit%20Final%201%20June%2005%20(2).pdf).
- Browsing countryside council for Wales HIA screening tool. Disponible en: <http://www.apho.org.uk/resource/browse.aspx?RID=47661>.
- Health impact screening checklist. Margaret Douglas. Lothian NHS Board. Disponible en: [http://www.nhslothian.scot.nhs.uk/hia/HI.checklist8\\_010206.pdf](http://www.nhslothian.scot.nhs.uk/hia/HI.checklist8_010206.pdf).
- Health impact assessment generic screening tool. Minnesota Department of Health. Disponible en: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44898>.
- Greater London Authority. Health impact assessment: a screening tool for the GLA. Strategic level. London: GLA; 2001. (Consultado el 11/11/2009.) Disponible en: [http://www.london.gov.uk/mayor/health.commission/reports/hia\\_draft\\_hia.screen.pdf](http://www.london.gov.uk/mayor/health.commission/reports/hia_draft_hia.screen.pdf).

29. Devon Health Forum. Health and wellbeing screening checklist. A guide to using health impact assessment in your organisation. 2003. (Consultado el 23/11/2010.) Disponible en: [http://www.nice.org.uk/media/hiadocs/Health\\_and\\_Well\\_Being\\_Screening\\_Checklist.pdf](http://www.nice.org.uk/media/hiadocs/Health_and_Well_Being_Screening_Checklist.pdf).
30. Douglas M, Thompson H, Gaughan M. Health impact assessment of housing improvements. A guide. Glasgow: National Health Service Scotland. (Consultado el 23/11/2010.) Disponible en: [http://www.healthscotland.com/uploads/documents/PHIS\\_HIAGuide.pdf](http://www.healthscotland.com/uploads/documents/PHIS_HIAGuide.pdf).
31. Forsyth A, Schively Slotterback C, Krizek KJ. Health impact assessment in planning: development of the design for health HIA tools. *Environ Impact Asses Rev.* 2010;30:41–2.
32. Buroni A, Hill D, Miller A, et al. Health impact assessment spatial susceptibility screening toolkit. Brighton: University of Brighton; 2002.
33. National Mental Health Development Unit and English National MWIA Collaborative. Mental well-being checklist. (Consultado el 11/11/2010.) Disponible en: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=95836>.
34. National Public Health Service for Wales. Health inequalities impact assessment: screening. 2004. (Consultado el 23/11/2010.) Disponible en: <http://www.hiaconnect.edu.au/files/HIIA%20Bro.Taf.all.pdf>.
35. Solar O, Valentine N, Rice M, et al. Moving forward to equity in health. Partnership and intersectoral action: conference working document. En: 7th Global Conference on Health Promotion. October 2009.
36. Esnaola S, Bacigalupe A, Calderón C, et al. Evaluación del impacto en la salud del Plan de Reforma Integral de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo; 2008.
37. Thomson H, et al. Assessing the unintended health impacts of road transport policies and interventions: translating research evidence for use in policy and practice. *BMC Public Health.* 2008;8:339.
38. Bamba C, Gibson M, Sowden A, et al. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health.* 2010;64:284–91.
39. Whitehead M, Dahlgren G. *Levelling up* (part 1). Copenhagen: WHO; 2006.
40. Gobierno Vasco. Informe sobre el documento de planificación de la acción del gobierno correspondiente a la VIII legislatura 2005–2009. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2005.
41. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé. Concepts, méthodes. En: *Stratégies*. Montreal: Editions Nouvelles; 1995.
42. Council for Science and Technology. *Health impacts: a strategy across government*. London: CST; 2006.
43. Department of Health. Government of South Australia. *The South Australian approach to health in all policies: background and practical guide*. Government South Australia; 2010.
44. Kemm J, Parry J. What is HIA? Introduction and overview. En: Kemm J, Parry J, Palmer S, editores. *Health impact assessment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.