

Conceptos y guía de análisis de impacto en salud para la Región de las Américas



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
Américas

OFICINA REGIONAL PARA LAS

Conceptos y guía de análisis de impacto en salud para la Región de las Américas



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

Washington, D.C. 2013

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Conceptos y guía de análisis de impacto en salud para la Región de las Américas. Washington, DC : OPS, 2013.

1. Evaluación del Impacto en la Salud – tendencias. 2. Políticas Públicas. 3. Impacto Ambiental. 4. Equidad en Salud. 5. Equidad en Cobertura. 6. Américas. I. título. II. Raúl Sánchez-Kobashi M. III. Antonio J. Berlanga-Taylor.

ISBN 978-92-75-31805-8

(Clasificación NLM: WA 30.5)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE) podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Contenido

Acrónimos	v
I. Introducción	1
II. Evaluación de impacto ambiental (EIA)	5
II.1 Origen y definición de la evaluación de impacto ambiental.....	7
II.2 ¿Análisis de impacto en salud o evaluación de impacto en salud?	10
II.3 Métodos para el análisis de impacto en salud	11
II.4 El análisis de impacto en salud dentro del proceso de elaboración de políticas públicas	13
II.5 Cultura de evaluación de impacto en salud y uso de análisis de impacto en salud en la Región de las Américas.....	14
III. Análisis de impacto en salud	19
III.1 Introducción, definición y origen del análisis de impacto en salud	21
III.2 Conceptos del análisis de impacto en salud	24
III.3 Determinantes sociales de la salud e inequidades en salud	30
III.4 Salud en Todas las Políticas (STP)	33
III.5 Aplicación del análisis de impacto en salud a nivel mundial y en la Región de las Américas	34
III.6 Legislación relacionada al análisis de impacto en salud	38
IV. Metodología del análisis de impacto en salud	39
IV.1 Sustento científico de la metodología del AIS.....	41
IV.2 Pasos para elaborar un AIS	43
IV.3 Elementos mínimos y estándares generales para un análisis de impacto en salud.....	54
V. Ejemplos de análisis de impacto en salud	57
V.1 Ejemplo en Estados Unidos de América, nivel estrategia (California Department of Public Health, 2010)	59
V.2 Ejemplo en Europa, nivel político (Haigh & Mekel, 2004)	59
VI. Conclusiones	61

Bibliografía	65
---------------------------	----

Anexos	73
---------------------	----

Figuras

Figura II.1 Pasos básicos para un análisis de impacto en salud.....	11
Figura II.2 Análisis de impacto en salud dentro del proceso de planeación.....	14
Figura III.1 Niveles de toma de decisiones.....	21
Figura III.2 Hitos en la evolución del análisis de impacto en salud.....	23
Figura III.3 Relaciones causales en política sobre alcohol.....	27
Figura III.4 Tipo de evidencia para el análisis de impacto en salud.....	28
Figura III.5 Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de la CDSS- OMS.....	31
Figura III.6 Probabilidad de reportar mala salud según categorías de ingresos en mayores de 15 años (Chile, 2000).....	32
Figura III.7 Efectos de la aplicación de medidas que conjugan los suplementos alimentarios y la estimulación psicosocial en niños con retraso en el crecimiento en Jamaica.....	32
Figura III.8 Distribución de la mortalidad infantil por decil de gasto (México, 2000).....	33
Figura IV.1 Flujo de los papeles de la evidencia disponible públicamente, datos locales y la experiencia de los interesados en el proceso del análisis de impacto en salud.....	41
Figura IV.2 Pasos del análisis de impacto en salud.....	54

Tablas

Tabla III.1 Escuelas dentro del ámbito del análisis de impacto en salud.....	26
Tabla III.2 Tipos de análisis de impacto en salud.....	29
Tabla III.3 Número de AIS elaborados por país en la región europea 1994-2005.....	35
Tabla III.4 AIS por sector en la región europea 1994-2005.....	36
Tabla IV.1 Formato de matriz de impacto en salud.....	51
Tabla IV.2 Matriz para resumir los resultados del AIS y formular recomendaciones.....	52

Acrónimos

AII	Análisis de impacto integral
AIS	Análisis de impacto en salud
AIS-Eq	Análisis de impacto en salud con enfoque en equidad
ALyC	América Latina y el Caribe
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CDSS	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
CE	Comisión Europea
CFI	Corporación Financiera Internacional
DSS	Determinantes sociales de la salud
EAE	Evaluación ambiental estratégica (SEA por sus siglas en inglés)
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
EI	Evaluación de impacto
EIA	Evaluación de impacto ambiental
IAS	Evaluación de impacto en ambiente y salud
EUA	Estados Unidos de América
IAIA	Asociación Internacional para el Análisis de Impacto (IAIA por sus siglas en inglés)
MBE	Medicina basada en evidencia
MIS	Matriz de impacto en salud
NEPA	Ley Nacional para Política Ambiental de la Unión Europea (NEPA por sus siglas en inglés)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMB	Oficina de Administración y Presupuesto de la Unión Europea (OMB, por sus siglas en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RU	Reino Unido
STP	Salud en Todas las Políticas
UE	Unión Europea

I. Introducción

I. Introducción

La salud individual y colectiva siempre ha sido fundamental para el desarrollo de los humanos y sus sociedades, por lo cual el debate de cómo es la mejor manera de mantenerla y cuidarla es extenso y con el planteamiento de diversos abordajes. El análisis de impacto en salud (AIS) es un abordaje más que tiene el objetivo de mejorar y mantener la salud de los individuos ofreciendo una herramienta práctica basada en evidencia que permita mejorar los procesos de planeación dentro de los gobiernos.

Desde hace más de 60 años que la Constitución de la OMS entró en vigor y donde se define que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). También se comenta que el “...goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 1948).

Además, por mencionar algunos, se han tenido varios hitos y documentos como la Carta de Ottawa en 1986, el establecimiento de la política en OMS Europa de “Salud para Todos en el siglo XXI” en 1999, el informe sobre “Salud en Todas las Políticas” en 2006, y el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en 2008, en donde se plantea que la salud de las personas y las sociedad no puede ser responsabilidad única del sector salud (OMS, 1986; WHO, 1999; Ståhl, et al., 2006; OMS, 2008). Esto implica que la responsabilidad de que la salud de una población mejore, empeore o se mantenga es compartida entre los diferentes sectores que interactúan en una sociedad. Ahora el reto va más allá de simplemente mantener a una sociedad con indicadores de salud aceptables ya que se ha comprobado que entre y dentro países existen inequidades en salud marcadas, lo cual no demuestra una falta de justicia social.

Recientemente en la Declaración resultante de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS), llevada a cabo en octubre del 2011, la OMS reafirma que existe una equidad de derechos, equidad de deberes y responsabilidades compartidas de todos para la salud (WHO, 2011). De igual forma, se reconoce que el mejoramiento de la salud y bienestar de las personas es el objetivo primordial del desarrollo social y económico. También, se reconoce en dicha Declaración que los cambios en la situación de la salud mundial requieren que se dé efecto a la “Salud para Todos en el siglo XXI” mediante políticas y estrategias relevantes a nivel regional y nacional (WHO, 2011).

Todo esto lleva a que en la Región de las Américas sea necesario aplicar herramientas prácticas que permitan aportar al logro de todos estos compromisos y objetivos. Este documento invita a la reflexión, discusión y a la práctica del AIS en la Región. Cada país tiene un contexto diferente, por lo cual cada país debe ver la mejor forma de practicar esta herramienta, pero lo importante es que se comience a hacerlo para que se pueda aportar al aprendizaje y mejoramiento de una herramienta que tiene mucho que dar como lo es el AIS.

Agradecemos mucho a los autores Raúl Sánchez-Kobashi M y Antonio J. Berlanga-Taylor; así como todos los conocimientos, aprendizajes y experiencias compartidos con relación al análisis de impacto en salud (AIS) por parte de la Dra. Fiona Haigh, Dr. Amit Prasad y Dra. Marilyn Wise durante el “Taller sobre Urban HEART y el análisis de impacto en salud” llevado a cabo en mayo del 2011. Agradecemos a la Dra. Mirta Roses, Dra. Socorro Gross-Galiano, Dr. Luiz Augusto C. Galvão, Dra. Sofia-Leticia Morales, Sra. Marilyn Rice, Dr. Carlos Santos-Burgoa, Dra. Kira Fortune, Sra. Linda Castañola y Sra. Janet Khoddami por sus contribuciones al documento.

II. Evaluación de impacto ambiental (EIA)



II.1 Origen y definición de la evaluación de impacto ambiental

La versión más vieja y establecida de análisis de impacto en salud (AIS) es la evaluación de impacto ambiental (EIA). La creciente preocupación en las economías desarrolladas con relación al impacto de las actividades humanas sobre la salud de los humanos y su ambiente biofísico llevó al desarrollo del concepto de evaluación de impacto ambiental (EIA) en la década de 1960. Durante esa misma década se adoptó una base legal para un instrumento ejecutor de dicho concepto que apoyara en la toma de decisiones y analizara las implicaciones ambientales de las propuestas para continuar con el desarrollo. Es así, que la Ley Nacional para Política Ambiental (NEPA, por sus siglas en inglés) es constituida en los Estados Unidos de América (EUA), siendo efectiva a partir del 1º de enero de 1970, convirtiéndose en la primera de muchas leyes y procedimientos que tomarían efecto en diversos países alrededor del mundo. La Unión Europea (UE) aprobó una Directiva sobre EIA en 1985. Actualmente, la EIA es un requerimiento en la mayoría de los países. De hecho, en algunos países se tienen sistemas y regulaciones para la EIA tanto a nivel nacional/federal como estatal/regional (de Jesus, 2009).

Es por esta razón que el origen identificado de los análisis de impacto en salud (AIS), como se conocen hoy en día, emana de la EIA. Actualmente, también existen AIS que van más allá del entorno biofísico al incluir análisis de impactos sociales y económicos que podrían tener las diferentes propuestas de acción. Algunas instituciones, como por ejemplo, el Banco Africano de Desarrollo, usan la expresión "Análisis de impacto ambiental y social" para enfatizar la inclusión y la importancia de los impactos sociales. Otras formas de AIS se enfocan en tipos específicos de impacto: sociales, en salud, ecológicos o en la biodiversidad, entre otros. Estos AIS se pueden realizar de manera independiente o en un ejercicio conjunto. El término utilizado para la elaboración conjunta de AIS es el análisis de impacto integral (All). Otro término utilizado para los AIS que incluyen las dimensiones medio ambientales, sociales y económicas es análisis de impacto sustentable (de Jesus, 2009). A excepción de la EIA, en la mayoría de los países los AIS no cuentan con un marco legal y en algunos otros ni siquiera con un sistema coordinado para su operación.

A nivel internacional existen una gran variedad de tipos de análisis de impacto en salud. Un AIS puede ser definido simplemente como: "...el proceso de identificar las consecuencias futuras de una acción en curso o propuesta" (IAIA, 2011). Otra definición dada es: "... un conjunto de pasos lógicos a ser seguidos cuando se preparan propuestas de políticas", más aún "...Es un proceso que prepara evidencia para los tomadores de decisiones políticas con relación a las ventajas y desventajas de opciones de políticas posibles por medio de analizar sus impactos potenciales" (European Commission, 2009). Los resultados de estos análisis son resumidos y presentados en un reporte de AIS.

Es muy importante recalcar que el AIS no es nada más que una evaluación de impacto (EI) como comúnmente se conoce en la región de América Latina ya que el propósito es que sea un ejercicio prospectivo y que pueda incidir en la toma de decisiones antes de que éstas se tomen. En dado caso, es una evaluación anterior (ex ante).

El uso de herramientas para el AIS se ha extendido dentro de los países OCDE durante las últimas dos décadas. Algunos países que han logrado introducir con éxito la cultura del AIS en sus procesos regulatorios de manera notable han sido Australia, Canadá, Estados Unidos de América (EUA), Nueva Zelanda y Reino Unido (RU), los cuales comparten un sistema legislativo común (Renda, 2006). Dentro del AIS, el Reino Unido es uno de los países que mayor experiencia tiene junto con Finlandia y Holanda, entre otros (Renda, 2006; Wismar, et al., 2007).

El primer procedimiento completo para analizar los costos y beneficios de una regulación propuesta fue introducido en 1981 en los EUA bajo la administración del Presidente Ronald Reagan, aunque hubo intentos previos en dicho país. El modelo estadounidense para el AIS es, hoy en día, tan penetrante en sus administraciones que cada año la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) publica un cálculo integral de los costos y beneficios de las regulaciones promulgadas en años previos. Como es de esperarse, esto también ha hecho que surja un debate intenso sobre la calidad de los cálculos de los costos y beneficios del gobierno y sobre la confiabilidad de la metodología adoptada para elaborar análisis ex ante. Con todo lo que este tema ha llevado a debate, la experiencia en EUA podría ser considerada como una de las mejores (Renda, 2006).

Mientras tanto, últimamente en la Unión Europea (UE) han proliferado intentos por proveer revisiones integrales de su economía, sobre todo después del 2003 cuando la Comisión Europea (CE) comenzó a desarrollar una lista de indicadores estructurales para el seguimiento de los avances de los estados miembros hacia la metas del Tratado de Lisboa. Más aún, la CE ha intentado detectar de forma específica las relaciones entre reformas sectoriales y progreso general.

Por ejemplo, la CE tiene un sistema de AIS (European Commission, 2009), que antes de que se proponga una nueva iniciativa primero se tiene que analizar las potenciales consecuencias económicas, sociales y ambientales que puede haber. La CE, aunque no explícitamente en algún documento formal, pero sí en su portal de internet, engloba hasta el 20 de octubre del 2011 los diferentes tipos de AIS en 27 grandes rubros (European Commission, 2011) listados en el anexo 1 de este documento.

Esta lista se va actualizando constantemente, ya que depende de las diferentes políticas a las que se les van realizando los AIS.

La Asociación Internacional para el Análisis de Impacto (IAIA, por sus siglas en inglés) tiene la visión de "...ser la red global líder en lo referente a las mejores prácticas en el uso de análisis de impacto en salud para la toma de decisiones informada con relación a políticas, programas, planes y proyectos" (IAIA, 2011). Al mismo tiempo, dicho organismo tiene la misión de: "...proveer al foro internacional, con avances en la innovación y comunicación, de mejores prácticas para cualquier forma de análisis de impacto en salud de tal manera que se desarrolle la capacidad local, regional y global para el análisis de impacto en salud" (IAIA, 2011).

Como se puede observar, el AIS es una práctica necesaria para la toma de decisiones y para la mejora de las políticas, programas o proyectos que se ejercen en los países. Dicho AIS se puede realizar para cualquier tema específico de importancia en el crecimiento y desarrollo de un país, como se pudo ver en el caso ya citado de la CE (European Commission, 2011).

El AIS es importante porque toda decisión de política debe ser basada en un análisis sólido fundamentado por la mejor información disponible. Un sistema que coordine y dé seguimiento a los AIS tiene como objetivos (European Commission, 2009).

- Ayudar a las instituciones a diseñar mejores políticas y leyes.
- Facilitar una toma de decisiones mejor informada durante el proceso legislativo.
- Asegurar una coordinación desde una etapa temprana.
- Considerar la aportación de una gran variedad de actores externos, lo que iría en línea con una política de transparencia y apertura hacia las instituciones y la sociedad civil.
- Ayudar a asegurar una coherencia entre los objetivos de las políticas y diversos tratados internacionales.

- Mejorar la calidad de las propuestas de políticas mediante la provisión transparente de posibles beneficios y costos de las diferentes alternativas de políticas, permitiendo que las intervenciones de un gobierno sean lo más simples y efectivas posible.
- Ayudar a asegurar que los principios, como la subsidiariedad y proporcionalidad, sean respetados, explicando por qué la acción propuesta es necesaria y apropiada.

También es importante mencionar que existe un abordaje de análisis de impacto integral (All), introducido en la CE en el 2002, que incorpora los impactos económicos, sociales y ambientales de las propuestas. Todas las iniciativas que la CE propone incluir en sus estrategias y programaciones anuales deben tener un “análisis de impacto en salud preliminar”, y aquéllas que mostraron un impacto esperado mayor son sometidas a un “análisis de impacto en salud extendido” (Renda, 2006).

Un sistema de All no ha sido fácil de operar en otros países, pero tomando de nuevo el ejemplo de la UE su proceso ha implicado el tomar las experiencias que han tenido, sobre todo países como EUA y el Reino Unido, y contextualizarlas a su realidad.

En junio del 2002 la CE anunció un plan de acción para la mejora regulatoria. Un nuevo modelo de AIS fue introducido como parte de un plan de acción más amplio que buscaba simplificar y mejorar el entorno regulatorio, además de adoptar medidas destinadas a promover una cultura del diálogo y la participación dentro del proceso legislativo de la UE (Renda, 2006).

La CE decidió integrar todas las formas de evaluaciones ex ante existentes mediante la construcción de un modelo de análisis de impacto integral (All) que entró en ejercicio el 1º de enero del 2003. Dicho modelo lleva la gran responsabilidad de asegurar que se lleven a cabo cuentas adecuadas de las propuestas desde una etapa temprana del proceso regulatorio para ir en línea con las metas prioritarias de competitividad y desarrollo sustentable dentro de la agenda de la UE (Renda, 2006).

Dicho modelo de All no incorpora únicamente impactos económicos sino que también incorpora impactos sociales y ambientales de las propuestas en cuestión. De igual forma, como se mencionó previamente, el sistema adopta un abordaje: primero todo tipo de iniciativa propuesta al programa de trabajo de la estrategia política anual o de la comisión legislativa debe llevar un “análisis de impacto en salud preliminar”, donde posteriormente un número seleccionado de propuestas con un impacto esperado deberán hacer un análisis de impacto más profundo (“análisis de impacto extendido”). Dicha revisión y selección de propuestas forma parte del ciclo de programación y planeación de la CE (Renda, 2006).

La CE provee una descripción de lo que se considera como un impacto económico, social o ambiental (Renda, 2006).

- El impacto económico incluye impactos macro y micro económicos de la opción seleccionada, sobre todo en términos de crecimiento económico y de competitividad. Por ejemplo, cambios en los costos de operación tanto para los negocios y empresas como para las autoridades públicas, impactos en el potencial para desarrollo de innovación y tecnología, cambios en la inversión, en la participación del mercado y en las tendencias de comercio, incremento o decremento en los precios al consumidor, etc.
- El impacto social incluye el impacto de la propuesta en el capital humano, en los derechos fundamentales de los humanos, cambios prospectivos en los niveles de empleo o calidad del trabajo, repercusiones en la igualdad de género, exclusión social y pobreza, impactos en la salud, derechos del consumidor, capital social, seguridad (incluyendo crimen y terrorismo), educación, cultura y formación. De igual forma se deben considerar las implicaciones en la distribución de dichos efectos sobre el ingreso y otros aspectos recién mencionados.

- El impacto ambiental concierne los efectos positivos o negativos asociados con el cambio del estatus ambiental como lo son el cambio climático, contaminación del aire, agua y suelo, cambio en el uso de la tierra y pérdida de biodiversidad, cambios en la salud pública, etc.

La práctica del análisis de impacto en salud también ha tenido intentos de incorporarse al sector privado aunque en este sector su seguimiento y uso aún no están claramente establecidos. Una publicación en el 2002 de la IAIA comenta la importancia de incorporar el AIS en el sector privado y el marco sustentable (política y estándares de desempeño sobre sustentabilidad ambiental y social y la política de acceso a la información) de la Corporación Financiera Internacional (CFI), afiliada al Grupo del Banco Mundial (IAIA, 2002; IFC, 2011). Este último abordaje, por parte del CFI, es un intento por alinear los proyectos de inversión del sector privado que financia dicho organismo a un marco de desarrollo sustentable sin llegar a ser un AIS como tal.

La práctica del AIS en el sector privado no implica la parte de responsabilidad social con la que actualmente se manejan las empresas dentro de la región, sino un análisis más profundo de cómo sus acciones propuestas podrían impactar diferentes dimensiones del ser humano, su sociedad y medio ambiente.

No se tiene identificado que actualmente en algún país dentro de América Latina y el Caribe (ALC) exista un sistema para el AIS o se hagan AIS de manera sistemática y/o se difunda su uso de manera continua para la toma de decisiones. Esto excluyendo el uso de la EIA, la cual también tiene la necesidad de evolucionar hacia algo más en la región y comprender que la evaluación de impacto ambiental o evaluación ambiental estratégica (EAE) tienen que cumplir más una función de herramienta para las toma de decisiones estratégicas (Oppermann & Montaña, 2011).

II.2 ¿Análisis de impacto en salud o evaluación de impacto en salud?

Esta sección tiene el propósito de aclarar brevemente la diferencia entre análisis de impacto en salud (AIS) y evaluación de impacto (EI) para lo que concierne en este documento.

Como ya se comentó, análisis de impacto en salud (AIS) se define como "...el proceso de identificar las consecuencias futuras de una acción en curso o propuesta" (IAIA, 2011), mientras que por su parte la evaluación se podría definir como "... un proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados." (Liberta Bonilla, 2007). Aún más, la evaluación de impacto (EI) puede tener varias definiciones, pero una de ellas es una evaluación que considera el impacto de una intervención sobre los resultados finales de bienestar, más allá que únicamente considerar los productos de un proyecto o la evaluación de un proceso enfocándose en la implementación (Independent Evaluation Group, 2006).

Lo principal a destacar de las definiciones recién mencionadas es que mientras la de AIS habla de consecuencias futuras, la de evaluación y la de EI hablan de efectos con relación a las metas propuestas y de resultados finales, respectivamente. A esto le tenemos que añadir que dentro de la región de América Latina y el Caribe el término de evaluación de impacto (EI) es comúnmente utilizado para referirse a los estudios enfocados a demostrar el impacto (resultados) de las intervenciones que ya han sido puestas en práctica.

También es importante aclarar que el término de evaluación de impacto sanitario (EIS), utilizado en España y en algunos organismos multilaterales se refiere a lo mismo que es tratado en este documento.

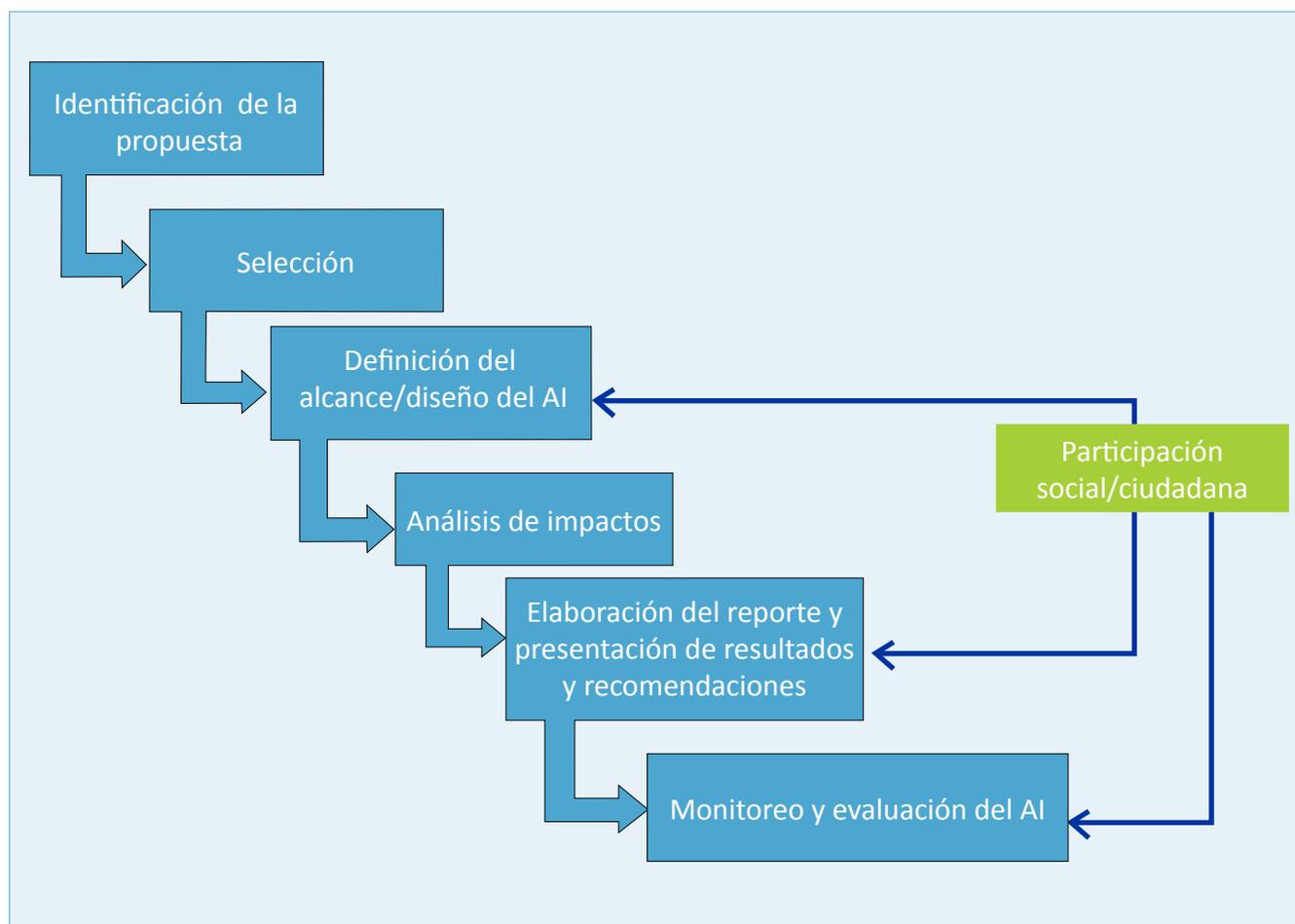
II.3 Métodos para el análisis de impacto en salud

Debido a que el origen del AIS viene de las evaluaciones de impacto ambiental, la gran mayoría de las metodologías contienen cinco pasos básicos:

1. Selección o filtro.
2. Definición del alcance/ diseño del AIS.
3. Análisis de impacto en salud.
4. Elaboración del reporte y presentación de resultados y recomendaciones.
5. Monitoreo y evaluación del AIS.

Algunas metodologías podrían cambiar en algunos detalles específicos, pero en general todo proceso de AIS contiene estos pasos y el número de pasos no es tan importante como el contenido de qué hacer en cada paso (WHO, 2011).

Figura II.1 Pasos básicos para un análisis de impacto en salud



Fuente: Espinoza, 2007.

La participación social/ ciudadana es un ejercicio muy importante que también los AIS quieren impulsar y realizar.

Bajo el contexto de la CE, los AIS deben tratar impactos económicos, sociales y ambientales probables, tanto los deseados como los no deseados, para cada opción de propuesta además de ver las potenciales relaciones de intercambio de resultados y sinergias entre propuestas (European Commission, 2009).

El propósito de un AIS bajo este contexto es proveer información clara de los impactos que las opciones de políticas tendrán comparándolos entre ellos o contra el status quo para después ordenar las opciones de acuerdo a criterios de evaluación definidos. Al presentar los impactos de diferentes opciones de políticas, los AIS deben analizar los impactos de opciones de políticas como cambios netos en los resultados en cuestión comparados contra "sin cambio en política"/escenario base. Se debe demostrar cómo cada opción de política difiere del escenario base en términos de sus características y de los resultados que producirá (European Commission, 2009).

Por lo general entre mayor cuantificación de resultados se pueda proveer, más convincente será el análisis. La credibilidad de un AIS depende en gran medida en proveer resultados que estén basados en datos confiables y con análisis robustos, que sean transparentes y que puedan ser entendidos de forma práctica por no-especialistas. Este ejercicio frecuentemente requiere inferencias de los datos existentes, ya sea con un análisis estadístico formal y/o uso de modelos elaborados, o más informalmente con un esquema o diagrama con una analogía apropiada con impactos y actividades medibles. Este análisis debe ir más allá de los resultados deseados e inmediatos (efectos directos) y también considerar los efectos indirectos relevantes (externalidades) (European Commission, 2009).

Existe una variedad de herramientas y modelos disponibles para analizar impactos. Algunas de estas herramientas y modelos, sin ser exhaustivos, son:

- revisiones sistemáticas y uso de literatura disponible para justificar algún dato,
- encuestas,
- consulta a expertos,
- árboles de decisión/ modelos causales,
- costo-efectividad/ costo-utilidad/ costo-beneficio,
- modelos cuantitativos,
 - modelos de equilibrio general computable (EGC),
 - modelos de evaluación de impacto ambiental,
 - modelos sectoriales,
 - modelos macroeconómicos,
 - modelos de microsimulación,
 - análisis de riesgos,
- Ejercicios de evaluación de proyectos

También es importante mencionar que se pueden utilizar indicadores clave propuestos a nivel internacional (como los Objetivos de Desarrollo del Milenio- ODM), nacional o local. Se recomienda utilizar los indicadores que sean relevantes para la propuesta en cuestión.

A manera de ejemplo, y de acuerdo a la CE, únicamente el paso de elaborar los análisis de impacto en salud dentro de todo el proceso consiste en tres grandes secciones (European Commission, 2009):

1. Identificación de los impactos económicos, sociales y ambientales.
2. Análisis cualitativo de los impactos significativos.
3. Análisis cualitativo y cuantitativo profundo de los impactos más importantes.

Las fuentes de información y de datos que son necesarios para cada una de estas tres secciones son variables. Se podrían realizar las secciones 1 y 2 con expertos, revisiones de investigaciones existentes, estudios y evaluaciones y utilizando los resultados de las consultas con los interesados y/o actores clave. Para la sección 3 se requiere un análisis más profundo.

Análisis profundo de los impactos esperados a través del tiempo mediante un abordaje de estudio de caso. Este tipo de análisis puede ser implementado por sí solo aunque generalmente es acompañado de un análisis de impacto en salud cuantitativo.

- La estimación cuantitativa de impactos se puede elaborar con una variedad de técnicas que van desde una simple extrapolación basada en coeficientes previamente obtenidos hasta una inferencia estadística basada en un modelo cuantitativo bien elaborado. El propósito es poder entender la extensión de los impactos de las opciones de políticas y, de ser posible, los costos y beneficios en términos monetarios.

Como se puede observar, existe una gran cantidad de temas en los cuales se pueden realizar AIS. Aún más, bajo el sistema que se utiliza actualmente en la UE y en países como EUA, algunos AIS todavía van más allá y se terminan combinando con herramientas de análisis como las de costo-efectividad (y sus variantes) para mejorar la toma de decisiones. De esta manera se pueden priorizar las propuestas existentes y hacer más eficiente el uso de los recursos públicos maximizando el bienestar de la población. El método adecuado para el AIS depende del tema a analizar y de la información disponible, por lo cual según el contexto se pueden utilizar una o más herramientas o técnicas.

II.4 El análisis de impacto en salud dentro del proceso de elaboración de políticas públicas

Dentro de todo gobierno (nacional, regional o local), institución y organismo existen ciclos de planeación y programación. El propósito de estos ciclos es principalmente organizar las actividades y establecer cronogramas para que los objetivos planteados puedan ser cumplidos. Los AIS entran en la parte del ciclo de planeación antes de que alguna política, programa o proyecto haya sido iniciado. Es más, el ejercicio del AIS se tiene que realizar antes de que la propuesta de política, programa o proyecto sea aceptada.

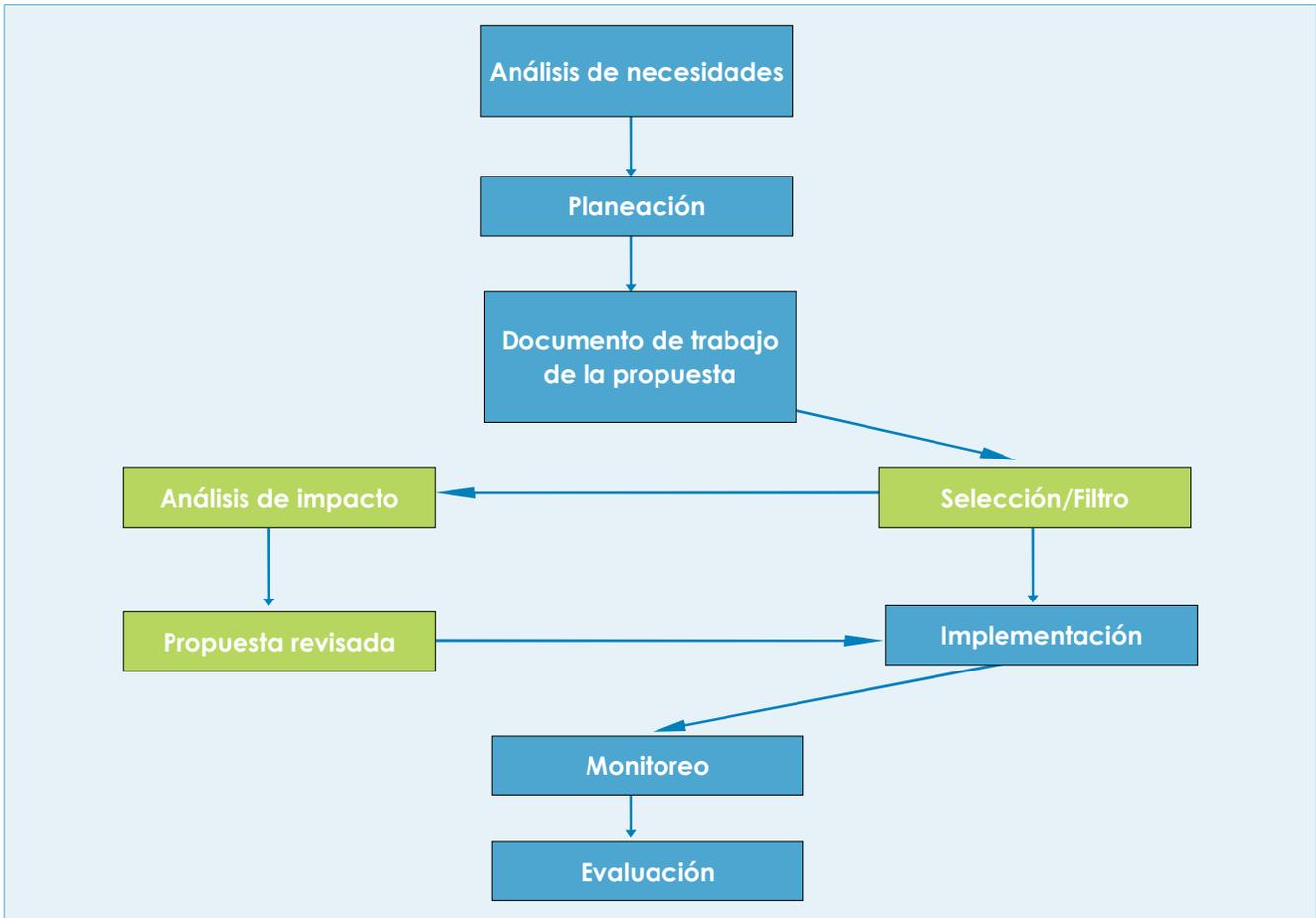
La filosofía prospectiva de los AIS hace que se elaboren antes de la implementación de alguna intervención (política, programa o proyecto) para poder identificar los posibles impactos no deseados que pueda tener la intervención y minimizarlos antes de que sea demasiado tarde (ver figura II.2).

De hecho, en los países donde opera un sistema de AIS se planea con anticipación los tiempos que serán necesarios para elaborar dicho análisis. Además, toda propuesta debe ir acompañada de su plan para elaborar el AIS respectivo o con una justificación de por qué no se realizará el AIS. El tiempo para elaborar los AIS anteceden a los tiempos legislativos que tienen las cámaras, de tal forma que la propuesta de la intervención en cuestión entre a la agenda de discusión una vez que se haya elaborado los AIS (European Commission, 2009; Renda, 2006).

Si se ve desde una perspectiva del ciclo de proyecto, el AIS debería de acompañar al desarrollo del proyecto desde su concepción inicial (Espinoza, 2007), de tal manera que conforme se avance en la implementación del proyecto, el AIS haya cumplido con su función prospectiva y posteriormente se

proceda a la evaluación de impacto (EI) del proyecto que comúnmente conocemos. Dicha EI consiste en ver que los indicadores y metas planteadas cumplan lo planeado originalmente.

Figura II.2 Análisis de impacto en salud dentro del proceso de planeación



Fuente: Harris et al., 2007.

Se puede observar cómo en los países, donde ya se está operando un sistema de AIS, el proceso está bien definido y se tienen fechas específicas de acuerdo a los programas de trabajo de las cámaras legislativas. Este proceso no es corto y de hecho entre más completo sea un AIS mayor grado de complejidad tendrá, por esto es importante tener criterios claros para definir la relevancia y profundidad al elaborar un AIS. La profundidad del AIS va en función de la complejidad y el grado de sus posibles impactos del programa, proyecto, plan o política.

II.5 Cultura de evaluación de impacto en salud y uso de análisis de impacto en salud en la Región de las Américas

Cultura de evaluación de impacto en la Región

El intento de evaluar el impacto o los resultados que tienen las intervenciones dentro de las ciencias sociales tiene una larga historia. Todas las intervenciones que tienen como objetivo cambiar las vidas de las personas son sujetas a las mismas preguntas sobre aceptabilidad y efectividad que las que surgen en otro tipo de ciencias diferentes a las sociales. Tal como los reformistas sociales Sidney y Beatrice Webb señalaron en 1932, hay mucha más experimentación llevándose a cabo en “el mundo del laboratorio

sociológico en el que vivimos" que en cualquier otro tipo de laboratorio, pero la mayoría de esta experimentación social está "envuelta en secreto" y por lo tanto no aporta "nada a la ciencia" (Oakley, 1998). Hoy en día sabemos que dicha experimentación social sí aporta y mucho a las ciencias sociales.

Es más, de hecho el término "control" se introdujo en el lenguaje científico alrededor de la década de 1870 con el sentido de un estándar de comparación usado para revisar inferencias deducidas de un experimento. El mayor uso del término en ese entonces fue en el área de la psicología experimental (Oakley, 1998). Desde entonces es que se ha tenido la curiosidad por evaluar el impacto que han tenido diferentes tipos de intervenciones.

Como es de esperarse, en la Región primero se hizo el esfuerzo de obtener estadísticas antes de intentar evaluar el impacto de las intervenciones en las poblaciones. Uno de los primeros países en la Región que comenzó a obtener estadísticas de su población fue los Estados Unidos (desde 1790), pero también desde el siglo XIX países como Argentina, Costa Rica y México, entre otros, comenzaron a obtener estadísticas de sus poblaciones (U.S. Census Bureau, 2011; INDEC, s.f.; INEC, 2010; INEGI, 2011). En el siglo XX los países dentro de la región comenzaron a crear instituciones que hasta la fecha se encargan de coordinar y difundir las estadísticas nacionales sobre diversos temas. El obtener estadísticas es un paso previo para posteriormente evaluar los impactos, primero hay que comenzar a medir para después poder analizar los cambios en dichas mediciones y las posibles causas de dichos cambios.

Existe una mayor historia en evaluaciones de impacto proveniente de los sectores salud y agricultura/manejo de recursos naturales, por lo cual estos sectores han implicado un mayor aporte al conocimiento base del cual se parte, aunque divergen en cuanto la extensión con la cual dicho conocimiento ha sido realmente utilizado. Aunque hay mucha literatura en cuanto a evaluación de impacto, existen pocos análisis sistemáticos de cómo las evaluaciones de impacto han sido utilizadas dentro del proceso de elaboración de políticas sobre el desarrollo humano y social y, por lo tanto, la eficacia de dichos esfuerzos (Jones, et al., 2009).

En tiempos más contemporáneos, sorprendentemente en un informe de la ODI (Overseas Development Institute, por sus siglas en inglés) se comenta que el ejemplo de evaluación de impacto que ha sido más influyente es el de Progresá (llamado Oportunidades hoy en día) en México. Este programa está basado en transferencias monetarias condicionadas con el objetivo de promover la educación, nutrición y salud de los niños y adolescentes. La evaluación de impacto de Progresá es conocida por su contribución positiva a la sobrevivencia del programa en un contexto de gran agitación política dentro de la historia de México (cambio en el poder del partido largamente dominante a la oposición), así como su efecto en proveer inspiración y ejemplo a programas similares alrededor del mundo, incluyendo países dentro de América Latina (como Brasil, Ecuador y Nicaragua), Turquía, Nueva York y cada vez más en África (Jones, et al., 2009).

Debido a que Progresá tenía características innovadoras, el gobierno mexicano se apoyó en el Instituto Internacional de Investigación en Políticas Alimentarias (IFPRI, por sus siglas en inglés), en Washington D.C., para conducir una evaluación que indicara los resultados de este programa para combatir la pobreza en el país (Skoufias, 2000). Dicho programa inició en 1997, al igual que el proceso para obtener información para su evaluación, y hasta la fecha no se ha dejado de producir informes de evaluaciones de impacto.

Con esto se podría decir que la cultura de evaluación de impacto en la región tiene una larga historia, aunque ha sido en tiempos recientes (finales del siglo XX) que de manera general las evaluaciones de impacto han tenido mayor peso en la agenda tanto política como científica de los países en América Latina. Esta cultura que actualmente existe en la región por elaborar evaluaciones de impacto puede ser corroborada por dos documentos financiados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) publicado en 2005 titulados "Manual para la evaluación de impacto de proyectos y

programas de lucha contra la pobreza" (Navarro, 2005) y "Evaluación del impacto" (Aedo, 2005) donde se estudia y comenta a detalle lo que implica una evaluación de impacto y cómo elaborarla.

Actualmente, se está en un proceso de mejorar la calidad de las evaluaciones de impacto en América Latina y el Caribe para hacerlas cada vez más compatibles con la información necesaria por los gobernantes de los países y por los organismos que financian algunos proyectos de política social. Dentro de este contexto, se ha identificado que cada vez se disminuyen más las barreras para tener evaluaciones de calidad. También se ha podido observar que el aprendizaje y la práctica para la evaluación de impacto es diferente entre los países dentro de la región, por lo que es otro punto con el cual se tiene que trabajar ya que no todos los países han avanzado igual (Moreno, et al., 2009).

Evaluación de impacto ambiental (EIA) en la región

La evaluación de impacto ambiental es muy similar al análisis de impacto en salud (AIS) en cuanto su filosofía, racional y principios. La EIA es la evaluación de los efectos que probablemente se presentarán de la aplicación de un proyecto grande (u otra acción) que afectarán significativamente al medio ambiente. Es un proceso sistemático para considerar posibles impactos antes de que la decisión sea tomada con relación a si una propuesta debe tener o no la aprobación para continuar. El propósito inmediato de la EIA es proveer a los tomadores de decisiones de indicaciones sobre las probables consecuencias ambientales que tendrán sus acciones (Jay, et al., 2007).

La filosofía y principios de la EIA puede ser rastreada desde los principios del abordaje racionalista para la toma de decisiones que emergió en la década de 1960. Esto requiere de la elaboración de una evaluación técnica que pueda proveer las bases para una toma de decisión objetiva. Este modelo "racional-técnico" ha sido traducido a una serie de análisis o evaluaciones y herramientas; hasta la fecha, la EIA ha sido la herramienta que ha tenido mayor reconocimiento y práctica dentro de los diferentes análisis (Jay, et al., 2007). Esto, debido a la era precedente de rápida industrialización y crecimiento poblacional, que en algunas partes de la región todavía se observa, lo cual llevo a un desequilibrio entre el medio ambiente del planeta y lo que sus habitantes le causaban. Esto ha hecho que en la mayoría de los países actualmente se tenga una base legislativa fuerte para la EIA (Jay, et al., 2007). Es más, para mediados de la década de 1990, dos terceras partes de los aproximadamente 110 países en desarrollo (identificados por el Banco Mundial en 1997) habían promulgado alguna forma de legislación para la EIA (Wood, 2003). Esta tendencia mundial por tener una base legislativa para la EIA aparentemente ha seguido creciendo en los últimos años.

Como ya se mencionó, el primer país en la región de América en establecer fundamentos legales para la EIA fue EUA con la Ley Nacional para Política Ambiental (NEPA, por sus siglas en inglés) de 1969 (Jay, et al., 2007). La EIA en países en desarrollo ha sido identificada desde mediados de la década de 1970, y aunque su aplicación varía de país a país, su desempeño generalmente está por debajo de la práctica en los países desarrollados (Wood, 2003). La EIA en países en desarrollo tiene una tendencia a ser muy diferente a la EIA en países desarrollados.

Las diferencias más evidentes están relacionadas con el hecho de que las primeras EIA llevadas a cabo en países en desarrollo generalmente fueron demandadas por agencias de asistencia para el desarrollo, por lo que no fueron una respuesta a una demanda generalizada para una mejor protección del medio ambiente. Otro factor que influyó en el posicionamiento de la EIA en algunos países en desarrollo fue la aparición de una agenda sobre desarrollo sustentable (Wood, 2003).

Como sucedió con la mayoría de los países en desarrollo el proceso de institucionalización de la EIA en América Latina respondió primeramente a los requisitos exigidos para poder dar los créditos por parte de los organismos financieros internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o el Banco Mundial (BM). El primer país en incorporar la EIA en su legislación sobre recursos naturales dentro de América Latina fue Colombia (1973), seguida por México (1978), Brasil (1988), Venezuela (1992), Bolivia (1992), Paraguay (1993), Chile (1993), Honduras (1993) y Uruguay (1994), por citar algunos (Espinoza, 2007).

Un estudio que revisó la situación actual del uso de la EIA en la región de ALC concluyó de manera general que “para fortalecer el uso de la EIA, se necesita impulsar un mejoramiento global pero que respete las particularidades caso a caso de las capacidades de gestión, entendiendo que el problema no es sólo legal/ reglamentario, sino más bien conceptual y de aplicación práctica” (Espinoza, 2004). Dentro del estudio se consideraron a 26 países de la región ALC, aunque no se especifican cuáles.

En dicho estudio se revisaron cuatro aspectos claves (Espinoza, 2004):

- El marco legal/ procedimental, vinculado a la política ambiental, la ley y los reglamentos de evaluación ambiental de los diferentes países.
- El marco de aplicación, vinculado con un conjunto de indicadores que dan cuenta de la operación de los sistemas de EIA.
- El marco de percepción, donde un conjunto de expertos vinculados a la EIA en los países entregan su visión respecto al funcionamiento de los sistemas de EIA.
- El marco de sustentabilidad, donde se analizó la consistencia de una muestra de estudios de impacto ambiental.

Con relación al marco legal, las mayores dificultades observadas fueron las relacionadas con dos aspectos claves: la debilidad para reconocer, clasificar y jerarquizar los impactos, y la ausencia de procedimientos de revisión y calificación de documentos que permita pronunciar la pertinencia ambiental de los proyectos. Se destaca la ausencia de métodos estandarizados para emitir una calificación objetiva, transparente, con criterios conocidos y aceptados y con mínima discrecionalidad (Espinoza, 2004).

Los resultados generales obtenidos para el marco de aplicación de estudios de impacto ambiental en los 26 países considerados deben ser considerados de alcances restringidos, dado que las estadísticas disponibles fueron pobres y no estaban completas en la mayoría de los países. A pesar de la baja calidad de la información se pudo concluir que 24 países, de los 26 analizados en la región ALC, tenían exigencias de EIA operativas. Sin embargo, los resultados mostraron que la EIA no estaba suficientemente consolidada y que se necesitaba un ajuste para que tuviera mayor utilidad en la toma de decisiones y en los procesos de protección ambiental. Los archivos con información disponibles estaban incompletos en la mayor parte de los países, y no fue posible conocer en detalle aspectos como: tipos de proyectos evaluados, volúmenes de inversión y procesos de participación. Es más, algunos países no contaban con información respecto a la situación real de las EIA (Espinoza, 2004).

El marco de percepción incluyó 691 expertos encuestados agrupados en académicos, consultores, miembros de ONG, y miembros del sector privado y del sector público. De manera general, se pudo decir que los expertos percibieron a los sistemas de EIA como una tramitación burocrática, pero reconocen la necesidad de desarrollar esfuerzos sostenidos para lograr una verdadera prevención de los impactos. Los resultados indicaron que en general los sistemas de EIA fueron percibidos en su mayoría como de funcionamiento regular (29% de los encuestados contestaron esto). El 28% de los encuestados dijo que el funcionamiento fue de insuficiente a malo y el 25% lo clasificó de bueno a excelente (el resto no contestó/ no aplicó) (Espinoza, 2004).

Con relación al marco de sustentabilidad se analizaron 200 evaluaciones de impacto ambiental ya aprobadas por la autoridad, en sus categorías más completas y exigentes, para un subconjunto de 10 países. La revisión evaluó la pertinencia en los aspectos formales (cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios), técnicos (calidad de la información y de la metodología), y de sustentabilidad ambiental (adecuación del proyecto a la política ambiental). Sólo el 4% de los casos pudieron ser considerados como totalmente completos porque constituyeron documentos donde fue posible visualizar una gestión de los impactos ambientales. Es importante resaltar la baja calificación alcanzada por los temas específicos sobre el detalle de medidas de mitigación, compensación y seguimiento, y sobre los procedimientos de consulta ciudadana, los cuales estuvieron por debajo del 30% (Espinoza, 2004).

Este estudio de Espinoza (2004) permite identificar principalmente dos puntos importantes para la región de ALC:

1. El hecho de que esté legislada/regulada la EIA en los países no garantiza que su práctica sea la adecuada; esto debido a que los interesados/ practicantes no tienen los mismos conceptos, falta dar a conocer un mayor número de herramientas práctica para elaborar las EIA y faltan unas “reglas del juego” claras.
2. A más de dos décadas de que se instauró la EIA, todavía no se ha terminado de formar un sistema sólido para las mismas.

Análisis de impacto en salud en la región

Además del ya mencionado uso oficial de los análisis de impacto en salud por parte de los EUA desde la década de 1980, también se tiene identificado que en Canadá llevan tiempo utilizando los AIS. Dicho uso viene desde 1974 cuando se desarrolló un galardonado método para revisar los impactos en el medio ambiente de las decisiones federales. Hoy en día, varios tipos de AIS son llevados a la práctica en Canadá para identificar efectos no intencionados de las iniciativas públicas y privadas en la salud humana y/o en el medio ambiente. Actualmente en Canadá se utilizan cuatro diferentes tipos de AIS: análisis de impacto en salud (AIS), evaluación de impacto ambiental (EIA), análisis ambiental estratégico (AAE) y análisis de riesgo (AR) (Mendell, 2010).

Además de Canadá y EUA actualmente no se ha identificado hasta el momento algún otro país dentro de la región de las Américas que esté implementando un sistema de AIS o elaborando AIS de manera sistemática o que aporte al debate nacional sobre el uso de los mismos. Lo recién mencionado no considera a la EIA previamente revisada ya que el medio ambiente es el único tema considerado dentro de la región de manera formal con respecto a los AIS. Es importante que además de seguir progresando en las EI, también se comiencen a adoptar los AIS de la manera que mejor puedan funcionar dentro de los países de América Latina y el Caribe (ALC).

Posiblemente la existencia de una gran variedad de AIS ha creado un poco de confusión, debido a que no existen separaciones definitivas entre los diferentes abordajes. Por ejemplo, algunas EIA pueden tener o no un análisis de impacto en salud (AIS) de la población o sobre los determinantes sociales de la salud (DSS); algunos AIS pueden considerar o no temas de equidad, mientras que los AIS con enfoque en equidad explícitamente analizan dicha dimensión (Mendell, 2010).

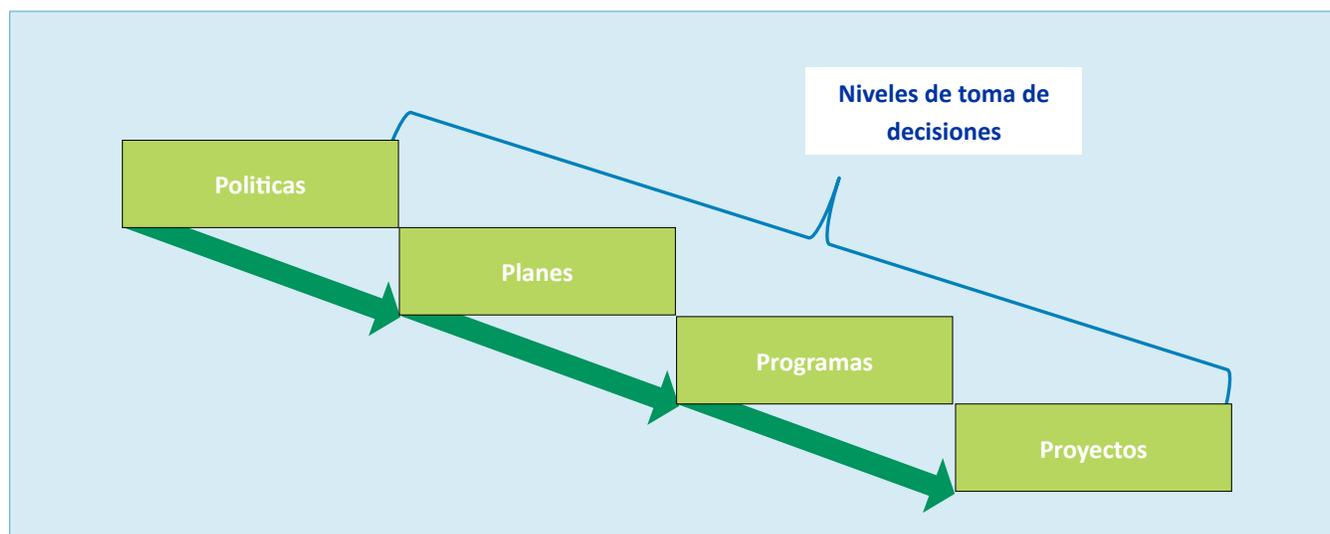
Observaciones como la mencionada anteriormente, así como otros aprendizajes que ya se han tenido en Europa y América del Norte, pueden ser aprovechados para comenzar a utilizar de una manera más eficiente los AIS en ALC y así aportar al debate y aprendizaje.



III.1 Introducción, definición y origen del análisis de impacto en salud

El análisis de impacto en salud (AIS) es una práctica para apoyar estructuradamente la toma de decisiones caracterizada por anticipar los posibles efectos en salud, tanto los buenos como los adversos, dentro de una sociedad. Las decisiones sujetas a un AIS son las incluidas en políticas, planes, programas y proyectos elaboradas por el sector público (gobierno) o privado (Bhatia, 2011).

Figura III.1 Niveles de toma de decisiones



Fuente: Espinoza, 2004.

Debido a que estas decisiones que son tomadas dentro de las políticas, planes, programas y proyectos afectan a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, a los determinantes sociales de la salud (DSS), es que nace la necesidad de primero analizar los posibles efectos en la salud antes de operar o llevar a la práctica cualquier intervención.

De ser apropiado, el AIS recomienda opciones de decisión alternativas y estrategias de mitigación para asegurar que las decisiones protejan y promuevan la salud de la población. La salud y la protección de la salud son valores sociales ampliamente compartidos entre las sociedades, pero la motivación del AIS como campo de práctica viene del entendimiento de que las condiciones económicas, sociales y ambientales tienen una poderosa influencia en la salud de las personas (OMS, 2008; Bhatia, 2011). Es más, de hecho los determinantes sociales de la salud más importantes están sujetos a las políticas que se elaboran en instituciones de sectores diferentes a los de la salud pública (OMS, 2008; Bhatia, 2011).

En esto es importante resaltar primero que se está aceptando que la salud de las personas va más allá del sector salud, y por lo tanto hay que involucrar a los otros sectores con el compromiso y responsabilidad que les compete; y segundo, que las propuestas de intervenciones que todos los diferentes actores están haciendo, incluyendo el mismo sector salud, deben ser analizadas antes de una decisión final para corregir lo que sea necesario antes de que dicha propuesta intervención entre en acción.

La definición que cuenta con un mayor nivel de aceptación a nivel internacional es la propuesta en

la reunión propiciada por la Oficina Europea de la OMS. Dicha definición es referida en el documento denominado como el “Consenso de Gotemburgo” donde dice: “El análisis de impacto en salud es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser juzgada una política, un programa o un proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población, y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la misma población” (WHO, 1999). Otra definición más concreta para el AIS es “la estimación de los efectos de una acción específica sobre la salud de una población definida” (Scott-Samuel, 1998).

El AIS emergió como un campo de práctica independiente, debido a la respuesta que hubo ante (Bhatia, 2011):

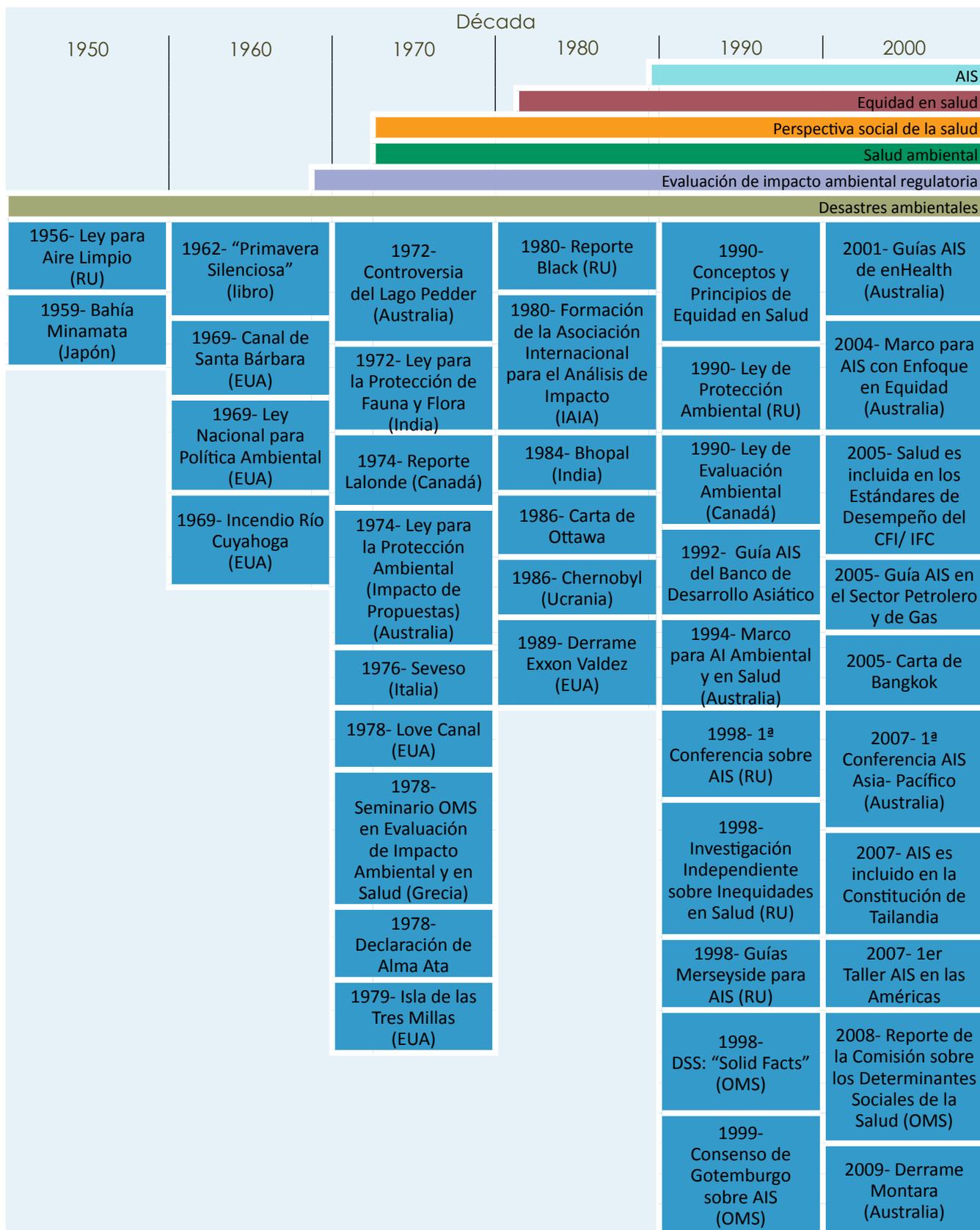
- los vacíos para considerar a la salud dentro de los mecanismos existentes para la toma de decisiones institucional; y
- los llamados para que la promoción de la salud fuera una responsabilidad compartida de manera interinstitucional.

La historia del AIS se entrelaza con la evolución del tema de los DSS y las inequidades en salud, y con el tema de la protección y regulación ambiental (Bhatia, 2011). En 1986, en la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud (PS) de la OMS se identificó que “... las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad” (OMS, 1986). Dicha carta invitaba a los elaboradores de políticas dentro de todos los sectores a “... tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto” (OMS, 1986). Aún más, en la carta dice que “... es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo” (OMS, 1986).

Aunque los componentes del AIS también existen dentro de la práctica de la EIA, el entendimiento sobre la amplitud de los determinantes sociales de la salud ha contribuido a que se vea al AIS como una práctica independiente (Bhatia, 2011). Esto último, debido a que la salud de la población no depende nada más de lo que sucede con el medio ambiente. En 1999 la OMS (Oficina Regional en Europa) emitió una declaración de consenso, denominada “Consenso de Gotemburgo” y mencionada previamente, sobre el AIS dando una importante legitimidad a este campo emergente (WHO, 1999).

Durante la historia y evolución del AIS han existido varios hitos que permiten comprender mejor cómo se ha llegado hasta donde se está hoy en día con relación a este tema. Sin intentar de ser exhaustivo, en la figura III.2 se pueden observar algunos hitos en la evolución del AIS presentados en el documento de Bhatia (2011). Faltan algunos por mencionar (como la declaración de Yakarta en 1997, la definición de los ODM en el 2000, el establecimiento de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud por la OMS en el 2000, hitos en ALC, entre otros), pero con esta cronología se tiene una muy buena representación de dicha historia y evolución.

Figura III.2 Hitos en la evolución del análisis de impacto en salud



Fuente: Bhatia, 2011.

En las últimas dos décadas el AIS ha evolucionado hacia una práctica profesional independiente internacional. El liderazgo para llevar a cabo el AIS ha surgido de varias instituciones como lo han sido: gobiernos nacionales, regionales y locales, organizaciones comunitarias, universidades e industrias, entre otras (Bhatia, 2011). Por ejemplo, tanto los que presentan una propuesta como la comunidad afectada pueden pedir que se realice un AIS basándose en la preocupación de los efectos sobre la salud y ambiente que la decisión pueda tener o basándose en el “derecho a saber” de la comunidad (Bhatia, 2011).

Las agencias de salud pública, así como otro tipo de organizaciones, han estado incrementado el uso del AIS como uno de varios medios para: aumentar la atención sobre los DSS, avanzar hacia política públicas precautorias que apoyen más a la salud (en vez de a la recuperación de la enfermedad) y lograr la colaboración entre diferentes instituciones y disciplinas sectoriales (Bhatia, 2011).

Hasta el momento no se tiene identificado que en la región de las Américas exista un país con alguna legislación y/o reglamentación para la práctica del AIS como se aborda en este documento (que es la práctica comúnmente conocida y aceptada). De igual forma, hasta el momento ningún organismo internacional está solicitando la elaboración de un AIS como requisitos para brindar préstamos o apoyo a los países en desarrollo.

Como se puede observar, en los últimos años el AIS ha mostrado utilidad para considerar a la salud en los demás sectores y cada vez su uso es mayor a nivel internacional, sin embargo en la región de ALC el uso organizado y continuo de dicha herramienta no ha tenido mucha atención.

III.2 Conceptos del análisis de impacto en salud

Debido a su origen, el análisis de impacto en salud (AIS) podría tomarse como simplemente una adaptación de la EIA, pero esto es incorrecto. La gran mayoría de la práctica y teoría del AIS toman sus fundamentos de la salud pública, del proceso de elaboración de las políticas públicas y de las ciencias sociales y políticas más que de las ciencias ambientales (Kemmm, 2006).

Una actividad dirigida a predecir involucra modos diferentes de razonamiento que los que tienen muchas ciencias. La mayoría de la actividad científica implica realizar observaciones para después hacer conclusiones sobre ellas. En contraste, el AIS comienza con un conjunto de teorías sobre cómo el mundo funciona y las conexiones causales entre eventos (causa- efecto). Después el AIS asume que estas teorías son correctas y deduce con ellas consecuencias probables futuras entre la implementación de varias opciones. La observación dentro de este proceso está limitada a describir las condiciones base, las cuales espera cambiar la intervención (política, plan, programa o proyecto) a realizar. Lo óptimo es dar seguimiento a dicha intervención para poder identificar la precisión del AIS. Las teorías utilizadas en este proceso son conocidas como “evidencia base” para el AIS, y dicha evidencia base deben ser previamente construidas y probadas con estudios de observación (Kemmm, 2006).

Qué es y qué no es AIS (Kemmm, et al., 2004)

Qué sí es:

- El AIS es una herramienta que sustenta a los creadores de políticas públicas con la mejor información disponible para valorar las consecuencias en la salud y clarifica los diversos grados de sustitución (trade-offs) que se deben de hacer.
- El análisis de impacto en salud aspira a describir todos los impactos en salud. Por ejemplo: un AIS puede llegar a incluir entre los resultados previstos el número de muertes, admisiones hospitalarias, pérdida de sueño, ansiedad, autoestima, entre otras.

- También es una forma ordenada de evaluar objetivamente los impactos en salud y el uso eficiente de recursos públicos.

Qué no es:

- No se trata de algún tipo de cálculo muy complicado que identifique una única opción de intervención.
- No se encarga de tomar la decisión por los que elaboran las políticas o de que se omita la presencia de algún tipo de juicio de valor (este tipo de juicios les corresponden propiamente a los tomadores de decisiones y elaboradores de políticas bajo el contexto general del país en el que están).

Diferentes escuelas dentro del ámbito del AIS

A través del tiempo, se han identificado dos escuelas de pensamiento dentro del ámbito en el que se ha estado desarrollando el AIS. Cabe mencionar que estas dos escuelas se diferencian tanto por el enfoque metodológico, como por el enfoque del marco conceptual dentro del cual se debería de desarrollar un AIS. Como se puede observar, en el siguiente cuadro, estas dos escuelas se contraponen en temas como:

Tabla III.1 Escuelas dentro del ámbito del análisis de impacto en salud		
Epidemiología	vs.	Sociología
Cuantitativo	vs.	Cualitativo
Técnico	vs.	Participativo
Imparcialidad	vs.	Abogacía
Herramienta para la autoridad	vs.	Arma contra la autoridad
Voluntario	vs.	Reglamentado
Integrado	vs.	Distintivo

Fuente: Kemm, 2007.

AIS como herramienta para la toma de decisiones informada

En muchos casos se puede percibir que el impacto en la salud de acciones o decisiones fuera del sector salud (extra-salud) es directo y generalmente admitido. Así, por ejemplo, es claro que una adecuada nutrición es básica para poder conservar la salud, pero para lograr esos niveles básicos de nutrición es necesario contar con un ingreso económico mínimo que lo permita. En otros casos no está tan claro cuál es el impacto en la salud de la población de una determinada acción o política pública extra-salud, si es positivo o negativo. Lo que frecuentemente pasa es que se intuye sin duda que esas acciones tienen un efecto positivo o negativo en la salud, pero no se evalúa cuál es la magnitud de ese impacto (Ståhl, et al., 2006).

Por esto último, se plantea la necesidad de investigar qué información es necesaria para analizar el impacto potencial en la salud, tanto de las políticas de los sectores no relacionados con la salud, como

de las del sector privado, y desarrollar y/o validar las herramientas que permitan realizar ese análisis con el necesario rigor metodológico.

Es por todo esto que se ha estado desarrollando a nivel mundial la metodología tratada en este documento denominada como el AIS. Cabe destacar que es fundamental intentar predecir las consecuencias en la salud de las diversas políticas públicas. El AIS puede llegar a ser, si se desarrolla de manera adecuada, una gran herramienta que ayude a los que elaboran las políticas públicas (o tomadores de decisiones) a prever cómo las diferentes opciones de intervención pueden llegar a afectar a la salud. Se trata de seguir una serie sistemática de procesos con el fin de reducir la probabilidad de que aparezcan "sorpresas" incómodas, es decir, evitar la ocurrencia de inesperados impactos negativos en la salud al implementar una política, y al mismo tiempo permitir que se maximicen los impactos positivos en la salud.

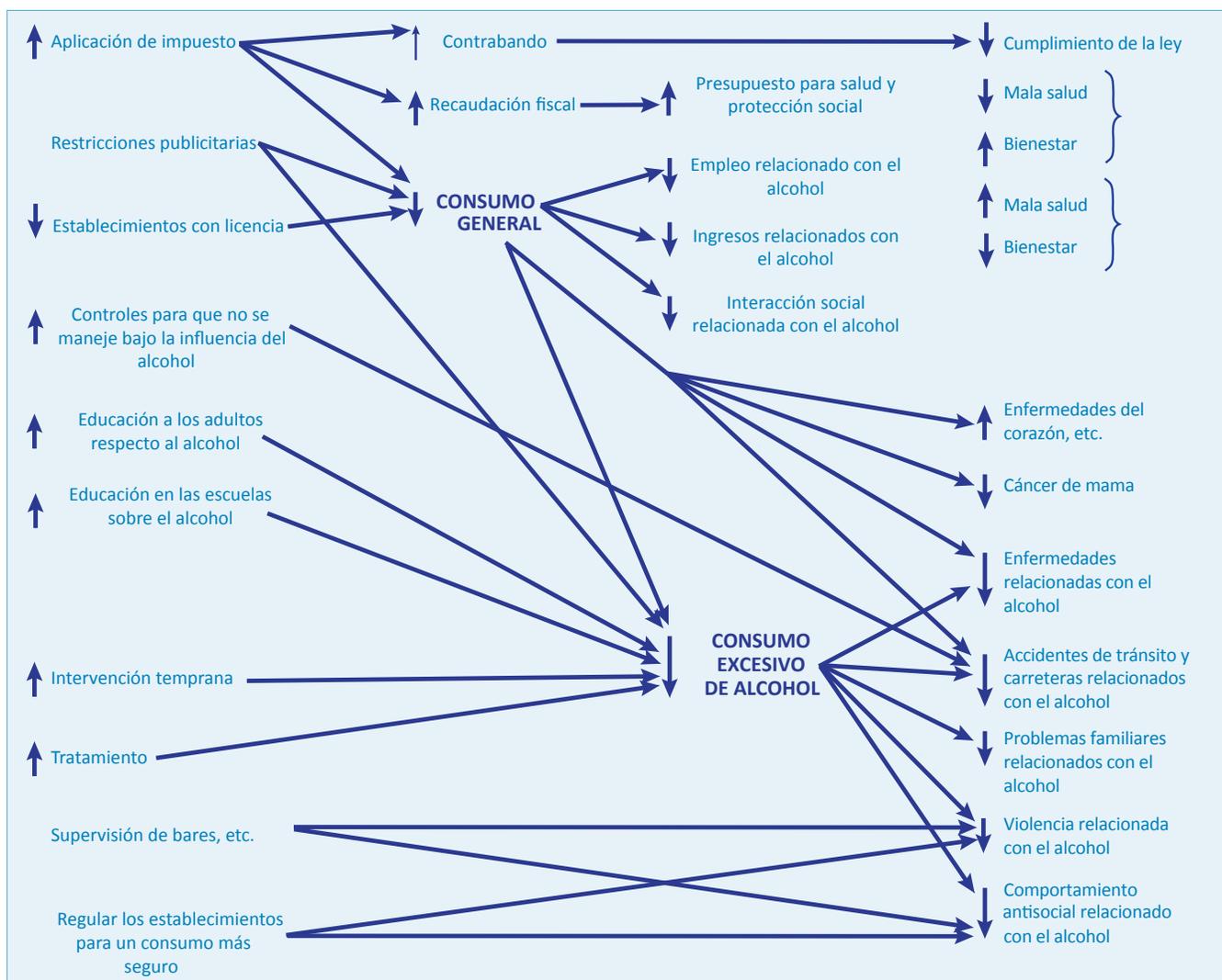
Además, distintos organismos públicos internacionales, regionales y estatales han apoyado el desarrollo de herramientas metodológicas y operativas para favorecer la institucionalización del AIS. Ejemplos de ello son la creación y apoyo a distintas unidades y redes que desarrollan el AIS en la propia Organización Mundial de la Salud, o las diversas iniciativas para el fomento y estandarización del AIS desarrolladas por la Comisión Europea (Ståhl, et al., 2006).

La base para la predicción de los impactos en salud

Como ya se comentó, el AIS basa sus predicciones en un conjunto de modelos causales lógicos, relacionando cada opción de política con una serie de factores intermedios (determinantes y factores de riesgo) que llevan a los resultados o efectos en salud. Idealmente, para cada factor intermedio (que podría ser empleo, ingreso, densidad del tráfico, marco legal/ regulatorio, etc.) se quisiera predecir la naturaleza de los impactos en la salud (como muerte, enfermedad, salud mental, cohesión social), el sentido en el cambio de dirección (si aumenta o disminuye) y la magnitud del cambio. La magnitud de los impactos tiene por lo menos dos dimensiones: el número de personas afectadas y qué tan severamente afectadas están (EPHIA Project Group, 2004).

La figura III.3, que a continuación se presenta como ejemplo, muestra la posible cadena (o red) causal que existe para los posibles cambios en una política sobre el alcohol. Se pueden elaborar modelos similares para cualquier otra política. Se puede observar claramente la cantidad de diversos resultados a los que se puede llegar según la intervención que se haga, y cómo una intervención puede afectar a más de un factor intermedio. Este tipo de modelos son sumamente útiles para clarificar los supuestos en lo que se basa una predicción. Por lo general se presentan algunas incertidumbres acerca de las relaciones causales, y en muy pocos casos uno puede asegurar el alcance preciso del efecto que se tendría como resultado de cambiar uno de los factores causales.

Figura III.3 Relaciones causales en política sobre alcohol



Relaciones causales en política sobre el alcohol (las líneas más gruesas indican las rutas que se consideran más importantes).

Fuente: Kemm, 2006.

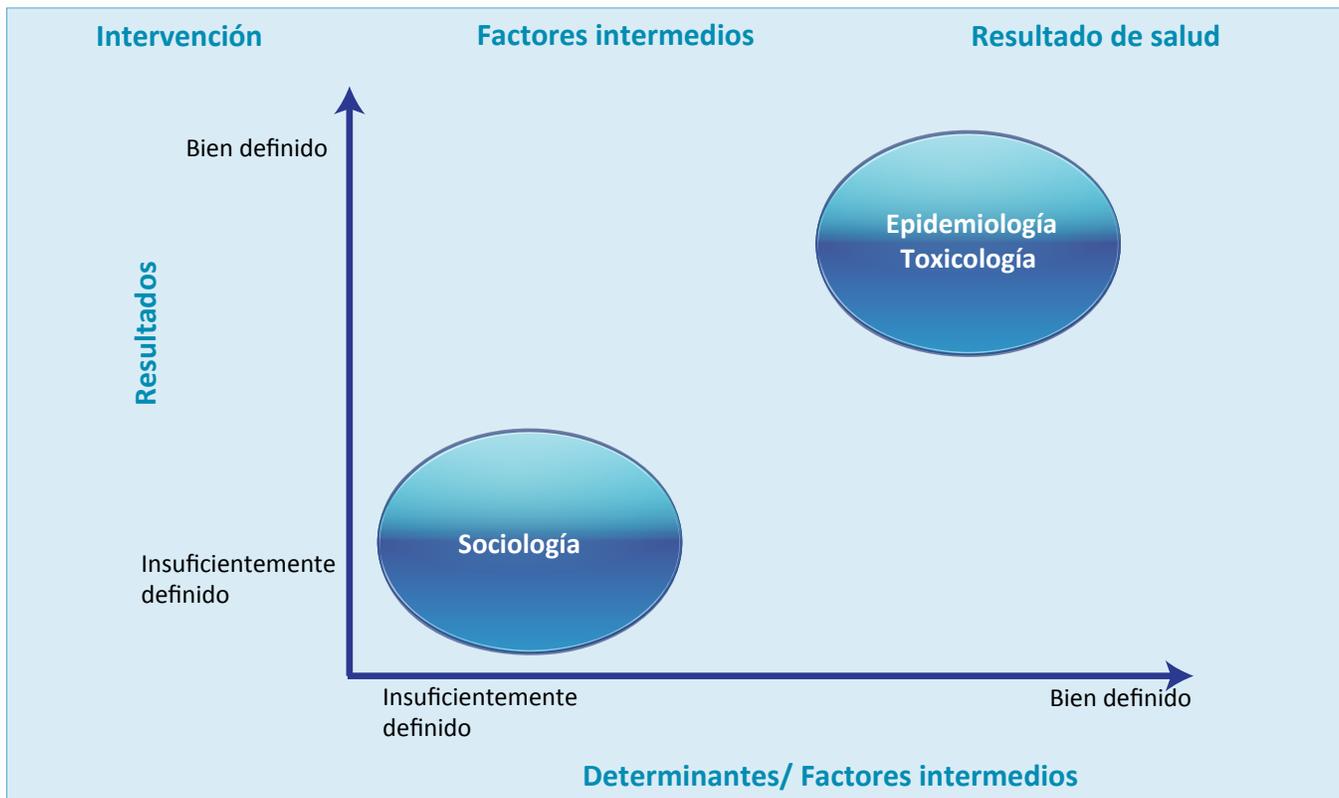
La presunta relación causal usada en la predicción debe de estar basada en evidencia. Cabe destacar que existe evidencia mucho más fuerte para algunas cosas que para otras. Por ejemplo, para algunas cosas como la relación entre fumar y la enfermedad, se cuenta ya con una gran cantidad de evidencia en cuanto a los mecanismos causales, por lo tanto la relación es mejor comprendida.

Para otros asuntos, como la relación entre el empleo y la salud, existe ya una considerable cantidad de evidencia observada, pero la naturaleza de la relación exacta no es conocida, por lo que todavía se necesita descubrir más acerca del alcance de los efectos y la importancia de varios determinantes sociales de la salud (DSS). Por último, para algunos factores como los componentes del capital social y las condiciones del hogar se puede describir alguna posible relación causal con la salud, aunque algunas comprobaciones están todavía en debate.

Evidencia y resultados dentro del AIS

Se puede observar en la figura III.4 como en aquellos determinantes o factores intermedios que presentan una definición muy bien establecida se facilita la existencia de una fuerte evidencia con respecto a los efectos en la salud de los mismos y, por lo tanto, el resultado final que tienen dichos determinantes sobre la salud está muy claro en términos clínicos. En este escenario se presentan con mayor peso las áreas de epidemiología y toxicología (como se observa en la esquina superior derecha de la figura III.4).

Figura III.4 Tipo de evidencia para el análisis de impacto en salud



Fuente: Kemm, 2007.

Bajo el escenario contrario al previamente descrito, se observa que cuando la definición de los determinantes no se tiene del todo bien establecida clínicamente hablando, es de esperarse que la evidencia con respecto a los efectos de los mismos no sea tan fuerte en términos clínicos y, por consecuencia, el resultado final en la salud que tienen dichos determinantes no se define mediante otras ciencias. Bajo el escenario recién mencionado se observa que el área de la Sociología es la que mayor peso tiene y, por lo tanto, el más útil para abordar los determinantes y los resultados en salud que se encuentran en la esquina inferior izquierda de la figura III.4.

Tipos de AIS

De acuerdo a su nivel de complejidad, importancia y cantidad de recursos disponibles el AIS a desarrollar puede ser uno de los siguientes tipos:

Tabla III.2 Tipos de análisis de impacto en salud	
Tipo de nivel	Trabajo requerido
AIS rápido (elaborado en días)	Ejercicio de escritorio Depende de información confiable existente (lo que ya se sabe) Cuantificación mínima Consulta mínima
AIS estándar (elaborada en semanas o meses)	Búsqueda limitada de literatura existente Depende en gran parte de datos usados comúnmente (rutinarios) Cuantifica lo más que sea posible Plena participación de los diferentes interesados
AIS profundo (elaborado en meses)	Búsqueda extensiva de literatura existente Análisis más profundo y detallado de los datos existentes Recopilación de datos nuevos Cuantificación extensiva Plena participación de los diferentes interesados

Fuente: Kemm, 2007.

Valores del AIS

El "Consenso de Gotemburgo" indica que los valores son formulados por la sociedad, el gobierno que está en el poder, los sectores y las personas trabajando en los sectores de los cuales las propuestas son hechas (WHO, 1999; Quigley, et al., 2006).

Basándose en el documento de Quigley, et al. (2007) los valores del AIS son:

- Democracia: enfatizando el derecho de las personas a participar en el proceso de toma de decisiones y formulación de propuestas que afectan a sus vidas, tanto directamente como por medio de los tomadores de decisiones. El método de AIS debe involucrar y comprometer al público en general e influenciar e informar a los tomadores de decisiones. Se debe distinguir entre los que toman riesgos voluntariamente de los que tomar riesgos involuntariamente.
- Equidad: enfatizando el deseo de reducir las inequidades que son resultado de diferencias evitables en la salud o en los DSS entre y dentro diferentes grupos poblacionales. Se debe considerar en el AIS la distribución de los impactos en salud entre y dentro de poblaciones específicas poniendo especial atención en los grupos vulnerables.
- Desarrollo sustentable: enfatizando que el desarrollo se encuentre con las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer la capacidad de alcanzar las necesidades de generaciones futuras. El AIS debe juzgar impactos tanto del corto plazo como del largo plazo de una propuesta y proporcionar dicho juicios a los tomadores de decisiones dentro de un tiempo delimitado. La buena salud es la base de la resiliencia en las comunidades para apoyar

al desarrollo.

- **Uso ético de la evidencia:** enfatizando que los procesos transparentes y rigurosos son usados para sintetizar e interpretar la evidencia, que la mejor evidencia disponible proveniente de diferentes disciplinas y metodologías es utilizada, que toda la evidencia es valorada y que las recomendaciones son hechas de manera imparcial. El AIS debe de usar la evidencia para juzgar impactos y emitir recomendaciones basándose en este valor; no debe de apoyar o refutar cualquier propuesta sin fundamentos y debe ser transparente y rigurosa.
- **Abordaje extenso de la salud:** enfatizando que el bienestar físico, mental y social está determinado por un amplio rango de factores provenientes de todos los sectores dentro de una sociedad (DSS). El AIS debe ser guiado por el marco de los DSS.

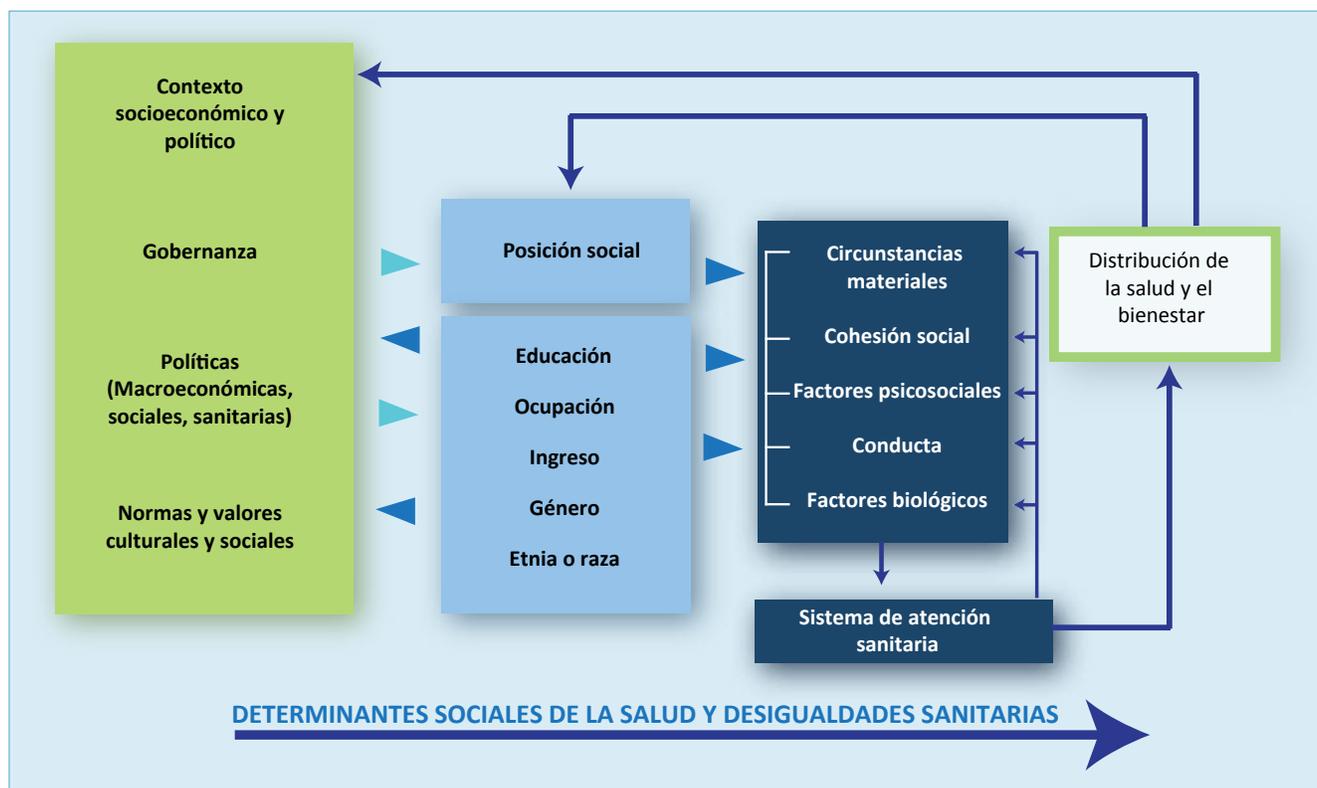
III.3 Determinantes sociales de la salud e inequidades en salud

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, el contexto de su vida diaria, sus acciones y los resultados de éstas. Aún más, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS define que los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud que son la causa de la mayor parte de las inequidades en salud entre los países y dentro de cada país (OMS, 2008).

El informe de la CDSS menciona la incorporación de un nuevo enfoque con relación al desarrollo: “Es probable que la salud y la equidad sanitaria no siempre constituyan la meta principal de todas las políticas sociales, pero serán un resultado esencial... el crecimiento por sí solo, que no viene de la mano de políticas sociales adecuadas cuyo propósito sea garantizar una distribución justa de los beneficios, no mejora la salud.” Insta a que es necesario “un nuevo orden económico internacional que equilibre las necesidades de desarrollo social y económico de la población mundial, la equidad sanitaria y la urgencia por resolver los problemas del calentamiento global...” (OMS, 2008). La gran meta que se propone la CDSS, la cual está en el título del su informe, es reducir la brecha en una generación (refiriéndose a las inequidades en salud). Para esto, en el informe mencionad se plantean tres recomendaciones generales (OMS, 2008):

1. Mejorar las condiciones de vida.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Figura III.5 Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de la CDSS-OMS



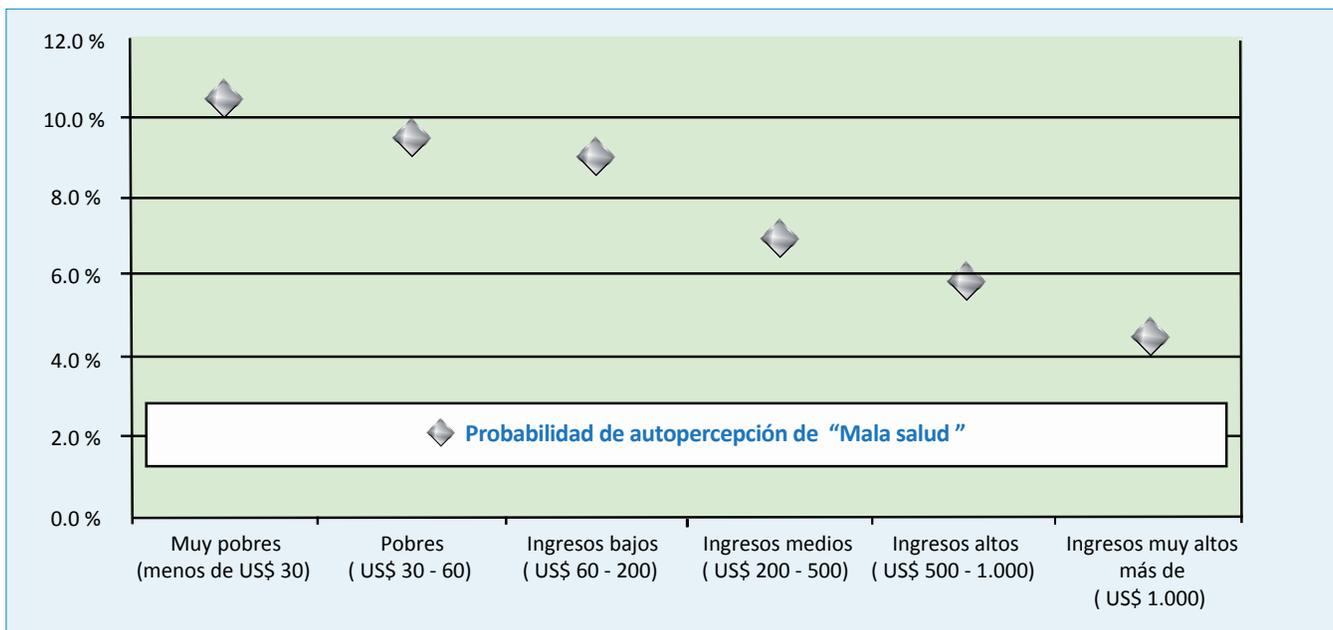
Fuente: Informe de la CDSS-OMS (2008).

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes inequidades en salud entre los países son debido a una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y evidente (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Dicha distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es un fenómeno “natural”, sino que es el resultado de una adversa combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política (OMS, 2008). Lo que se busca con el abordaje de los DSS es lograr la justicia social mediante la reducción de las inequidades en salud a nivel mundial, nacional, regional y local.

Se habla de la necesidad de un mejor desarrollo, donde: “El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad” (OMS, 2008).

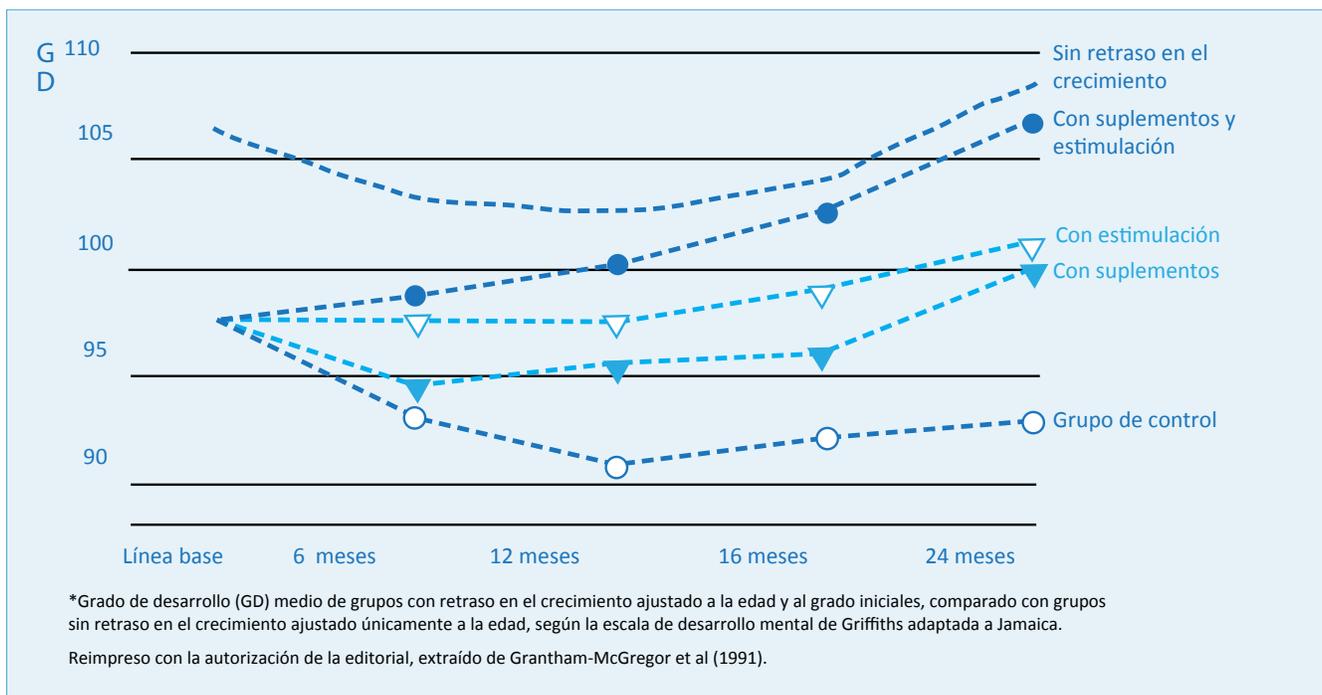
De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), América Latina y el Caribe (ALC) es la región más desigual del mundo. Esta desigualdad además de alta es también persistente, a pesar de que recientemente se produjeron avances muy importantes en logros sociales, los cuales se reflejan en la evolución del índice de desarrollo humano (IDH) (PNUD, 2010). Esto lleva a la denominada “tiranía de los promedios”, que se refiere a cómo un indicador agregado puede presentar mejoría, mientras que las inequidades entre y dentro los subgrupos pueden estar aumentando (PNUD, 2010). Las inequidades en salud existen dentro de la región, por lo cual el reducirlas es un tema prioritario para alcanzar un mejor bienestar social (figuras III.6, III.7 and III.8).

Figura III.6 Probabilidad de reportar mala salud según categorías de ingresos en mayores de 15 años (Chile, 2000)



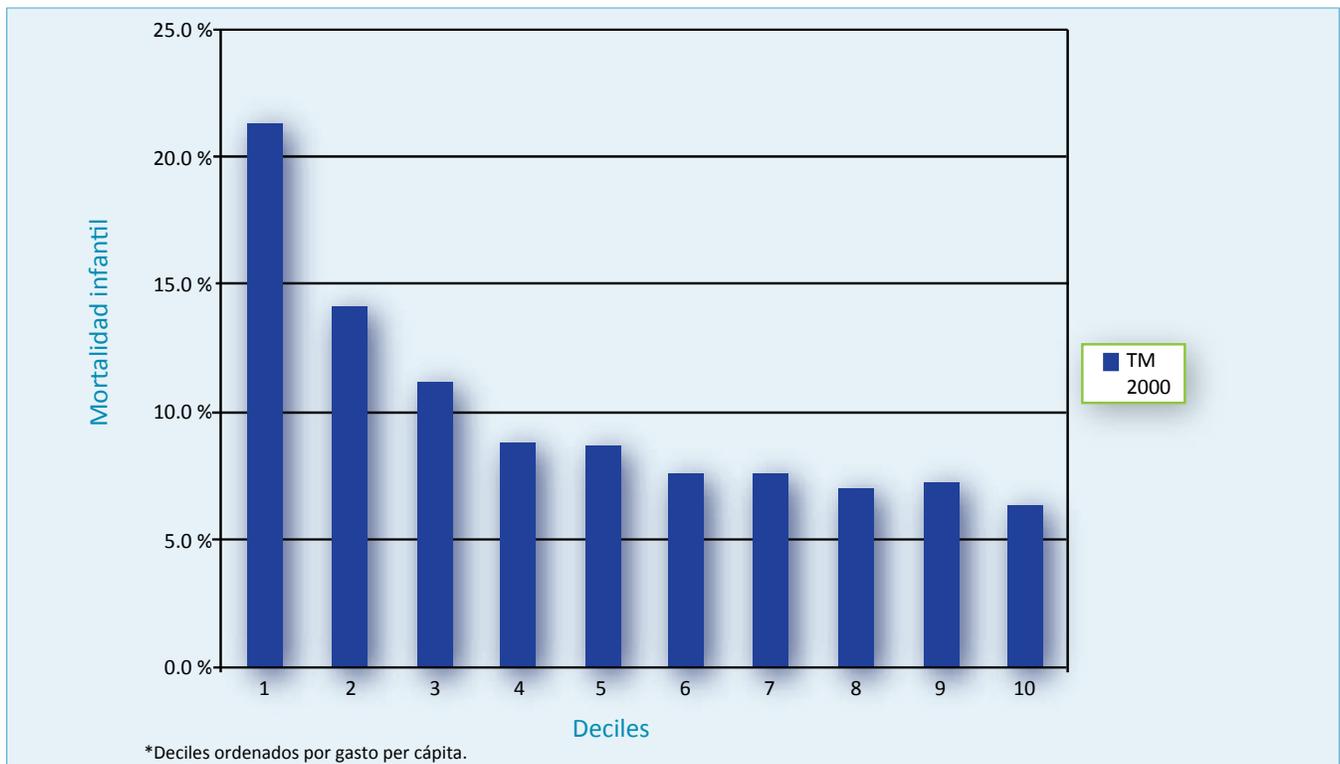
Fuente: Subramanian, et al. (2003).

Figura III.7 Efectos de la aplicación de medidas que conjugan los suplementos alimentarios y la estimulación psicosocial en niños con retraso en el crecimiento en Jamaica



Fuente: CDSS- OMS (2008).

Figura III.8 Distribución de la mortalidad infantil por decil de gasto (México, 2000)



Fuente: Scott (2006).

El AIS con enfoque en equidad (AIS-Eq) además de anticipar los posibles impactos en salud también permitirá analizar la distribución de los mismos, con lo cual se podrá tomar una mejor decisión que contribuya a la disminución de las inequidades en salud. Dicho AIS con enfoque en equidad no difiere en cuanto los pasos a realizar que se revisarán más adelante en este documento; simplemente en el paso específico de análisis de impacto en salud es donde se tomará en consideración la distribución de los impactos para identificar si la propuesta contribuirá o no a reducir las inequidades en salud.

III.4 Salud en Todas las Políticas (STP)

La salud y el bienestar están relacionados. Esta relación es más fuerte a niveles más bajos de bienestar. Ha sido demostrado que una mejor salud estimula a las tasas de crecimiento económico, mientras que países con pobres condiciones de salud tiene dificultades para conseguir un crecimiento sostenido (Ståhl, et al., 2006). En países de alto ingreso se ha mostrado que una buena salud contribuye positivamente a la economía, mientras que una mala salud puede traer resultados substancialmente negativos. Es de notar que una mayor inequidad socioeconómica dentro de la sociedad es asociada con niveles promedio de mala salud (Ståhl, et al., 2006).

La salud y el bienestar son sin duda grandes objetivos sociales por sí mismos y no deben de estar limitados por su contribución a la economía. Los sistemas de salud son una parte central de la protección social, además de que contribuyen de manera importante a la cohesión social y la justicia social (Ståhl, et al., 2006). En tiempos recientes, en Europa han ido más allá del sector salud refrendado y actualizando su política de Salud para Todos. Dicha política pone a la salud dentro del marco de los derechos humanos, enfatizando los valores de equidad, solidaridad y participación (Ståhl, et al., 2006).

Debido a la evidencia de que la salud puede ser influenciada por las políticas de otros sectores, y que a su vez la salud tiene un efecto importante sobre el alcance de las metas de los otros sectores (como los económicos y de bienestar), se propone poner en marcha una estrategia de Salud en Todas las Políticas (STP). Dicha estrategia trabaja con los efectos sobre la salud que tienen las políticas de otros sectores como: agricultura, educación, medio ambiente, políticas fiscales y económicas, vivienda y transporte (entre otros) (Ståhl, et al., 2006). Se busca mejorar la salud al mismo tiempo que el bienestar de las naciones mediante estructuras, mecanismos y acciones que son planeadas y gestionadas por otros sectores diferentes a salud. Por lo tanto STP no está limitada únicamente al sector salud y a la comunidad de la salud pública, sino que es una estrategia complementaria con una alto potencial para mejorar la salud de la población, considerando a los DSS como el puente entre las políticas y resultados en salud (recordando que las políticas también con un DSS) (Ståhl, et al., 2006).

Es importante que dentro de la región se comience a trabajar intersectorialmente de una mejor manera, donde se puedan compartir responsabilidades y cada sector se comprometa a colaborar hasta donde pueda para mejorar la salud y el bienestar de la población. Con las transiciones demográficas y epidemiológicas que han estado viviendo los países de la región de las Américas nos enfrentamos ante una posible carga de enfermedad futura imposible de solventar económicamente. Cada vez las personas viven más tiempo y con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) las cuales tiene que ser atendidas durante mayor tiempo que las no transmisibles e implica el consumo de muchos más insumos en salud. A este paso no habrá sistema de salud público que pueda aspirar a ser universal con lo cual no se podrá garantizar el derecho a la salud a todos los habitantes de un país.

Las políticas, los DSS y la salud de la población son conceptualizados como una cadena causal. Salud en Todas las Políticas comienza en el origen de dicha cadena y podría ayudar a que se elaboran políticas más consistentes en general con lo que se contribuye a una mejor regulación. Una política con consecuencias negativas para la salud de la población pondrá una carga extra en los sistemas de salud y económico. Compensar estos efectos negativos en la salud de las políticas mediante intervenciones de atención médica podría resultar en algo muy difícil y costos de hacer (Ståhl, et al., 2006).

III.5 Aplicación del análisis de impacto en salud a nivel mundial y en la Región de las Américas

Se pueden observar experiencias de AIS en muchos países europeos, Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y sur-este de Asia (Kemmer, 2007). En la región de ALC se podría decir que aparentemente existen algunos AIS aunque de manera indirecta, porque más bien han sido EIA con el criterio específico de "protección del bienestar humano y la salud de la población" (Espinoza, 2007). Esto último implica que no se ha podido ir más allá de considerar al sector ambiental, y al mismo sector salud, para elaborar análisis de impactos en salud.

El AIS es obligatorio únicamente en algunos países en donde se demanda considerar los impactos en salud como un componente de la EIA. Fuera del contexto recién mencionado, la práctica del AIS ha dependido de la voluntad individual de los países para considerar a la salud como tema prioritario y de la disponibilidad de entusiastas que estén dispuestos a elaborar AIS. De igual forma, no ha habido métodos y temas consistentes para los AIS. Mientras algunos países se han enfocado en el impacto del medio ambiente en la salud (ruido y contaminación), algunos otros se han enfocado en abordajes que incluyen participación y una visión más amplia de la salud. Sin embargo, el número de AIS completadas ha aumentado constantemente y muchas han sido publicadas (Kemmer, 2007).

El AIS está diseñado para aplicarse en políticas, planes, programas y proyectos, aunque la mayoría de los ejercicios han sido realizados en proyectos o en políticas regionales o ciudadanas más que en políticas

nacionales. Una unidad para promover el AIS fue establecida en Holanda al igual que en la provincia de Columbia Británica (British Columbia) en Canadá (ya desaparecido). En Inglaterra, la elaboración de una política debe considerar a la salud aunque no es del todo claro si esto se lleva a cabo de manera confiable (Kemmer, 2007).

En un estudio realizado con el objetivo de identificar el uso del AIS en la región de Europa durante 1994-2005, se consideraron 158 AIS para investigar (ver tabla III.3) (Blau, et al., 2007).

Tabla III.3 Número de AIS elaborados por país en la región Europea 1994-2005

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^a	En proceso	Año n/d	Total
Austria						2							3		5
Bélgica								1			1	1			3
Dinamarca									1	1					2
Inglaterra					1		3	7	5	4	4	1		3	28
Finlandia		1		2	2	2	5	3	3	11	5				34
Alemania		1		2						1	2	1			7
Hungría															0
Irlanda											3				3
Italia										2	2				4
Lituania											1				1
Malta												1			1
Holanda			2	4	3	6	1	1	1						18
Irlanda del Norte									2		3				5
Polonia						1									1
Portugal															0
Eslovaquia									1						1
Eslovenia	2			1	1					1	1				6
España								1		5		1			7
Suecia										1	4				5
Suiza												1		2	3
Gales				1		2	5	4	3	3	6				24
Total	2	2	2	10	7	13	14	17	16	29	32	6	3	5	158

Nota: Únicamente los AIS utilizados para el estudio fueron registrados en la tabla.

^a Este ejercicio terminó en el 2005. Todos los AIS completados para dicha fecha fueron incluidos en el año 2005, mientras los que estaban todavía sin terminar fueron incluidos en la categoría de "En Proceso".

Fuente: Blau et al, 2007.

El número total de AIS que fueron identificadas fueron 470, pero debido al alto número de AIS en Inglaterra y Holanda se decidió utilizar únicamente una muestra de los AIS de dichos países en vez de todos para el estudio. Aun así, los autores estiman que el número verdadero de AIS existentes es todavía mayor ya que muchos ejercicios no se documentan (Blau, et al., 2007). En la tabla III.3 se puede observar que los países con el mayor número de AIS reportadas son Inglaterra, Gales, Finlandia y Holanda.

Con relación a los sectores en donde se elaboraron estos AIS, en el mismo estudio recién mencionado se observó que de manera general los tres sectores con mayor participación de AIS fueron: transporte, vivienda/planeación urbana y medio ambiente (ver tabla III.4). Cabe destacar que hubo AIS para el sector de finanzas, y de hecho dicho sector no fue el último lugar con AIS realizadas.

Dependiendo del nivel del AIS es que algunos sectores son más prominentes que otros. A nivel nacional,

los cuatro sectores principales son transporte, vivienda, finanzas y salud. En el nivel regional, el empleo es el sector más común, seguido por transporte, atención social y ambiente. A nivel local, el sector más común es vivienda, seguido por transporte y ambiente. El sector transporte pudo ser observado en todos los niveles. Aunque los datos deben de ser tomados con cuidado para generalizarlos, los autores comentan que este análisis permite evidenciar que es posible elaborar AIS en una gran variedad de sectores (Blau, et al., 2007).

Tabla III.4 AIS por sector en la región europea 1994-2005	
Sector	Número de AIS
Transporte	27
Vivienda/ Planeación urbana	23
Medio Ambiente	18
Multisectorial	17
Salud	14
Otra	10
Empleo	10
Atención social	8
Finanzas	8
Energía	7
Agricultura	7
Industria	4
Educación	3
Turismo	2
Total	158

Fuente: Blau et al, 2007.

En los EUA actualmente, ninguna ley explícitamente requiere el uso de AIS como un abordaje o método en análisis regulatorios. Muchos marcos legales en los EUA a nivel federal y estatal requieren a los tomadores de decisiones analizar y evitar efectos e impactos en salud. Es por esto que el AIS es un método que puede ser utilizado para cumplir con los mandatos y reglas existentes dentro dichos marcos legales (Bhatia, 2010). Por ejemplo, la ya mencionada Ley Nacional para Política Ambiental (NEPA, por sus siglas en inglés) de 1969 requiere el análisis integrado y extenso de los impactos ambientales que tendrán las decisiones con efectos mayores en el ambiente físico y específicamente ordena un análisis de los efectos significativos en la salud al momento de elaborar una EIA. También existen leyes con requerimientos similares dentro de algunos estados de EUA como es el caso de California (Bhatia, 2010).

Históricamente en los EUA ha existido una atención limitada a los efectos en salud dentro del proceso de análisis ambiental y varias revisiones empíricas publicadas sugieren que el análisis en salud en NEPA es actualmente inadecuado. Ocasionalmente dentro de algunas legislaciones requerimientos específicos de AIS son incluidos, como por ejemplo, la Ley sobre Soluciones para el Calentamiento Global de California y dentro de la legislación del Estado de Washington para la planeación de proyectos específicos (Bhatia, 2010). Hasta el momento la evaluación formal de la experiencia del AIS en los EUA es limitada (Wisnar, 2004). Sin embargo, la experiencia en la práctica del AIS ha demostrado tener resultados importantes y productivos (Corburn & Bhatia, 2007).

Dos experiencias caracterizan el uso del AIS en las políticas a nivel de provincias en Canadá. La de Columbia Británica (British Columbia), que duró varios años, y la de Quebec, que inició esta práctica en el marco de su nueva Ley de Salud Pública adoptada en el 2001. Entre los factores contextuales que

favorecieron la primera implementación del AIS en Columbia Británica (British Columbia) en 1993, fue el establecimiento de objetivos en salud pública que permitieron tener una visión más amplia de la misión del sistema de salud. También, se tuvo la presencia de promotores de este tema dentro del gobierno y la academia que dedicaron tiempo y esfuerzo para desarrollar y fomentar el uso del AIS. Debido, a la salida de los líderes y los problemas relacionados con utilizar un abordaje todavía sin probar, el AIS no sobrevivió el cambio de gobierno en Columbia Británica (British Columbia) (St-Pierre, 2008).

En 1996, el primer reporte de AIS ordenado por "Health Canada", concluyó que el desarrollo de dicho abordaje dentro de las provincias sería facilitado en gran manera por el establecimiento de políticas en salud que tuvieran objetivos poblacionales con una visión a largo plazo. Los impactos de las políticas en salud sólo pueden consolidarse en el largo plazo, y considerar dichos impactos implica tener una visión amplia y social de la salud. Cuando existen políticas de este tipo es más sencillo desarrollar argumentos en favor del AIS que sean coherentes con la visión gubernamental (St-Pierre, 2008).

La experiencia canadiense también ha demostrado que los cambios de paradigmas llevan tiempo. Más de treinta años después del reporte Lalonde y de veinte de la Carta de Ottawa, los sistemas de salud aún se enfocan en la atención médica. Es por esto que los expertos nacionales en Canadá han comentado que la introducción de una práctica como la del AIS debe ser con paciencia y determinación, ya que renunciando a ella cuando exista una confrontación de problemas hará que el AIS se convierta en un fenómeno pasajero (St-Pierre, 2008).

Otro antecedente a destacar fue en 1999 cuando la Organización Panamericana de la Salud emitió un Plan Regional sobre Evaluación de Impacto en Ambiente y Salud (EIAS) para ser implementado durante un periodo de 10 años (2000-2010). El propósito de dicho Plan era "Fortalecer la capacidad en los países, y en particular al sector salud, para ejercitar el liderazgo y proveer asistencia en el manejo de los asuntos en salud a ser incluidos en los planes, programas y proyectos, asegurando así el desarrollo humano sustentable". El objetivo general del Plan era "Asegurar que todos los países dentro de la Región de las Américas tuvieran un marco operativo con relación al uso de la EIAS" (PAHO, 1999).

El Plan Regional sobre EIAS consistía de cinco áreas programáticas (PAHO, 1999):

1. Políticas, legislación y regulaciones.
2. Marco institucional.
3. Métodos e instrumentos de apoyo.
4. Desarrollo de recursos humanos.
5. Conciencia pública y participación.

Como ya se ha comentado, aunque específicamente en los países de la región existe la práctica de la EIA y dentro de ella se habla de considerar los impactos significativos sobre la salud de la población y la salud ocupacional, esto ha hecho que la variable de salud se limite únicamente a ser considerada dentro del tema ambiental. Es por esto la necesidad de ir en línea con la visión más amplia de la salud y comprender que puede ser afectada por muchos factores más que el ambiental.

Para terminar esta sección se comentará que el AIS sí es posible de implementar e institucionalizar en un país. Para efectos de este documento, cuando se hable de institucionalizar el AIS se refiere a integrar a dicha herramienta dentro del proceso de toma de decisiones (Wismar, et al., 2007). Esto último no implica por fuerza regular o legislar.

Nuevamente, haciendo referencia al contexto europeo, su implementación tuvo una variedad de formas y fue diferente de país a país (Wismar, et al., 2007). Aunque los gobiernos y sus agencias tienen un papel importante en la implementación eficiente del AIS, hubo una gran variedad de diferentes

instituciones y organizaciones involucradas en la formación de capacidades para la implementación del AIS. Dichas instituciones y organismos incluyeron a autoridades locales, institutos de salud pública, observatorios de salud, unidades especiales para el AIS, universidades y compañías privadas (Wismar, et al., 2007).

Un pequeño número de países ha podido llegar a institucionalizar el AIS, por lo menos parcialmente, en Europa. Dichos países son Finlandia, Gales, Holanda e Inglaterra (Wismar, et al., 2007). Gales e Inglaterra son parte del RU, por lo que su contexto es muy similar. Los elementos importantes que han sido identificados para institucionalizar el AIS han sido un fuerte apoyo del gobierno, el establecimiento de unidades de apoyo dedicadas al AIS en las instituciones existentes, desarrollo de una inteligencia en salud para AIS y un financiamiento regular para las actividades del AIS (Wismar, et al., 2007).

Es importante mencionar que aunque existen casos de éxito, cada país tiene que buscar su propia forma de institucionalizar el AIS de acuerdo a sus circunstancias contextuales específicas.

III.6 Legislación relacionada al análisis de impacto en salud

Actualmente, lo que sí existe es el mandato de que se tiene que considerar la variable de salud en diferentes legislaciones y/o reglamentos y en diferentes contextos. Hablamos desde la consideración del AIS en la Constitución de Tailandia hasta que en legislaciones y/o reglamentaciones más locales también se incluye la necesidad de elaborar un AIS (Bhatia, 2011). En el Reino Unido, el AIS se ha integrado en lo legislativo a todos los AIS que debe llevar a cabo el gobierno para el desarrollo de políticas basadas en evidencia y que consisten en el uso de la ciencia de evaluación. Esta misma ciencia, en Europa se ha evolucionado de una EAE hacia una evaluación ambiental más rica que al integrar múltiples componentes. El componente salud se ha integrado a varios análisis de impacto en salud en diferentes documentos. En particular, el artículo 152 del Tratado de Ámsterdam hace un llamado a que la UE examine el posible impacto de políticas públicas sobre la salud humana, sus decisiones y acciones (Salay & Lincoln, 2008). La evolución del EAS ha implicado una expansión de análisis hacia temas más amplios que el ambiental, ya que dentro del debate se ha reconocido que el concepto de desarrollo sustentable involucra de manera paralela las dimensiones ambientales, sociales y económicas. El EAE se desarrolló ante la necesidad de analizar los impactos de las políticas, planes o proyectos desde un nivel estratégico. El EAE ha adquirido un perfil legal en la UE ya que la directiva 2001/42/EC fue emitida en el 2001 y es obligatoria desde el 2004. Dicha directiva ordena que se debe realizar un análisis que considere los efectos significativos sobre el ambiente, incluyendo aquellos efectos sobre la biodiversidad, fauna, flora, suelo, agua, aire, factores climáticos, activos materiales, patrimonio cultural, paisaje y, sobre todo, la salud humana y de la población. Los análisis deben considerar el corto, mediano y largo plazo, efectos secundarios y acumulativos, sinergias, efectos negativos y positivos mediante un proceso participatorio y abierto a los diferentes interesados (Martuzzi, 2006).

Como también ya se ha visto, en general la legislación de EIA en la región de ALC menciona que se debe considerar el impacto significativo del ambiente sobre la salud de las poblaciones y la salud ocupacional (Espinoza, 2007). Fuera de esto, aparentemente en ninguna otra legislación y/o reglamentación de algún otro sector, incluyendo a salud, se habla del AIS o algo similar.



IV.1 Sustento científico de la metodología del AIS

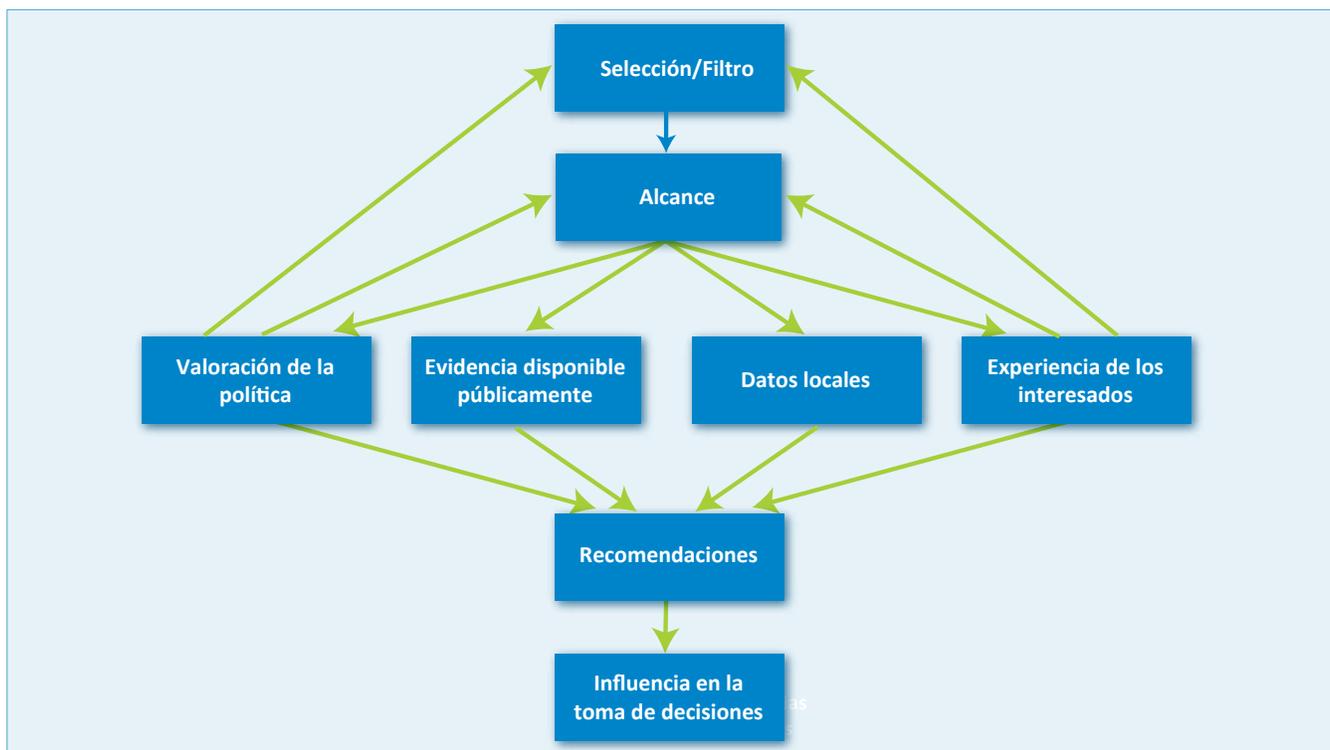
La salud de un individuo está influenciada por una variedad de factores dependientes a la política pública en temas como vivienda, educación y transporte (por mencionar algunos). Como consecuencia, las políticas multidisciplinares que no competen al sector salud tienen el potencial de influenciar en la salud (Mindell, et al., 2010).

El AIS también puede ser descrito como “el uso de la mejor evidencia disponible para estimar el efecto probable de una política específica en una situación específica” (Mindell, et al., 2010). Esto ha llevado a comparaciones con la medicina basada evidencia (MBE). La metodología del AIS ha sido por momentos criticada por su falta de rigurosidad en la colección y análisis de la evidencia, pero si un AIS no es elaborado de manera rigurosa y bien fundamentada será desacreditado y no confiable (Mindell, et al., 2010).

Generalmente se acepta que tres tipos de conocimiento son combinados en un AIS (ver figura IV.1) (Mindell, et al., 2010):

1. El provisto por los interesados basándose en su experiencia.
2. Datos locales.
3. Evidencia disponible públicamente, incluyendo AIS previamente realizados.

Figura IV.1 Flujo de los papeles de la evidencia disponible públicamente, datos locales y la experiencia de los interesados en el proceso del análisis de impacto en salud



Tipos de evidencia

El AIS no intenta descubrir verdades absolutas e incontrovertibles, pero sí debe producir recomendaciones que puedan mantenerse firmes y fuertemente fundamentadas porque estarán formadas con una interpretación balanceada, razonable y transparente de la evidencia basada en investigación. El ideal es usar información que cumpla los estándares científicos de tal forma que las propuestas estén tan bien fundamentadas como sea posible, en el caso de que no sea así se deberá reconocer explícitamente la calidad de la evidencia (Mindell, et al., 2004).

Por ejemplo, la Librería Cochrane muchas veces no es tan útil para proveer evidencia que brinde fundamentos a un AIS. Esto es, debido a que las revisiones Cochrane tienden a no cubrir las intervenciones de las políticas, información que es de gran interés para un AIS, porque está altamente orientada a la atención médica. Dependiendo del tema podría encontrarse mayor o menor información en las revisiones Cochrane con relación a algunas intervenciones de políticas (Mindell, et al., 2004).

En contraste con la mayoría de las revisiones de intervenciones, los AIS usualmente requieren de evidencia sintetizada sobre estudios epidemiológicos, toxicológicos y sociológicos utilizando una amplia variedad de metodologías. De igual forma, el AIS también requiere de estudios provenientes de una amplia variedad de disciplinas y temas utilizando tanto investigación cuantitativa como cualitativa (Mindell, et al., 2004).

La calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia, y por lo tanto la validez de los resultados y las conclusiones, depende primero de la pertinencia del diseño del estudio y segundo en que tan bien fue elaborado el estudio. Un rango de tipos de estudios relevantes implica que varias series de criterios de calidad son requeridos al revisar la literatura para un AIS (Mindell, et al., 2004).

Variedad de campos de estudio

Debido a que la elaboración de un AIS es comúnmente para analizar los efectos de las propuestas fuera del sector salud, es más bien una norma que una excepción que la información requerida de los efectos potenciales en la salud y en los DSS provenga de campos de estudio diferentes a los de salud y medicina. Esto a veces hace que haya dificultades en identificar estudios clave entre revisiones interdisciplinarias (Mindell, et al., 2004).

La búsqueda es un paso crucial al hacer revisiones de la literatura. Esto toma tiempo y conocimiento para hacerlo correctamente además de estar familiarizado con lo que está disponible en la literatura del campo de estudio necesario. Debido a las dificultades y problemas que pueden surgir al realizar revisiones de literatura en campos de estudio diferentes es importante poder trabajar o contar con el apoyo de expertos en información, los cuales podrán desarrollar una estrategia de búsqueda con la sensibilidad y especificidad adecuada (Mindell, et al., 2004).

Al mismo tiempo, también existe una variedad de fuentes de información que va desde la denominada "literatura gris" y varios reportes internos de instituciones diversas hasta bases de datos y estudios de investigación publicados en revistas científicas (Mindell, et al., 2004).

Combinando la evidencia

Mucho se ha escrito sobre revisiones sistemáticas y meta-análisis, por lo general elaborados para estudios

de intervenciones, pero también en estudios de epidemiología y psicología. Combinar la información recolectada proveniente de una variedad de disciplinas y con una variedad de diseños de estudio, de utilidad para un AIS, puede ser más complejo. Esta área todavía está en constante desarrollo con relación a la metodología apropiada a seguir. Las síntesis no estadísticas por lo general se han limitado a narrativas. Abordajes que han tenido una popularidad reciente para sintetizar evidencia han sido la meta-etnografía desde la investigación cualitativa y la síntesis Bayesiana, que busca integrar evidencia cuantitativa y cualitativa. Este tipo de técnicas necesitan ser probadas al momento de hacer revisiones de evidencia para el AIS (Mindell, et al., 2004).

El análisis de impacto en salud prospectivo incluye las siguientes características distintivas (Mindell, et al., 2004):

- El enfoque con frecuencia en políticas o intervenciones relativamente complejas con un diverso rango de efectos en DSS.
- La necesidad de evidencia concerniente a la reversibilidad de factores adversos que dañan la salud.
- Una diversa base para la evidencia compuesta de estudios:
 - de diferentes disciplinas,
 - utilizando una rango de diferentes de diseños e,
 - involucrando una variada evidencia relacionada a DSS socioeconómicos u de otras áreas.
- Diversos interesados con formaciones diferentes y con prioridades, preocupaciones y valores distintos.
- La necesidad de hacer recomendaciones a los tomadores de decisiones independientemente de la calidad de la evidencia.
- Plazos de ejecución ajustados.

IV.2 Pasos para elaborar un AIS

Primero, hay que recordar que el análisis de impacto en salud (AIS) es una manera sistemática y flexible para obtener información basada en la mejor evidencia disponible que permitirá mejorar el diseño de intervenciones y la toma de decisiones.

Como se comentó previamente, el número específico de pasos para elaborar un AIS puede variar entre las diferentes publicaciones existentes, pero su contenido es el importante. El contenido de los pasos descritos en esta sección para la metodología del AIS es muy similar a lo descrito en varias otras guías (Bhatia, 2011; Bhatia, 2010; EPHIA Project Group, 2004; Harris, et al., 2007; Rueda, 2005).

Generalmente, se puede dividir la metodología del AIS en dos partes muy amplias:

1. La primera tiene que ver con cómo una intervención puede llegar a impactar a los determinantes sociales de la salud, (pasos I y II).
2. La segunda trata de explicar cómo estos determinantes que están siendo impactados a su vez afectarán a la salud de la población (pasos III, IV y V).

El proceso puede llegar a percibirse como algo muy técnico, sin embargo, es un proceso simple que

cuenta con cinco pasos principales que a continuación se comentarán de manera detallada. También es preciso aclarar que para efectos prácticos en esta sección a toda política, plan, programa o proyecto se le llamará intervención.

Paso I: Selección o filtro

En este paso inicial primero se tiene que decidir si es necesario realizar un AIS para la propuesta a considerar dependiendo de la capacidad que se tenga para responder una serie de preguntas que se mostrarán en los párrafos siguientes. Dichas preguntas se responderán de manera conjunta con los involucrados. En la medida en que menos se puedan contestar las preguntas mayor será la necesidad de realizar un AIS, sin que sea esta la única condición a considerar para la elaboración del mismo; asimismo se debe de identificar si el AIS a desarrollar debe ser estándar o profundo. Es decir, cuando hablamos de selección o filtro, es ir tan prematuramente como sea posible al momento en que se comienza el diseño de la intervención y preguntarse lo siguiente: ¿Qué posible impacto, o implicaciones, tendrá esta propuesta sobre la salud de la población o cualquier otro de DSS de la población?

Una característica particular de este paso es que debe ser rápida y capaz de proveer un escenario general preliminar de los impactos potenciales en los diferentes grupos de la población, con el propósito de aportar información para decidir si se requiere o no un AIS.

Las preguntas a contestar en este paso son:

- ¿Es probable que la intervención tenga un impacto en la salud?
- ¿Qué grupos o secciones de la población, principalmente los vulnerables, serán probablemente afectados? (Ver anexo 2 de lista de grupos vulnerables).
- ¿La escala potencial de los impactos y si estos serán positivos o negativos?
- ¿Definir qué tipo de AIS será necesario realizar: estándar o profundo?

Asimismo se debe:

- Tener de manera clara y precisa la descripción de la propuesta, su razón de ser, así como sus metas y objetivos.
- En la medida de lo posible contar con el perfil básico de los distintos grupos de la población que viven dentro del área que será afectada.
- Distribuir toda la información a los involucrados en un tiempo adecuado antes de reunirse por primera vez.
- Para hacer la selección o filtro, es conveniente realizar una reunión de trabajo con los interesados.

Para hacer la selección o filtro, es conveniente realizar una reunión de trabajo con los interesados.

Registro de la información

La selección o filtro dentro del AIS es un instrumento que proveerá los medios para ir registrando la información. Esto es importante para justificar, si es que se presenta el caso, por qué se decidió elaborar el AIS o no. Es fundamental tener totalmente claro y contar con la evidencia para sustentar porque sí o porque no se tomó la decisión de elaborar un AIS.

Este paso se hará por medio de un instrumento que permita identificar (ver anexo 3):

- sector del que viene la propuesta,
- cuál es su objetivo,
- cómo se planea lograrlo,
- a qué grupos va dirigida, y
- una primera noción de los impactos potenciales en la salud que se puedan producir.

Ya con la información necesaria, será posible decidir si es que un AIS procede o no. Es importante resaltar que toda la información disponible tendrá que ser compartida entre los sectores involucrados en los tiempos adecuados para que se pueda tomar la decisión de la necesidad o no del AIS en el momento preciso.

Paso II: Alcance/ diseño del proceso

En este paso se especifica el alcance y diseño del AIS. En otras palabras, se podría decir que aquí se elaboran los términos de referencia y el plan consensuado por los involucrados para la elaboración del AIS. Para esto, se tienen que contestar las siguientes preguntas:

- ¿Qué períodos de tiempo se establecerán para el análisis?
- ¿Cuáles son los límites geográficos del proyecto?
- ¿Sobre cuál (es) impactos/DSS debe de enfocarse el análisis?
- ¿Qué cantidad de recursos financieros y humanos están disponibles?
- ¿Qué tipo de AIS es necesario y/o posible para el tiempo y los recursos disponibles?
- ¿Quiénes son los diversos interesados? y ¿cómo deben de participar e involucrarse en el AIS?
- ¿Es preciso determinar a un grupo directivo? y ¿quiénes serían los integrantes del mismo?
- ¿Cuáles son los roles y responsabilidades de cada interesado?
- ¿Cómo se debería de involucrar a los tomadores de decisiones?
- ¿Debe el AIS elaborarse dentro del organismo competente (sector salud) de manera intersectorial?
o ¿debe el AIS ser comisionado?
- ¿Qué métodos podrán ser utilizados para compilar la evidencia?

Período de tiempo

Es preciso considerar el período de tiempo del AIS en paralelo con el período de tiempo del diseño de la intervención. Se debe efectuar el AIS en un tiempo lo suficientemente anticipatorio para poder llegar a influenciar la intervención antes de que termine de diseñarse y se presente como ya definitiva. De esta manera se cumplirá con el cometido de proporcionar la información para la toma de decisión, y no para cuando la decisión ya ha sido tomada. El período de tiempo es un factor importante que dará la pauta en cuanto el tipo de AIS que será posible elaborar. De igual forma, se deben establecer tiempos y fechas para elaborar el AIS.

Límites geográficos

Es necesario considerar cuál es el límite geográfico que el AIS tendrá. Con límite geográfico nos referimos al espacio geográfico que la intervención abarcará, es decir, el territorio que afectará diferencialmente. Algunos impactos pueden llegar a interactuar con partes de la población que no son afectados de manera directa, por lo tanto es imprescindible decidir hasta donde será el límite para analizar los impactos y la razón de ello.

Dependiendo de la cobertura geográfica del análisis, podría llegar a ser de utilidad tener el conocimiento de la existencia de algún tipo de análisis ya desarrollado anteriormente de las estrategias de desarrollo locales en temas como Salud, Seguridad Social y Bienestar. Si es que existen, este tipo de documentos son fuentes claves para conducir un AIS donde se puedan identificar mejor los impactos.

Enfoque

Para asegurar el mejor uso posible de los recursos, es de gran importancia enfocarse en aquellos impactos que son muy probables de ocurrir y que a su vez tengan el mayor impacto potencial sobre la salud de la población y las inequidades en salud. Con la ayuda del paso previo de la selección o filtro, se puede identificar sobre qué áreas de impacto se debe de enfocar el análisis. En otras palabras, deben de responderse las siguientes preguntas:

- ¿Qué DSS son los más probables a ser altamente afectados y tienen el mayor impacto en la salud? y
- ¿Cuáles son los grupos poblacionales a los que se debería de enfocar el análisis?

Recursos

Determinar la cantidad de recursos disponibles en términos de financiación adicional y tiempo laboral de las personas (horas-hombre). Es necesario desarrollar el diseño del proceso de tal manera que se dé el mejor uso a los recursos que se tendrán disponibles. En el caso de que el AIS se implemente, y por lo tanto se elabore de manera rutinaria, se tendrá la necesidad de designarle recursos específicos para su desarrollo. Estos recursos podrán ser vistos como una inversión para mejorar los procesos de planeación y de toma de decisiones. De igual forma, para el análisis de políticas de gran peso será necesario desarrollar AIS profundas que requieren de un trabajo extensivo, recopilación de datos adicional y una vasta revisión de la literatura existente.

Nivel del análisis

El nivel del análisis dependerá tanto del período de tiempo con el que se cuenta, como de los recursos disponibles y complejidad de la intervención a analizar. Entre más profundo sea el análisis requerido se necesitará de un mayor período de tiempo, revisión sistemática de la literatura, recolección de datos y consultas a expertos.

Grupo directivo

La creación de un grupo directivo es indispensable para que se realice una distribución del trabajo, se asegure una amplia participación de todos los actores y asegurar que se estén incluyendo a todos los interesados durante el proceso. Es fundamental que el grupo directivo considere la participación de personas que puedan aportar conocimientos específicos. En particular, los representantes de los distintos grupos poblacionales pueden llegar a tener una mejor idea de cuál es el contexto del grupo poblacional en cuestión y de cómo una propuesta podría llegar a afectarlos. De igual forma, es deseable y apropiado que dentro del grupo directivo estén especialistas del área de la salud pública, así como otros especialistas en ciencias sociales, epidemiología, salud ambiental, desarrollo social y economía de la salud (por mencionar algunos).

Los interesados son todas aquellas personas a identificar que probablemente serán afectadas con la intervención, o que están involucrados con el desarrollo e implementación de la misma. Se debe decidir cómo se involucrará a los diversos interesados dentro del proceso, es decir, definir el papel que tendrán cada uno de ellos y si en dado caso también serán partícipes del proceso como expertos proveedores de evidencia, miembros del grupo directivo o como destinatarios de los reportes o información.

Involucrar a los tomadores de decisiones clave es importante para resaltar y dar a entender la importancia del AIS, por lo que se debe planear la manera más apropiada para que estos tomadores de decisiones tengan una participación adecuada. Esto último implica que el grupo directivo tenga que informar adecuadamente el progreso del análisis a los mencionados tomadores de decisiones.

Paso III: Análisis

Como es de esperarse, este paso es clave para el AIS porque aquí es donde se establecen los impactos potenciales en la salud. Dentro de este paso se compila toda la información posible acerca de la naturaleza, tamaño, probabilidad y distribución de los potenciales impactos que tendrá la intervención. También, provee una oportunidad para identificar las posibles maneras de maximizar los beneficios para la salud y minimizar los riesgos, particularmente para aquellos grupos poblacionales que son los menos saludables o que tienen las mayores desventajas.

El gran objetivo de este paso es predecir los impactos que probablemente se presentarían en la salud al operar la intervención que está en proceso de definición y que por lo mismo está siendo analizada. Para esto, dentro de este mismo paso se tienen que considerar una serie de indicaciones que a continuación se mencionan.

a) Buen conocimiento de la intervención

Para este paso ya se debe contar con cierto conocimiento preciso de la intervención en estudio, debido a que dentro del paso I (selección o filtro) se determinó si era necesario un AIS o no. En ciertas ocasiones con esa información previa, que debe de tenerse compilada y documentada, es suficiente. Pueden presentarse casos donde un conocimiento más detallado de la intervención es necesario que el obtenido durante la paso I.

La persona encomendada a realizar el AIS es la responsable de obtener toda la información necesaria para tener un buen conocimiento de la intervención. Ya que se tenga dicha información, el responsable del AIS debe presentar los resultados al resto de los interesados. Para poder llegar a tener un buen conocimiento de la intervención, algunos aspectos relevantes a considerar son: de qué trata, qué tema se está abordando, sus intenciones y objetivos, qué prioridades tiene, qué resultado (s) busca, identificar a los tomadores de decisiones y elaboradores de la propuesta, posible relación con otras propuestas, obstáculos que se tienen, aspectos no flexibles o no negociables, contexto político y general del país, así como posibles áreas de tensión entre aspectos de la intervención y los valores del AIS (es decir, cuando se enfrenten ambas posturas o valores).

b) Creación o revisión de los perfiles poblacionales de salud y sus determinantes sociales

Es importante tener identificadas y documentadas las circunstancias iniciales de salud, así como de los DSS, de los diversos grupos poblacionales a tratar. Partiendo de aquí se puede llegar a prever qué posibles efectos se tendrán sobre la salud de la población y sobre las inequidades en salud.

A las condiciones de salud y de los DSS que tenga un grupo poblacional específico se le denominará "perfil de salud y sus DSS". Si no se cuenta con estos perfiles poblacionales de salud y sus determinantes sociales, sería importante empezar a crearlos. Es preciso mencionar que para poder hacer comparable la información de los perfiles entre grupos poblacionales y a través del tiempo, se deben manejar siempre las mismas variables y asegurarse de que siempre será posible contar con la información de los

diversos grupos poblacionales. Si la información lo permite, se deben de priorizar (con información más detallada) los perfiles de los grupos vulnerables o desfavorecidos, de tal manera que se pueda contar con más elementos que permitan promover la disminución de las inequidades en salud.

Dentro de la información relevante que debería de aparecer en los mencionados perfiles poblacionales, sin intentar ser exhaustivos, está:

- Características del grupo poblacional (estructura por edad y sexo, tamaño, estatus socioeconómico, nivel de desempleo, ingreso).
- Indicadores de salud de los diversos grupos dentro de la población como la mortalidad, morbilidad, discapacidad o natalidad.
- Indicadores de conductas saludables o comportamientos no saludables: consumo de alcohol, tabaco o drogas, hábitos alimenticios, actividad física.
- Indicadores del medio ambiente: la calidad del aire, agua o suelo; las condiciones de vivienda y del medio laboral; demás aspectos relevantes.
- Accesibilidad a servicios públicos y privados.

c) Compilar, utilizar la información y la evidencia

El término “evidencia” puede ser un poco excluyente. Tiene un matiz, tanto legal como científico, que puede sugerir que únicamente los especialistas con habilidades sumamente desarrolladas pueden llegar a tener acceso a ella y comprenderla. Al mismo tiempo, el término “evidencia” puede dar a entender que no sirve para realizar un juicio si no se elaboró con información científica y robusta para respaldarla. Sin embargo, en el mundo real donde las relaciones entre las personas y los lugares donde viven son sumamente complejas, la evidencia basada en pura investigación para predecir un efecto futuro está dentro de un terreno de mejora continua. Es por esto que también se debe considerar la evidencia existente, y muy valiosa, que únicamente está disponible en forma de conocimiento proveniente tanto de profesionales considerados expertos, como de personas no consideradas expertas pero que son representativas de la población. Toda evidencia que pueda servir, sin importar su tipo (basada en algún método riguroso de investigación o no), debe ser considerada. Se debe aclarar también que esto último no implica que se tome en cuenta como evidencia lo proveniente de fuentes de información poco confiables. Es muy importante darle un especial énfasis a la fuente de información (la cual siempre debe de ser confiable) y mencionar las fortalezas y debilidades de la evidencia dentro del análisis.

Es una realidad que la información basada en investigación existe para una cantidad variada de temas, así que hay que hacer uso de la que sea útil y esté disponible. El acceso a esta información basada en investigación se puede facilitar con la existencia y uso de recursos tecnológicos y electrónicos pertinentes.

Conocimiento

No sólo es necesario enfocarse en lo “que funciona”, sino también en todo aquel conocimiento y entendimiento de los DSS que afectan a la salud y bienestar de las personas. Se debe contar con una gran cantidad de conocimiento disponible tanto a nivel local como nacional.

Las personas expertas en ciertas áreas pueden aportar mucho para las cuestiones técnicas. Por ejemplo: qué cantidad de contaminantes causará un proceso, cómo la contaminación se distribuirá, cómo es que un químico en particular puede afectar a los humanos, qué flujo del tráfico habrá en el camino, qué cantidad de empleos puede una propuesta en particular crear, y demás aspectos a considerar según el tipo de propuesta. Mucho de este conocimiento procedente de expertos está disponible, además del que se puede conseguir por medio de las instituciones académicas.

Es preciso recordar que los grupos poblacionales también pueden dar sus puntos de vista en cuanto cómo una propuesta puede llegar a impactar sus condiciones de vida. Pueden llegar a aportar un marco y conocimiento del contexto que por lo general no se llega a cubrir del todo con la evidencia basada en la investigación.

Evidencia aceptable

Es óptimo que se considere evidencia tanto cuantitativa como cualitativa. Hay casos en que la estimación del tamaño del impacto puede ser cuantificada y deseada, entonces se procederá a realizar el análisis cuantitativo apropiado. Por ejemplo, puede llegar a ser posible el estimar el incremento de partículas contaminantes, debido al flujo vehicular, y por lo tanto calcular el impacto en la salud de los grupos poblacionales afectados. Sin embargo, y como es de esperarse, existen algunos impactos potenciales que no son tan sencillos de medir pero igual de importantes a considerar en lo que respecta a los efectos en la salud y bienestar de la población. Por ejemplo, el cerrar una escuela, o la falta de acceso a la misma, puede llegar a tener impactos importantes en la salud del grupo poblacional. Este tipo de impactos recién mencionados pueden llegar a ser expresados de mejor manera por medio de métodos cualitativos que investiguen las experiencias, perspectivas e impresiones de las persona afectadas.

Búsqueda de conocimiento ya existente

En esta parte es donde se tiene que hacer la investigación de todos los AIS y demás trabajos previos que ya existen acerca de los aspectos que se están analizando. A nivel mundial ya existen varios países donde se han efectuado AIS que pueden estar relacionadas con lo que se va a analizar. No se tiene que limitar la búsqueda a sólo AIS previos, sino también a otros estudios de impacto (como los ambientales o de evaluación de riesgos), estudios de investigación sobre temas similares y otros trabajos que muestren evidencias acerca del efecto en la salud o en los determinantes sociales.

Todo es útil, y por lo tanto puede llegar a aportar al AIS que se está realizando. Es preferible que se utilicen los trabajos hechos sobre un país a nivel nacional, ya que fueron realizados considerando el contexto, pero lo encontrado en otros países puede ser de gran utilidad. Esto último puede ser todavía de mucho mayor aporte si es que no existe ningún trabajo en un país que trate los aspectos que se están considerando dentro del AIS.

Consulta y participación de los afectados, expertos e interesados

Es preciso tener un contacto continuo con los representantes de los grupos sociales definidos en el paso II del AIS, así como contar con su participación en la elaboración del mismo. Si es que se detectan más afectados en el proceso será conveniente incluirlos. Los puntos de vista, valores y aportaciones de los distintos grupos serán muy importantes a considerar al momento de realizar las recomendaciones de mejora de la propuesta. De igual forma, se tendrá que consultar a los expertos que se consideren pertinentes. Estas consultas pueden ser desde una entrevista hasta la creación de grupos de trabajo donde todos aporten con lo que consideren sea de mayor importancia. Todo esto es para fomentar el conocimiento mutuo y la propagación del mismo, el intercambio de los diferentes puntos de vista, así como fortalecer la participación y el sentido de pertenencia de los diversos grupos poblacionales.

Resumen de las posibles fuentes de evidencia

La evidencia puede provenir de diferentes fuentes. Se debe de hacer uso de la que se pueda llegar a obtener dentro del período de tiempo y recursos disponibles. A continuación se presenta una lista de las posibles fuentes de evidencia. No toda la información será siempre la más apropiada, así como es muy

poco probable que se pueda obtener toda. La presente lista tiene el fin de ser una guía, y no tiene el propósito de ser exhaustiva.

- Información existente sobre la población en cuestión:
 - Información estadística recolectada de forma rutinaria en temas como salud, desempleo, crimen y calidad del aire.
 - Encuestas sobre las condiciones poblacionales.
 - Perfiles comunitarios (información más detallada a nivel local).
 - Preocupaciones y ansiedades de los diferentes grupos poblacionales (si es que se tiene información disponible).
 - Análisis secundario de la información que se requiera y está disponible.
 - Encuestas de opinión.
 - Otro tipo de encuestas y trabajo de investigación.
- Opinión experta:
 - Perspectiva de los profesionales y personas consideradas expertas con un conocimiento y opinión confiable.
 - Perspectiva de los académicos y profesionales especialistas en el área a analizar.
 - Predicciones basadas en modelos (creación de los mismos si no existen y es posible crearlos).
 - Información disponible de propuestas similares implementadas en otros lugares (estudios de caso).

d) Identificación de los determinantes sociales de la salud afectados y estimación del impacto potencial en la salud

Un elemento fundamental del AIS es tener identificados cuáles son los DSS que se están afectando y de qué manera. De aquí se parte para estimar cuál es el impacto potencial en la salud y de qué forma se presentará. Las redes causales toman un papel muy importante en este aspecto, ya que para poder definir el impacto potencial en la salud se deben tener bien entendidos los mecanismos por los cuales éste se dará. Esto último es algo crucial para que en realidad se puedan llegar a considerar posibles alternativas para mejorar la propuesta.

Se debe aclarar que al hablar de impacto se refiere tanto al aspecto positivo como al negativo del mismo. Por lo mismo, es necesario realizar un balance de si los impactos positivos sobrepasarán los negativos o no. De cualquier forma, uno de los objetivos principales del AIS es mejorar la propuesta (hacerla más saludable) o hacerla saludable si es que en un inicio no lo era. Al mismo tiempo, siempre se debe enfatizar la necesidad de disminuir las inequidades en salud.

e) Describiendo los impactos

Hay un gran número de formas con las cuales se puede describir los impactos potenciales; sin embargo, si se es posible se debe por lo menos analizar lo siguiente:

1. La probabilidad del impacto. Definir si la probabilidad del impacto en salud de la propuesta es definitivo, posible o especulativo.
2. La magnitud del impacto. Definir la proporción de la población que es probable que sea afectada.

3. El momento del impacto. Definir si el impacto se dará en semanas, meses o años. Es importante aclarar que pueden existir casos en los que los riesgos en la salud de corto plazo pueden ser necesarios para lograr los beneficios esperados en el largo plazo.
4. La distribución del impacto. Definir a los diversos grupos poblacionales que serán afectados de manera diferente por la propuesta. Puede ser que una propuesta beneficie a cierto grupo poblacional pero perjudique a otro. Se debe dar prioridad en la propuesta a los grupos poblacionales con desventaja o que presenten una mala salud. Esto es muy importante para contribuir a la reducción de las inequidades en salud que existen entre la población.

Para este momento se deben tener bien identificados los impactos, quiénes son los “ganadores” y “perdedores” con la propuesta, y a qué impactos se les debe dar una prioridad por sus potenciales efectos en la salud.

Una matriz puede ser un instrumento visual de mucha utilidad para organizar y estructurar la evidencia de los impactos potenciales en salud. La matriz de impacto en salud (MIS) sintetiza los impactos clave identificados que se podrían presentar en la salud de la población. A continuación se presenta un ejemplo de formato de una MIS (ver tabla IV.1).

Tabla IV.1 Formato de matriz de impacto en salud			
Potenciales impactos en salud	Dirección del impacto	Magnitud	Probabilidad
<i>Población en general</i>	Positivo	Escala del 1 al 5	Alta/Baja/Incierta
	Sin cambios relevantes	-	-
	Negativo	Escala del -1 al -5	Alta/Baja/Incierta
<i>Inequidades en salud</i>	Positivo	Escala del 1 al 5	Alta/Baja/Incierta
	Sin cambios relevantes	-	-
	Negativo	Escala del -1 al -5	Alta/Baja/Incierta

Fuente: Basado en EPHIA Project Group. La escala de magnitud va desde lo menos positivo para la salud (1) hasta lo más positivo (5); para la escala negativa es igual, desde lo que menos perjudica a la salud (-1) hasta lo que más la perjudica (-5).

f) Identificar las oportunidades para mejorar la salud y el bienestar.

Una vez que se hayan identificado los posibles impactos que la propuesta tenga en la salud, se debe explorar con los interesados qué oportunidades existen para maximizar las potenciales mejoras en la salud y minimizar los riesgos potenciales en la misma.

Entre más involucrados estén todos los interesados dentro de este proceso, es más probable que se pueda asegurar que las recomendaciones resultantes del análisis vayan a ser aceptadas y factibles.

Paso IV: Elaboración de las recomendaciones (conclusiones) con su justificación y el reporte del AIS

En este paso se podrán observar los resultados del AIS. Con las conclusiones que fueron producto del paso III, se procederá a elaborar las recomendaciones para mejorar la propuesta de tal manera que pueda ser saludable (o más saludable en su caso). Cada recomendación debe estar justificada con su respectiva evidencia e información requerida. En la tabla se presentan diversas orientaciones a las cuales las recomendaciones deberían ir dirigidas bajo diferentes escenarios de impactos en la población y en distintos grupos desfavorecidos.

Junto con las recomendaciones, se debe realizar un reporte final del AIS donde se incluya todo lo que se hizo, cómo se hizo y los pasos que se siguieron, así como toda la información recolectada. Este paso debe de ser transparente y sin dejar duda de cómo se llegaron a las recomendaciones. También es aquí

donde se deben mencionar las limitantes del AIS, es decir, en qué áreas falta más investigación para tener conocimientos y evidencias de mejor calidad.

Tanto las recomendaciones como el reporte deben ser dados a conocer. Se debe de hacer accesible el reporte, junto con sus recomendaciones, a todos los interesados y afectados. Hay muchos formatos posibles para presentar la información, desde una simple lista o matriz con los resultados encontrados, hasta un reporte mucho más exhaustivo. El estilo y formato del reporte debe considerar a quién va dirigido. Las recomendaciones deben ser presentadas a los elaboradores de políticas y tomadores de decisiones de una manera práctica al mismo tiempo que se les entregue el reporte final con un resumen ejecutivo.

Antes de presentar las recomendaciones y el reporte final a los elaboradores de políticas y tomadores de decisiones, se pueden revisar por última vez algunas observaciones finales provenientes de los interesados, afectados y expertos, pero ya nada de mucho peso que para eso están los pasos previos.

En la tabla IV.2 se presenta una matriz con la cual se puede resumir los resultados obtenidos con el AIS y formular las recomendaciones.

Se recuerda que el propósito del AIS no es tomar una decisión en sí o tomar la decisión por los que deben de hacerlo, sino que es una herramienta que permite que se tomen decisiones de manera informada y transparente. Que se tomen en cuenta o no las recomendaciones del AIS depende de los elaboradores de políticas y tomadores de decisiones, que al fin y al cabo son los responsables de la propuesta.

Tabla IV.2 Matriz para resumir los resultados del AIS y formular recomendaciones

Grupos desfavorecidos o vulnerables

		Impacto positivo	Sin cambios relevantes	Impacto negativo
P O B L A C I Ó N	Impacto positivo	Todos ganan en salud	La población gana en salud	La población gana, pero se daña la salud de los desfavorecidos
		Buscar la forma de que con la política se aumenten las ganancias en salud	Buscar modificar la política de tal manera que los grupos desfavorecidos también ganen en salud	Buscar modificar la política para que por lo menos no se dañe la salud de los desfavorecidos (buscar ganancia si es posible)
G E N E R A L	Sin cambios relevantes	Los grupos desfavorecidos ganan en salud	Nadie gana en salud	La población no gana en salud y se daña la de los desfavorecidos
		Buscar que toda la población también gane en salud sin perjudicar la ganancia que ya tienen los desfavorecidos	Buscar que la política se modifique para obtener ganancias en salud para todos, especialmente para los grupos desfavorecidos	Buscar que se modifique la política para eliminar la fuente del daño a los desfavorecidos y, si es posible, lograr que todos ganen en salud
P O B L A C I Ó N	Impacto negativo	Los grupos desfavorecidos ganan en salud, pero la población pierde	La salud de la población es dañada	La salud de todos es dañada
		Buscar que la salud de la población no sea dañada sin que se perjudique a la ganancia de los desfavorecidos	Rechazar la política o buscar que no se dañe a la salud de la población y los desfavorecidos obtengan una pequeña ganancia	Rechazar la política. Buscar el que se haga un nuevo rediseño de la política donde se consigan los mismos objetivos sin dañar la salud de nadie (si es posible, que por lo menos se mejore la salud de los desfavorecidos)

Fuente: Basado en Rueda (2005).

Paso V: Monitoreo y evaluación del proceso

El objetivo del AIS es que la toma de decisiones se haga de manera informada, por lo que es necesario que se evalúe cómo la información proveniente del AIS fue utilizada. Se debe identificar si es que los interesados y afectados la encontraron útil y si se pudo llegar a influenciar o no en la toma de decisiones y en el desarrollo de la intervención. Esto ayudará a evaluar qué tan efectivo es el proceso del AIS para sensibilizar e influenciar a los tomadores de decisiones y elaboradores de políticas con respecto a la salud y las inequidades en salud. Al mismo tiempo, se debe intentar evaluar los impactos predichos en el AIS. Debido a la dificultad que esto último representa por las redes causales complejas en las que se basan dichas predicciones, se pueden diseñar programas de monitoreo que incluyan una evaluación de los resultados esperados en salud pública basados en las suposiciones y predicciones del AIS.

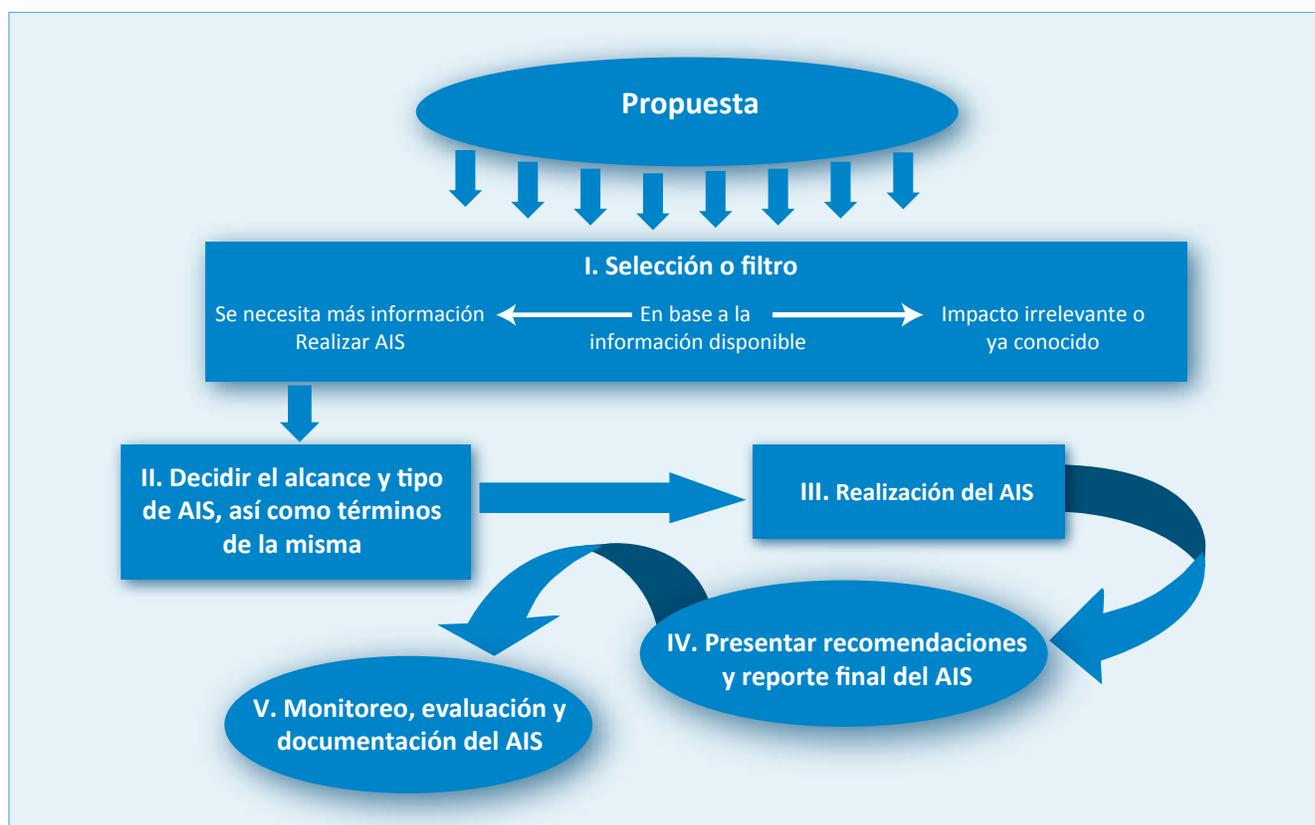
Para evaluar qué tanto el AIS pudo llegar a influenciar la toma de decisiones y al desarrollo de la intervención, así como identificar qué tanto se pudo sensibilizar a todos los interesados, se deben contestar las siguientes preguntas:

- ¿Cómo fue utilizado el AIS en el proceso de desarrollo de la intervención?
- ¿En qué fue modificada la propuesta de intervención como resultado del AIS?
- ¿Fueron las recomendaciones aceptadas e implementadas? Si fue así, ¿cómo y cuándo?; si no fue así, ¿por qué?
- Si es que hubo, ¿cuáles fueron los impactos no previstos del AIS? Por ejemplo: haber logrado un buen trabajo intersectorial en equipo y multidisciplinario; proyectar la importancia de la salud en los demás sectores.

La evaluación y el reporte de los AIS llevados a cabo también darán una oportunidad para monitorearlos. Así se podrá observar si es que funcionan como se espera o no y por qué, la cantidad de tiempo y recursos utilizados para realizarlos, qué dificultades se presentaron para su elaboración y en qué se puede mejorar. Documentos de este tipo proveen una fuente de aprendizaje, y por lo tanto deben ser compartidos y difundidos como base para un desarrollo futuro. En manera de resumen, a continuación se presenta un diagrama de los pasos del AIS y su orden respectivo (ver figura IV.2).

V. Ejemplos de análisis de impacto en salud

Figura IV.2 Pasos del análisis de impacto en salud



IV.3 Elementos mínimos y estándares generales para un análisis de impacto en salud

Elementos mínimos de un AIS

Un AIS debe incluir los siguientes elementos mínimos que cuando se presentan conjuntamente distinguen al AIS de otros procesos:

1. Inicia para informar durante el proceso de toma de decisiones y es elaborado antes de que se tome la decisión final para una política, plan, programa o proyecto.
2. Utiliza un proceso sistemático y analíticos que tiene las siguientes características:
 - 2.1 Incluye una fase de alcance/ diseño del proceso que considera de manera integral los potenciales impactos en los resultados de salud, así como en los resultados de los DSS, y selecciona los temas con una potencial mayor importancia para su análisis.
 - 2.2 Solicita y utiliza las aportaciones por parte de los interesados.
 - 2.3 Establece una condición basal de la salud, describiendo los resultados en salud, los DSS, la población afectada y subgrupos poblacionales vulnerables.
 - 2.4 Utiliza la mejor evidencia disponible para juzgar la magnitud, probabilidad, distribución y permanencia de los potenciales impactos en la salud humana o sus DSS.
 - 2.5 Soporta sus conclusiones y recomendaciones en una síntesis transparente y específica al contexto de la evidencia, reconociendo las fuentes de información, los supuestos metodológicos, las fortalezas y las limitaciones de la evidencia e incertidumbres.
3. Identifica recomendaciones, formas de mitigar y/o alternativas de diseño para proteger y promover la salud.

4. Propone un plan de monitoreo para seguir las decisiones tomadas con relación a los impactos en salud y sus DSS de interés.
5. Incluye una documentación transparente y públicamente accesible sobre el proceso, métodos, descubrimientos, patrocinadores, fuentes de financiamiento, participantes y sus papeles respectivos.

Estándares generales para el proceso del AIS

Se recomienda una adherencia a los siguientes estándares para avanzar hacia una práctica efectiva del AIS (North American HIA Practice Standards Working Group, 2010):

- Un AIS debe incluir, como mínimo, los pasos de selección/ filtro, alcance/ diseño del proceso, análisis, recomendaciones y reporte de las mismas.
- El monitoreo es una actividad importante de seguimiento dentro del proceso del AIS. El AIS debe incluir un plan de seguimiento para el monitoreo que permita seguir los resultados de una decisión y su implementación.
- La evaluación del proceso del AIS es necesaria para el mejoramiento y desarrollo de la práctica. Cada proceso de AIS debe comenzar con unas metas explícitas y por escrito que permitan evaluar el éxito o fracaso al final del proceso.
- El AIS debe respetar las necesidades y tiempos del proceso de la toma de decisiones que evaluará.
- El AIS requiere la integración del conocimiento de varias disciplinas; los practicantes o equipos practicantes deben tomar los pasos disponibles y razonables para identificar, solicitar y utilizar el conocimiento necesario, incluyendo el de la comunidad, para identificar los potenciales impactos significativos en la salud.
- Una valiosa e incluyente participación de los interesados (por ejemplo, la comunidad, la agencia pública, el tomado de decisión) en cada paso del AIS aporta a la calidad y efectividad del AIS. Cada AIS debe tener un abordaje específico para comprometer y lograr la participación que utilice métodos participativos disponibles adecuados para las necesidades de los interesados y el contexto.
- El AIS es una actividad prospectiva con la intención de informar de anticipadamente a una decisión, sin embargo, un AIS puede ser también apropiado o utilizado para realizar un análisis o evaluación de una política, plan, programa o proyecto ya existente para informar a una decisión o discusión contemporánea.
- En donde un All es requerido y realizado, y los requerimientos para el análisis de impacto en salud incluyen la responsabilidad de analizar los impactos en salud, el AIS debe ser parte de un proceso de All para avanzar eficientemente, permitir un análisis interdisciplinario y maximizar el potencial para mejorar a la promoción de la salud o mitigar los riesgos en salud.
- De integrarse el AIS a otros procesos de AI se deben seguir estos estándares de práctica lo más que sea posible.

VI. Conclusiones

V.1 Ejemplo en Estados Unidos de América, nivel estrategia (California Department of Public Health, 2010)

El estado de California de EUA, encarando dificultades económicas, ambientales y de salud pública por amenaza del cambio climático, aprobó la “Global Warming Solutions Act” en 2006. Esta acta, conocida también como AB32, establece como objetivo vinculante la reducción de emisiones con efecto invernadero a niveles de 1990 para el año 2020. En 2008, el Consejo de Recursos del Aire de California incluyó un programa de fijación de límites máximos e intercambio de los derechos de emisión (cap-and-trade) como uno de los mecanismos a través de los que actuaría AB32. En 2009, el Grupo de Trabajo en Salud Pública del Equipo de Acción Climática emprendió un AIS de un programa de “cap-and-trade” en California. Primero se analizó, junto con múltiples actores, qué programas requerían un análisis más detallado por sus posibles efectos en salud de acuerdo a criterios establecidos (por ejemplo, cambios en empleo y demanda laboral). Se puso especial atención en la distribución de posibles efectos en salud y a la protección de comunidades y grupos vulnerables. El AIS elaborado en los programas seleccionados sugirió maneras de mitigar los potenciales efectos negativos y de mejorar los posibles beneficios en salud asociados al programa de “cap-and-trade” en los rubros de cambios en empleo, costos energéticos, beneficios asociados y salud comunitaria. De manera general, el AIS encontró que se esperaba que los efectos potenciales serían mínimos, tanto los negativos como positivos, y que son mitigables y mejorables, respectivamente, a través de medidas específicas sugeridas en el reporte (por ejemplo, limitar el uso de compensación a no más del 49% del total de reducción de emisiones para mitigar los efectos en salud, debido a cambios laborales). Una conclusión importante de este AIS fue que de todos los elementos de un programa de “cap-and-trade”, las inversiones comunitarias por asignación de ingresos subvencionados tienen el mayor potencial para impactar de manera positiva en la salud al mismo tiempo que reducen los impactos negativos en salud por riesgos ambientales.

V.2 Ejemplo en Europa, nivel político (Haigh & Mekel, 2004)

A raíz del Tratado de Ámsterdam, donde se hace explícito el compromiso de la UE para asegurar la protección de la salud humana en todas las políticas y actividades de la CE, se desarrolló una metodología genérica para llevar a cabo los AIS (EPHIA). Los estudios piloto de la metodología EPHIA se realizaron a nivel estado miembro y a nivel UE sobre la Estrategia Europea de Empleo. A nivel de estado miembro, se llevó a cabo un AIS de la Estrategia Europea de Empleo en Alemania con los objetivos de evaluar la propia metodología EPHIA y de evaluar los impactos en salud de la política. Se siguieron los pasos establecidos en el EPHIA (selección o filtro, alcance/ diseño del proceso, análisis, elaboración de las recomendaciones (conclusiones), monitoreo y evaluación del proceso) con énfasis en los elementos de la política que fueran de relevancia para la situación alemana. Se identificaron posibles efectos en salud y se hizo un análisis profundo utilizando modelos matemáticos para predecir la magnitud y dirección de los riesgos. El AIS fue evaluado de acuerdo a la eficiencia, efectividad, equidad, participación, transparencia y aplicabilidad. El AIS se enfocó en formas de empleo flexibles y se identificó una serie de posibles efectos en la salud por escenario de acuerdo a cambios de 5, 10 ó 15% de personas en empleo con contratos permanentes y de tiempo completo a empleos de término fijo y menos de tiempo completo. Se analizó de manera particular subgrupos poblacionales de acuerdo a edad y género, entre otros.

El AIS encontró una mezcla de posibles efectos negativos y positivos en salud de acuerdo al grupo poblacional y cambio en el tipo de empleo y contrato. Se desarrollaron tres recomendaciones con atención especial a los efectos discriminatorios contra grupos vulnerables y contra grupos vulnerables a los efectos de la nueva política de empleo (por ejemplo personas de mayor edad por sus necesidades y capacidades en relación al empleo). De la misma manera, se sugieren tiempos para el monitoreo de los resultados del AIS y de los efectos de la nueva política. En cuanto al EPHIA como metodología del AIS a nivel de estado miembro de la UE se encontró que funciona de manera adecuada y durante el

proceso se identificaron áreas de refinamiento y desarrollo. Por ejemplo, se identificó que el modelaje es una herramienta aplicable a AIS a nivel de política pero limitada por la cantidad de datos disponibles y evidencia de relaciones dosis-efecto y se encontraron dificultades para obtener participación de actores identificados.

Bibliografía

Como se pudo observar, el AIS no es una herramienta nueva, y el abordaje de medir los posibles impactos que tenga alguna intervención sobre una variable específica de interés de manera ex ante o prospectiva viene desde la década de 1960 cuando se comenzó a legislar y reglamentar lo de la EIA. El impacto que las decisiones de los humanos han tenido sobre el medio ambiente fue lo que detonó el auge de la EIA, pero igual de antiguas, históricas e impactantes han sido las decisiones que los humanos con relación a la salud de individuos y sociedades. Así como se están “pagando facturas” por lo que hemos hecho y se está haciendo con el medio ambiente, también se han “pagado facturas” por lo que hemos hecho y se está haciendo por la salud de las poblaciones. Con la característica falta de anticipación y planeación en ALC, y se podría decir que también en muchos otros países con relación a este tema, se sigue apoyando más a los sistemas de salud asistencialistas que únicamente se concentran en ver la forma de apoyar a todos los enfermos, en vez de concentrarse en evitar que existan tantos enfermos.

Lo importante a destacar aquí es que el AIS es una herramienta necesaria para mejorar la salud de las poblaciones ya que permite conjuntar diferentes temas de importancia y sintetizarlos para la toma de decisiones. Entre estos temas está: el carácter prospectivo; el uso de la evidencia disponible; la utilización de los métodos más adecuados de acuerdo al contexto y la situación; involucrar a todos los interesados y fomentar la participación ciudadana/ social; buscar reducir las inequidades en salud; colocarse dentro del proceso de la toma de decisión y elaboración de políticas; y ser un apoyo para la toma de decisiones.

Existen todavía varias dudas y preguntas a contestar con relación al AIS, pero la única forma de contestarlas y observar si esta herramienta es la adecuada o no, es mediante la práctica continua y la elaboración de AIS dentro de ALC que aporten a la discusión mundial. Además de la ventaja de que el AIS es una herramienta sistematizada con pasos ordenados, tiene la gran fortaleza que invita a trabajar con otros sectores y disciplinas, incentiva la participación ciudadana/social y tiene el fin de influenciar a la toma de decisiones. Es probable que una herramienta como esta no sea efectiva rápidamente en la región de ALC, debido a que muchos países siguen en transiciones democráticas, pero sin duda el AIS es una herramienta ideal para una democracia.

Más allá de la discusión del AIS y si se debe implementar o no un sistema de AIS en los países, también está el tema del AII que también podría ser una herramienta muy útil donde la salud sea uno de los temas primordiales.

A nivel mundial se podría decir que el AIS llegó para quedarse, aunque en muchas partes ha tenido avances lentos, y en donde se han tenido grandes avances y casos de éxito ha faltado que se mantenga una constancia. A muchos de nosotros nos gustaría escuchar que cada vez se avanza más hacia la justicia social, la “Salud para Todos” y la “salud en Todas las Políticas”, pero para que esto se aproxime a una realidad en ALC falta mucho por hacer. El AIS es una excelente herramienta que podría apoyar a que todo esto se cumpla.



- Aedo, C., 2005. Evaluación del impacto, Santiago de Chile: CEPAL. Serie Manuales No. 47.
- Bhatia, R., 2010. A Guide for Health Impact Assessment, s.l.: California Department of Public Health.
- Bhatia, R., 2011. Health Impact Assessment: A Guide for Practice, Oakland, CA: Human Impact Partners.
- Blau, J. y otros, 2007. The use of HIA across Europe. En: M. Wismar, J. Blau, K. Ernst & J. Figueras, edits. The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. Copenhagen: World Health Organization, pp. 37-55.
- Bouillon, C. & Tejerina, L., 2006. Do we know what works?: A Systematic Review of Impact Evaluations of Social Programs in Latin America and the Caribbean, Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- California Department of Public Health, 2010. Health Impact Assessment of a Cap-and-Trade Framework, s.l.: s.n.
- Corburn, J. & Bhatia, R., 2007. Health Impact Assessment in San Francisco: Incorporating the social determinants of health into environmental planning. Journal of Environmental Planning and Management, Volumen 50, pp. 323-341.
- de Jesus, J., 2009. What Is Impact Assessment?. Disponible en: http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/What%20is%20IA_web.pdf
- EPHIA Project Group, 2004. European Policy Health Impact Assessment: a Guide, s.l.: s.n.
- Espinoza, G., 2004. Fortalecimiento de los Sistemas de Evaluación de Impacto Ambiental en América Latina y el Caribe: una base para apoyar la sostenibilidad del proceso de toma de decisiones, s.l.: Proyecto Regional de Cooperación Técnica para la Formación en Economía y Políticas Agrarias y de Desarrollo Rural en América Latina de FAO/ Universidad Politécnica de Madrid/ Agencia Española de Cooperación Internacional.
- Espinoza, G., 2007. Gestión y Fundamentos de Evaluación de Impacto Ambiental, s.l.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Centro de Estudios para el Desarrollo (CED).
- European Commission, 2009. Impact Assessment Guidelines, s.l.: SEC(2009) 92.
- European Commission, 2011. Impact Assessment. Disponible en: http://ec.europa.eu/governance/impact/planned_ia/roadmaps_2011_en.htm. 21 de octubre del 2012.
- Haigh, F. & Mekel, O., 2004. Policy Health Impact Assessment for the European Union: Pilot Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in Germany, s.l.: Institute of Public Health (Iögd).
- Harris, P., Harris-Roxas, B., Harris, E. & Kemp, L., 2007. Health Impact Assessment: A Practical Guide, Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE).
- IAIA, 2002. Impact Assessment in the Corporate Context. Disponible en: <http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/Bi1%20pdf.pdf>.

- IAIA, 2011. International Association for Impact Assessment. Disponible en: www.iaia.org.
- IFC, 2011. Update of IFC's Policy and Performance Standards on Environmental and Social Sustainability, and Access to Information Policy, s.l.: s.n.
- INDEC, s.f. Historia del INDEC. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/>.
- Independent Evaluation Group, 2006. Impact Evaluation: The experience of the Independent Evaluation Group of the World Bank, s.l.: World Bank.
- INEC, 2010. Acerca del INEC. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>.
- INEGI, 2011. Acerca del INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/acercade/default.aspx>.
- Jay, S., Jones, C., Slinn, P. & Wood, C., 2007. Environmental impact assessment: Retrospect and prospect. *Environmental Impact Assessment Review*, 27(4), pp. 287-300.
- Jones, N., Jones, H., Steer, L. & Datta, A., 2009. Improving impact evaluation production and use, London, U.K.: s.n.
- Kemm, J., 2006. Health impact assessment and Health in All Policies. En: T. Ståhl, y otros edits. *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Finland: s.n., pp. 189-207.
- Kemm, J., 2007. Health Impact Assessment (Presentation), Birmingham: West Midlands Public Health Observatory (WMPHO).
- Kemm, J., 2007. What is HIA and why might it be useful?. En: M. Wismar, J. Blau, K. Ernst & J. Figueras, edits. *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen: World Health Organization, pp. 3-13.
- Kemm, J., Parry, J. & Palmer, S., 2004. *Health Impact Assessment: concepts, theory, technitechniques, and applications*. Oxford: Oxford University Press.
- Liberta Bonilla, B., 2007. Impacto, impacto social y evaluación del. *Acimed*, 15(3).
- Martuzzi, M., 2006. Environment and health: perspectives from the intersectoral experience in Europe. En: T. Ståhl, y otros edits. *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, pp. 129-141.
- Mendell, A., 2010. Four types of Impact Assessment used in Canada, s.l.: s.n.
- Mindell, J. y otros, 2010. Improving the use of evidence in health impact assessment. *Bull World Health Organ*, Volumen 88, p. 543-550.
- Mindell, J. y otros, 2004. Enhancing the evidence base for health impact assessment. *J Epidemiol Community Health*, Volumen 58, p. 546-551.
- Moreno, L., Campuzano, L., Levy, D. & Blair, R., 2009. Toward closing the evaluation gap: Lessons from three recent impact evaluations of social programs in Latin America and the Caribbean. *Well-Being and Social Policy*, 5(2), pp. 1-23.
- Navarro, H., 2005. *Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza*, Santiago de Chile: s.n.
- North American HIA Practice Standards Working Group, 2010. *Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment. Version 2*, Oakland: North American HIA Practice Standards Working Group.
- Oakley, A., 1998. Experimentation and social interventions: a forgotten but important history. *BMJ*, Volumen

1998, pp. 1239-42.

OMS, 1948. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, s.l.: Última reforma: 15 de septiembre del 2005.

OMS, 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.

OMS, 2008. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria en una generación actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, Ginebra, Suiza: OMS.

Oppermann, P. & Montaña, M., 2011. Strengths and weaknesses of SEA in Brazil, Puebla: 31st Annual Meeting of the International Association for Impact Assessment.

PAHO, 1999. Regional Plan on Environmental and Health Impact Assessment (EHIA) 2000-2010, Washington, DC: s.n.

PNUD, 2010. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad, Nueva York, EUA: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Quigley, R. y otros, 2006. Health Impact Assessment International Best Practice Principles. International Association for Impact Assessment, Issue Special Publication Series No. 5.

Real Academia Española, s.f. Diccionario de la lengua española (en línea). Disponible en: www.rae.es.

Renda, A., 2006. Impact Assessment in the EU: The State of the Art and the Art of the State, s.l.: s.n.

Rueda, J., 2005. Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias, Gobierno Vasco: Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad.

Salay, R. & Lincoln, P., 2008. The European Union and Health Impact Assessments: Are they an unrecognised statutory obligation?, London: National Heart Forum.

Scott, J., 2006. Desigualdad de la Salud y de la Atención de la Salud en México, s.l.: Instituto Nacional de Salud Pública.

Scott-Samuel, A., 1998. J Epidemiol Community Health, Volumen 52, p. 704-705.

Skoufias, E., 2000. ¿Está dando buenos resultados Progresar?, s.l.: s.n.

Ståhl, T. y otros, 2006. Health in All Policies: Prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

St-Pierre, L., 2008. Canadian Round Table on Health Impact Assessment (HIA), Montreal: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.

Subramanian, V. y otros, 2003. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. Rev. méd. Chile, 131 (3), pp. 321-330.

U.S. Census Bureau , 2011. U.S. Census Bureau: History. Disponible en: <http://www.census.gov/history/>.

WHO, 1999. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach, Brussels: Regional Office for Europe.

WHO, 1999. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region, Copenhagen. EURO, WHO Regional Office for Europe.

WHO, 2011. Health Impact Assessment (HIA). Disponible en: <http://www.who.int/hia/tools/en/>.

WHO, 2011. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro: s.n.

Wismar, M., 2004. The effectiveness of health impact assessment. Eurohealth, Volumen 10, pp. 41-43.

Wismar, M. y otros, 2007. Implementing and institutionalizing HIA in Europe. En: The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. Copenhagen: World Health Organization, pp. 57-78.

Wismar, M., Blau, J., Ernst, K. & Figueras, J., 2007. The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe, Copenhagen: s.n.

Wood, C., 2003. Environmental Impact Assessment in developing countries: An overview, s.l.: s.n.

Anexos



Anexo I

Temas para análisis de impacto en salud planeados para la Unión Europea en el 2011 (European Commission, 2011):

1. Agricultura y desarrollo rural.
2. Presupuesto.
3. Acción para el clima.
4. Comunicación.
5. Competencia.
6. Desarrollo.
7. Asuntos económicos y financieros.
8. Educación y cultura.
9. Empleo, asuntos sociales e igualdad de oportunidades.
10. Energía.
11. Empresa e industria.
12. Medio ambiente.
13. Oficina Europea de Antifraude.
14. Servicio europeo para acción externa.
15. Salud y consumidores.
16. Asuntos del hogar.
17. Ayuda humanitaria.
18. Sociedad de la información y medios.
19. Mercados internos y servicios.
20. Justicia, libertad y seguridad.
21. Asuntos marítimos y de pesca.
22. Movilidad y transporte.
23. Política regional.
24. Investigación.
25. Asuntos generales e institucionales.
26. Impuestos y unión aduanera.
27. Comercio.

Anexo II

Grupos vulnerables, o con desventajas, dentro de la población.

- Grupos relacionados con la edad:
 - Niños y jóvenes.
 - Adultos mayores.
- Grupos relacionados con el ingreso:
 - Población con bajo ingreso.
 - Población en el mercado informal.
 - Población desempleada.
 - Población económicamente inactiva (o no económicamente activa).
 - Población sin actividad laboral, debido a incapacidad.
- Grupos que llegan a ser discriminados o con desventajas sociales:
 - Población con algún tipo de discapacidad.
 - Población indígena.
 - Grupos de refugiados.
 - Familias con un solo padre.
 - Población homosexual.
 - Grupos minoritarios (especificar).
- Grupos relacionados con aspectos geográficos:
 - Población que habita áreas con muy poco desarrollo (indicadores económico y de salud muy bajos).
 - Población que vive marginada (sin acceso a cualquier tipo de servicio).

Esta lista no pretende ser exhaustiva. El grupo que se deba considerar dependerá de la naturaleza de la política a analizar y de los grupos posibles que la misma afectará. Se le debe de dar especial énfasis a los grupos que presenten múltiples características de vulnerabilidad como, por ejemplo, los niños en condiciones de pobreza que trabajan en el mercado informal.

Anexo III

Formato para la selección o filtro.

Sector

Título de la política pública/plan/programa/proyecto a realizar

Descripción (incluyendo el objetivo principal y los objetivos específicos)

Población con la cual se va a trabajar en la intervención (política/plan/programa/proyecto) a realizar:

- Grupos vulnerables
- Otros grupos

Resumen de los resultados de impacto moderados y significativos

Será la política realmente de impacto, o tendrá implicaciones para:

¿Estilos de vida individuales?

(Si no hay ningún tipo de impacto o son mínimos, nos pasamos al siguiente punto)

Breve explicación del impacto de la política pública y a quienes impactará:

¿Influencias de tipo social y comunitario?

(Si no hay ningún tipo de impacto o son mínimos, nos pasamos al siguiente punto)

Breve explicación del impacto de la política pública y a quienes impactará:

¿Condiciones de vida?

(Si no hay ningún tipo de impacto o son mínimos, nos pasamos al siguiente punto)

Breve explicación de la política pública y a quienes impactará:

¿Condiciones económicas?

(Si no hay ningún tipo de impacto o son mínimos, nos pasamos al siguiente punto)

Breve explicación de la política pública y a quienes impactará:

¿Acceso y calidad de los servicios?

(Si no hay ningún tipo de impacto o son mínimos, nos pasamos al siguiente punto)

Breve explicación de la política pública y a quienes impactará:

¿Otros efectos directos o indirectos relacionados con la salud y el bienestar?

Breve explicación de la política pública y a quienes impactará:

Recomendaciones

¿Los componentes identificados anteriormente serán suficientes para garantizar un adecuado Análisis de Impacto en Salud?

Si/No

Si es no, ¿cuáles son las razones que impiden poder realizar este análisis?

Si es sí, por favor enumere los pasos a seguir

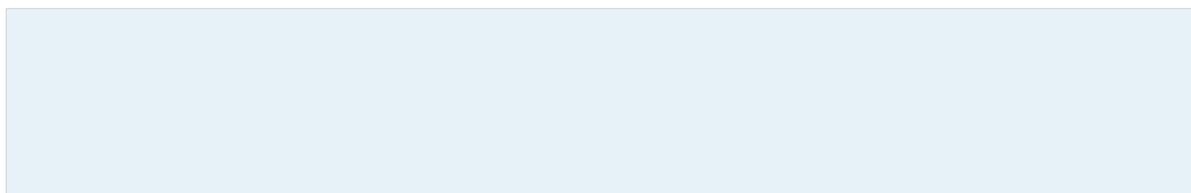
(por ejemplo, fecha y hora de la reunión programada por...)



¿Se necesitará tomar algún otro tipo de acción para llevar a cabo este proceso de Análisis de Impacto en Salud?

Si/No

Si es sí, por favor enumere dichas acciones





**Organización
Panamericana
de la Salud**

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, DC 20037

www.paho.org



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



9 789275 318058