



GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN LA SALUD EN ESPAÑA

Aplicación en el Contexto de la Sanidad Ambiental



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

La totalidad o parte de esta publicación puede reproducirse sin permiso adicional, siempre que se mencione la fuente.

Ni el Ministerio de Sanidad ni los autores son responsables del uso que pueda hacerse del contenido de esta publicación, o por cualquier error que, a pesar de una cuidadosa preparación y verificación, pueda aparecer.

@ MINISTERIO DE SANIDAD

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18, 28071 Madrid

Nipo CD Rom:

Nipo en línea:

El Copyright y otros derechos de la propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para su uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Catálogo general de publicaciones oficiales

<http://www.O6O.es>

2025

DEDICATORIA



A Francisco Vargas Marcos, por su destacada trayectoria, su pasión y compromiso con la Evaluación de Impacto en Salud, su papel pionero en el impulso de la EIS en España, así como por su liderazgo cercano e inspirador durante la elaboración de esta guía.

Director General de Salud Pública y Equidad en Salud
Pedro Gullón Tosio

Subdirector General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral
Santiago González Muñoz

COORDINACIÓN

Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral:
Margarita Palau Miguel, Marian Mendoza García, Francisco Vargas Marcos

AUTORES

Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral:
Rosina Magdalena Olaso Jveschuk
Tragsatec: Andrea Pastor Muñoz

GRUPO DE EXPERTOS

Piedad Martin Olmedo (Escuela Andaluza de Salud Pública, presidenta de sección EIS de EUPHA)

Francisco J. Rodríguez Rasero (Centro Común de Investigación, Comisión Europea)

Carlos Iglesias Merchán (Universiada Politécnica de Madrid)

Elvira Domínguez Ares (Consultoría GeAmbiental, S.L.)

Aragón: Mercedes Febrel Bordejé, Francisco Javier Falo Forniés

Andalucía: Cecilia Martin Gandul

Castilla y León: Irene Arcones Ríos, Roberto Gago Gutiérrez

La Rioja: Rosario Martínez de la Hidalga Gil

Comunidad de Madrid: Almudena Garcia Nieto, Isabel Marta Morales, Maria José Soto Zabalgogazcoa

Comunidad Valenciana: Mercedes Castillo Torres, Rafael Lladró Giner, Rosa Mas Pons

País Vasco: Jesus Angel Ocio Armentia

Asturias: Jose Luis Carretero Ares, Valentín Rodriguez Suarez

Cataluña: María Soledad García Prado

Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud: Ana Gil Luciano, Jara Cubillo Llanes, Ignacio Manuel Giménez Alba

COLABORADORES:

Tamara lungman (ISGlobal, Barcelona Institute of Global Health)

Matilde García Marino (Tragsatec)

Ane Laburu Dañobeitia (Tragsatec)

Documento visto por la Ponencia de Sanidad Ambiental el 21 de abril de 2026 y por la Comisión de Salud Pública el 14 de mayo de 2026.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las Comunidades y Ciudades Autónomas, así como a los expertos que forman parte del Grupo de Trabajo de Evaluación de Impacto en Salud, cuya participación ha contribuido de manera significativa a la elaboración de esta guía.

PRESENTACIÓN

Tradicionalmente, la salud se ha entendido como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, desde 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta visión amplía el foco y sitúa la salud más allá del ámbito estrictamente clínico.

A partir de 1986, con la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Carta de Ottawa), se consolidó un paradigma que reconoce la interrelación de múltiples determinantes y los ejes de desigualdad. La Carta subrayó la acción multisectorial y preventiva, la creación de entornos saludables y la elaboración de políticas públicas saludables.

El enfoque de **Salud en Todas las Políticas (SeTP/HiAP)** busca considerar sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores. Sus raíces se encuentran en la Carta de Ottawa y en documentos posteriores de la OMS (1999), y tomó impulso en 2006 durante la presidencia finlandesa de la Unión Europea (1). En este contexto, el Documento de Consenso de Gotemburgo (1999) destacó la **Evaluación de Impacto en Salud (EIS)** como herramienta para analizar comparativamente las consecuencias de las políticas, reforzada después por la Declaración de Adelaida (2010), que promovió instrumentos de información y evaluación para monitorizar la eficacia de las políticas.

La EIS cobra especial sentido en la actual coyuntura socioeconómica y ambiental, donde sectores como medio ambiente, agricultura, industria y energía, educación, trabajo, vivienda o transporte condicionan de forma decisiva la salud y el bienestar, junto al sector sanitario.

El marco europeo y nacional ya incorpora la salud. La **Directiva 2014/52/UE** y la **Ley 21/2013, de evaluación ambiental**, incluyen la **población y la salud humana** entre los factores de análisis y promueven la coordinación para evitar duplicidades. Por su parte, el **artículo 35 de la Ley 33/2011, General de Salud Pública**, prevé la EIS para normas, planes, programas y proyectos con impacto significativo, si bien su desarrollo práctico ha sido desigual e incipiente. Algunas comunidades autónomas han avanzado en regulaciones propias. En la práctica, la evaluación ambiental (EA) contempla la salud humana, pero no concreta cómo debe realizarse una EIS ni qué contenidos mínimos debe incorporar; y, a su vez, la normativa sanitaria no ha desplegado aún un marco operativo aplicable a la EIS de planes, programas y proyectos. Tampoco se ha establecido de forma expresa un marco de coordinación que vincule operativamente la EIS con la EA cuando proceda.

Esta cuestión es especialmente relevante en proyectos industriales, donde los efectos sobre la salud suelen estar mediados por impactos ambientales —emisiones, vertidos, ruido, contaminación del suelo o campos electromagnéticos—, por lo que su adecuada valoración exige una articulación clara con la Evaluación de Impacto Ambiental y con el análisis de exposición de la población. A nivel estatal, continúa el debate sobre EIS integrada en otras evaluaciones frente a EIS específica; en todo caso, la coordinación y cooperación entre evaluaciones generan sinergias y previenen sobrecargas.

Con vocación práctica, esta guía ofrece un **marco metodológico flexible**, basado en consensos, aplicable a distintos contextos y con la **equidad** como eje transversal. Dado que los profesionales que realizan EIS se enfrentan a realidades muy diversas, su implementación debe adaptarse a

las particularidades del terreno. No propone un modelo único: establece pautas y mínimos de cumplimiento para que promotores, autoridades y equipos técnicos puedan realizar EIS proporcionadas, útiles para la decisión y coherentes con la evaluación ambiental y otras evaluaciones de impacto.

A corto o medio plazo, será conveniente avanzar hacia un **marco normativo específico de EIS**, con un objetivo sanitario claro, que garantice una aplicación uniforme en todo el territorio y que abarque la evaluación de planes, políticas, programas y proyectos, incluidas determinadas actividades industriales, articulándose con la EA cuando proceda. Confío en que esta guía constituya un primer paso en esa dirección, se consolide como referencia para todos los agentes implicados y contribuya a decisiones públicas más saludables y equitativas.

Pedro Gullón Tosio. Director General de Salud Pública y Equidad en Salud.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	viii
GLOSARIO	xii
Abreviaturas y acrónimos	xii
Conceptos	xiii
INTRODUCCIÓN	1
Propósito, ¿para qué sirve esta guía?	1
Audiencia	2
Estructura	2
EVALUACIÓN DE IMPACTO EN LA SALUD (EIS)	3
Aspectos Marco de la EIS	4
Concepto de salud	4
Determinantes de la salud	4
Ejes de desigualdad y factores transversales	6
Impactos en la salud	7
¿Qué es la EIS?	9
¿Por qué realizar una EIS?	9
La equidad como eje transversal	10
Beneficios de la EIS	10
¿Cómo contribuye la EIS a la toma de decisiones?	10
Visión general de la metodología de la EIS	11
Fases del procedimiento de EIS	11
Figuras responsables	13
Conceptos de probabilidad y significación a lo largo del proceso de EIS	15
Probabilidad	16
Impactos significativos	16
Enfoque cronológico de la EIS	16
Tipos de EIS	17
Clarificación de las formas de implementación de la EIS	19
Integración de la EIS en procedimientos ambientales	20
Marco normativo y antecedentes de la EIS	21
Marco y antecedentes a nivel europeo	21
Marco y antecedentes a nivel estatal	21
Marco normativo en las CC. AA.	23
Andalucía	23
Comunidad Valenciana	24
Comunidad de Aragón	24
Iniciativas nacionales para el desarrollo de la EIS	24
Guía Técnica: Pasos para la realización de la EIS	26
Fase Transversal. Participación y sistema de consultas	28
a) Consultas a la ASC	28
b) Participación ciudadana	28
Mecanismos de participación	29

c) Participación de las partes interesadas	30
Fase 1. Cribado	31
Tipos de cribado	32
Cribado ordinario	32
Criterios para la selección de propuestas y la elaboración de un listado consensuado	32
Uso del listado consensuado	33
Cribado caso por caso	33
Diferencias entre ámbito de aplicación, cribado ordinario y cribado caso por caso	33
Procedimiento recomendado para el cribado: Guía para el grupo encargado del cribado	34
Herramienta de cribado	35
Pasos de la herramienta	36
Paso 1: Registro del cribado	36
Paso 2: Datos generales del PEPPP a evaluar	36
Paso 3: Caracterización de la población potencialmente afectada	38
Paso 4: Impacto sobre los determinantes de la salud	40
Paso 5: Valoración final de la necesidad de continuar con la EIS	41
Fase 2. Determinación del alcance y metodología	43
Equipo de coordinación / responsable de la EIS	43
Elementos clave de la determinación del alcance	44
Procedimiento recomendado para la determinación del alcance	45
Alcance por poblaciones afectadas (población receptora)	46
Alcance por determinantes de la salud	47
Valoración final de la determinación del alcance	48
Gobernanza	50
Fase 3. Análisis y evaluación de impactos potenciales	51
Planificación del abordaje del análisis de impacto	52
Análisis de la susceptibilidad del impacto	53
Atributos clave para analizar la susceptibilidad	53
Análisis de la magnitud del impacto	53
Parámetros clave para analizar la magnitud	54
Impactos acumulativos o sinérgicos	55
Caracterización del impacto	56
Criterios para la caracterización del impacto	56
La importancia de la transparencia en el proceso de análisis	57
Divulgación de los resultados obtenidos	57
Fase 4. Formulación de medidas, plan de vigilancia y reporte de resultados	59
Medidas para la prevención y mitigación de impactos negativos y la potenciación de impactos positivos	59
Descripción mínima de cada medida	59
Plan de vigilancia y medidas finales	60
Síntesis, reporte y divulgación de los resultados obtenidos durante la EIS	62
Estructura y responsabilidad del EsEIS	62
Contenido del EsEIS	63
Fase 5. Validación de la EIS y emisión de la Declaración de Impacto en Salud de la ASC	65
Plazos orientativos para la emisión de la DIS por la ASC	65
Fase 6. Seguimiento y evaluación: peritaje de la EIS	67
ANEXOS	68
Anexo 1. Actuaciones sometidas a Evaluación de Impacto en la Salud (EIS)	69
Anexo 2. Herramienta de cribado de Evaluación de Impacto en la Salud (EIS)	72
Paso 1: Registro de cribado	72

Paso 2: Datos generales del PEPPP a evaluar	74
Datos de referencia de la propuesta	74
Contexto y coherencia de la iniciativa	81
Nivel de participación ciudadana y acción intersectorial en el PEPPP	82
Caracterización del entorno	84
Paso 3: Caracterización de la población potencialmente afectada	86
Paso 4: Impacto sobre los determinantes de la salud	87
Instrucciones para completar la tabla	87
Paso 5: Valoración final de la necesidad de continuar con la EIS	92
1. Resumen de los posibles impactos identificados	92
2. Decisión final	95
Anexo 3. Plantilla para la solicitud de consulta previa (para parte promotora)	98
Anexo 4. Modelo de informe de consulta previa de la ASC	99
Anexo 5. Recursos para la determinación del alcance de la Evaluación de Impacto en la Salud (EIS) de políticas, estrategias, planes, programas o proyectos (PEPPP)	101
Herramienta para la determinación del alcance de los grupos de población	101
Herramienta para la determinación del alcance de los determinantes de la salud	106
Herramienta para la planificación y gestión de la EIS	129
Anexo 6. Descripción de los impactos a analizar	132
Caso práctico	132
Metodología	132
Población infantil	133
Población general residente a 1 km del área de la propuesta	134
Población con movilidad reducida	135
Conclusiones	136
Anexo 7. Propuesta de análisis de susceptibilidad de la población	137
Metodología	137
Caso práctico	140
Anexo 8. Propuesta de análisis de la magnitud del impacto	142
Caso práctico	143
Anexo 9. Propuesta para la caracterización del impacto	145
Caso práctico	148
Anexo 10. Propuesta para la difusión de análisis y resultados	153
Caso práctico	153
Anexo 11. Descripción y caracterización de las medidas	155
Ficha para la descripción de medidas	155
Valoración de la medida	155
Cálculo del impacto residual	155

Caso práctico	157
Anexo 12. Modelo para la recogida y resolución de propuestas controvertidas	159
Anexo 13. Sistematización del Plan de Vigilancia	160
Anexo 14. Declaración de Impacto en Salud (DIS)	161
Anexo 15. Directrices y recursos claves seleccionados para orientar el desarrollo del proceso de EIS	162
Recursos internacionales	162
Recursos nacionales	166
Fuentes de información necesarias para la EIS	169
Orientación sobre el uso de fuentes oficiales	169
Referencias	178

GLOSARIO

Abreviaturas y acrónimos

ASC	Autoridad Sanitaria Competente
CC. AA.	Comunidades y/o Ciudades Autónomas
CHRODIS plus	EU Joint Action for Chronic Diseases / Acción Conjunta europea frente a Enfermedades Crónicas
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
EA	Evaluación Ambiental
EAE	Evaluación Ambiental Estratégica de planes y programas
EIA	Evaluación de Impacto Ambiental de proyectos
EIS	Evaluación de Impacto en la Salud
GT - EIS	Grupo de Trabajo de EIS
IAIA	International Association for Impact Assessment / Asociación Internacional para la Evaluación de Impacto
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
MITERD	Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico
MSAN	Ministerio de Sanidad
MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEPPP	Políticas, estrategias, planes, programas o proyectos
SOPHIA	Society of Health Impact Assessment Practitioners / Sociedad de Profesionales de la Evaluación del Impacto en la Salud
SESA	Sociedad Española de Sanidad Ambiental
SeTP	Salud en Todas las Políticas
SGSASL	Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral
SIG	Sistemas de Información Geográfica
TFUE	Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea
UE / EU	Unión Europea / European Union
VIS	Valoración de Impacto en Salud

Conceptos

En esta sección, se presenta una definición preliminar de los conceptos clave asociados a la EIS. Estas definiciones servirán como punto de partida para un análisis más detallado y exhaustivo en los capítulos subsiguientes de esta guía.

Autoridad sanitaria competente (ASC)	En este documento, se entiende por ASC al órgano competente en materia de salud —a nivel local, autonómico o estatal, según el ámbito de responsabilidad del organismo que adopte, apruebe o autorice la propuesta (PEPPP)— encargado de supervisar los aspectos relacionados con la evaluación del impacto en salud (EIS). Con independencia de su adscripción orgánica (por ejemplo, un servicio o dirección general concretos), la ASC es el referente institucional al que deberán dirigirse la documentación técnica pertinente, las consultas previas y el informe de EIS. Asimismo, le corresponde la revisión, validación y, en su caso, la emisión de la resolución final del procedimiento, sin perjuicio de los procedimientos establecidos en el marco de una EIS integrada en una evaluación ambiental (EA). La ASC tiene la responsabilidad de garantizar un abordaje sistemático y riguroso de los posibles impactos en los determinantes de la salud y los factores de riesgo asociados, con el objetivo de minimizar los efectos negativos sobre la salud y la equidad, y de maximizar los impactos positivos. Nota: Lo anterior no excluye la participación de otros niveles de la administración sanitaria a través de mecanismos de consulta o coordinación. Se recomienda que la ASC cuente directamente, o en su defecto se coordine mediante consultas estructuradas, con profesionales con formación específica en salud pública (preferentemente en promoción de la salud y salud ambiental, a concretar según el caso), evaluación de impacto y determinantes sociales, de modo que se garantice una valoración técnica integrada y robusta.
Parte promotora/proponente	Cualquier persona física o jurídica, pública o privada, que impulsa un PEPPP y asume la responsabilidad sobre el mismo. Es la figura encargada de elaborar o encargar el Estudio de Evaluación de Impacto en Salud (EsEIS), así como de remitir el expediente a la ASC y reportar los resultados del análisis para su valoración. Ejemplos: Administraciones públicas promoviendo planes de salud o transporte o empresas privadas promoviendo infraestructuras, desarrollos urbanísticos o actividades industriales.
Responsable de la toma de decisiones	Las personas que tienen control sobre el contenido final de la propuesta y/o son responsables de su implementación, y que pueden incorporar las recomendaciones o condicionantes derivados de la EIS (2).

	En las EIS específicas, este actor asume las funciones que, en el ámbito de la Evaluación Ambiental (EA), corresponderían al órgano sustantivo. En las EIS integradas en procedimientos de EA, el responsable de la toma de decisiones corresponde al órgano sustantivo definido por la normativa de EA, que actúa como punto de coordinación entre los diferentes actores implicados en el procedimiento. Ejemplos: Miembros de un consejo de gobierno, Autoridades locales con capacidad normativa, etc.
Grupo encargado del cribado	Pequeño grupo, independiente del equipo responsable de la EIS, que analiza de forma inicial si una propuesta debe continuar con el procedimiento, aplicando criterios establecidos por la ASC y/o la normativa, y sujeto a validación de la ASC cuando así se prevea (p. ej., en cribado caso por caso). Está formado por personal designado por la parte promotora e idealmente incluye profesionales con conocimientos en salud pública.
Equipo de coordinación / responsable de la EIS	Es un grupo técnico evaluador cuya composición deberá adaptarse a la complejidad y particularidades del PEPPP, así como a los recursos disponibles y al contexto en el que se desarrolla la evaluación. Puede incluir representantes de la parte promotora, personas expertas, responsables de la toma de decisiones, representantes de la población afectada y/o de grupos en situación de vulnerabilidad, así como otras partes interesadas que se consideren relevantes. Este enfoque asegura una representación adecuada y fomenta la colaboración interdisciplinar, facilitando tanto la evaluación como la toma de decisiones. Personas expertas: Son profesionales con los conocimientos y habilidades necesarios para identificar los posibles impactos en la salud y la equidad derivados del PEPPP, evaluar su relevancia y proponer medidas para mitigarlos o prevenirlos, así como con experiencia en metodologías participativas, cuya aportación resulta clave para diseñar y facilitar procesos de participación ciudadana eficaces. Estas personas pueden formar parte del equipo de EIS o, si no lo integran directamente, ofrecer asesoramiento externo según las necesidades del proceso.
Grupos en situación de vulnerabilidad	Estos grupos no son vulnerables por sí mismos, sino en función del contexto en el que se encuentran y de la presencia de factores de vulnerabilidad que condicionan su exposición, susceptibilidad o capacidad de respuesta. Los factores de vulnerabilidad pueden ser de carácter social, económico, ambiental, cultural, fisiológico o de salud (como la pobreza, la exclusión social, la precariedad laboral, la falta de vivienda, la discriminación, la edad extrema, una mayor exposición ambiental, enfermedades crónicas como las cardiovasculares o respiratorias, u otras condiciones de salud relevantes según el PEPPP evaluado).

	En consecuencia, forman parte de estos grupos, entre otros: minorías étnicas, población inmigrante, personas con discapacidad, en situación de sinhogarismo, en situación de pobreza, con adicciones, víctimas de violencia de género o personas mayores en situación de aislamiento (3). Asimismo, deben considerarse grupos especialmente sensibles desde el punto de vista ambiental o fisiológico, como la población infantil o las personas mayores, debido a su mayor susceptibilidad frente a ciertas exposiciones, como la contaminación o las temperaturas extremas.		
Partes interesadas	Son aquellas personas, grupos u organizaciones que participan en el desarrollo de la propuesta o cuyos derechos o intereses legítimos individuales o colectivos podrían verse afectados. Esto incluye tanto a quienes tienen responsabilidades en la implementación y toma de decisiones, como a quienes se verán afectados directa o indirectamente. Las partes interesadas pueden pertenecer al sector público, privado o ser grupos de personas afectadas, ya sea dentro o fuera de la organización que patrocina el PEPPP, y su apoyo es esencial para la viabilidad de la propuesta. La identificación y promoción de la participación de estas partes en la EIS es crucial, ya que sus decisiones pueden influir positiva o negativamente en el éxito de la propuesta.		
Propuesta o iniciativa de desarrollo	Esto abarca una política, una estrategia, un plan, un programa o un proyecto. Cabe destacar que cuando se menciona a las propuestas a nivel estratégico estas se refieren a políticas, estrategias, planes o programas nuevos o modificados. Mientras que las propuestas a nivel	Política/norma	En los documentos de EIS, el concepto de política o norma suele estar relacionado con la producción normativa, que incluye la elaboración y aplicación de legislación como leyes, decretos y reglamentos.
		Estrategia	Una estrategia establece los objetivos generales a medio o largo plazo en un ámbito más o menos amplio. Normalmente requiere la colaboración de diversas instituciones o departamentos. Cabe mencionar que, a menudo, el empleo del término “Estrategia” se considerará al mismo nivel de implicaciones que planes y/o programas según pueda deducirse de su empleo en cada sector de actividad afectado. No confundir con “nivel estratégico”, ver definición de Propuesta. Nota: Cuando las estrategias establecen objetivos y procesos políticos amplios, la evaluación del impacto puede no ser adecuada, dado que los impactos no son claramente identificables (4).

	de proyecto son proyectos de desarrollo individuales (Adaptado de Pyper et al 2021 (3)).	Planes y programas	Conjunto de directrices y propuestas destinadas a satisfacer necesidades sociales, no ejecutables directamente, sino a través de su desarrollo por medio de uno o varios proyectos (adaptado de Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental (5)). Estos planes y programas establecen un marco para la futura autorización de proyectos. En este contexto, se entiende por los planes y programas y cualquier modificación de los mismos (6), aquellos: - cuya elaboración o adopción, o ambas, incumban a una autoridad nacional, autonómica o local, o que estén siendo elaborados por una autoridad para su adopción, mediante un procedimiento legislativo, por parte de un Parlamento o Gobierno, y - que sean exigidos por disposiciones legales, reglamentarias o administrativas; Dentro de esta categoría se incluyen, entre otros, instrumentos de planificación territorial y urbanística, que establecen el marco para la autorización posterior de proyectos y actuaciones concretas. En cuanto a la relación entre estrategias, planes y programas, se reconoce que los términos "estrategia", "plan" y "programa" pueden tener un uso equivalente según el sector o el contexto en que se utilicen. Dado este panorama, lo más prudente es reconocer que la terminología y su jerarquización pueden variar entre sectores, aunque siempre se sitúan en un nivel superior al de los proyectos, tal y como se define en la Ley 21/2013. Este enfoque flexible permite mantener coherencia con otros marcos regulatorios y realidades sectoriales.
		Proyecto	Cualquier actuación, actividad o acción prevista que consista en (adaptado de Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental (5)): 1. La ejecución, explotación, desmantelamiento o demolición de una obra, una construcción, o instalación, o bien 2. Cualquier intervención con independencia del carácter natural o transformado, ya sea su localización terrestre o marina.

			En esta categoría se incluyen, entre otros, proyectos de infraestructuras, instalaciones energéticas o actividades industriales, que pueden generar exposiciones relevantes para la población y, por tanto, requerir la evaluación de sus posibles impactos en la salud.
Equidad en salud	La equidad en salud es la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en el estado de salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Implica que todas las personas deben tener las mismas oportunidades de alcanzar un estado de salud óptimo, independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales, y que nadie debe verse en desventaja a la hora de alcanzar este potencial. Las desigualdades en salud están fundamentalmente influenciadas por los determinantes sociales de la salud (7,8). En el contexto de esta guía técnica, la equidad se aborda evaluando la distribución de los impactos potenciales de una propuesta en toda la población, con especial atención a cómo dichos impactos pueden afectar a los grupos que experimentan desigualdades y barreras significativas para la salud y el bienestar, en función de la edad, el género, el origen étnico, el estatus socioeconómico u otros factores (9).		
Políticas públicas saludables	Aquellas que se responsabilizan y toman en cuenta todos los posibles impactos sobre la salud y las inequidades en salud de la población derivados de su implementación.		
Fuente de datos	En el contexto de esta guía, se refiere al origen de la información utilizada para llevar a cabo una EIS. Pueden ser bases de datos, informes, estudios previos, registros administrativos o cualquier otro medio que proporcione datos cuantitativos o cualitativos relevantes. Los datos primarios son aquellos que se recopilan directamente por el equipo de investigación para un propósito específico y no han sido previamente publicados ni usados en otros estudios. Por ejemplo, encuestas realizadas específicamente para la EIS o mediciones directas de niveles de contaminación. Por otro lado, los datos secundarios son datos que han sido recopilados previamente por otras personas investigadoras, instituciones o entidades, y que están disponibles para ser reutilizados. Por ejemplo, datos estadísticos del INE o datos de censos.		

INTRODUCCIÓN

Propósito, ¿para qué sirve esta guía?

El propósito de esta guía es proporcionar un marco metodológico consensuado y práctico para la implementación efectiva del procedimiento de EIS en España. Este marco es aplicable a cualquier PEPPP, ya sea que estén sujetos a normativa de evaluación ambiental (EA) o no, y abarca tanto evaluaciones específicas (EIS independientes) como aquellas integradas en otros procedimientos de evaluación.

La guía se fundamenta en las mejores prácticas disponibles, ofreciendo conceptos y estrategias adaptables a las características específicas de cada EIS. Se concibe como un recurso dinámico y en constante evolución, que incorporará actualizaciones basadas en avances científicos, técnicos y validaciones en distintos territorios.

Características clave de esta guía:

1. **Flexibilidad y proporcionalidad:** Los criterios establecidos se aplicarán de manera ajustada a las particularidades de cada PEPPP, asegurando que el análisis sea adecuado a la magnitud e importancia de los impactos potenciales sobre la salud de la población.
2. **Instrumento metodológico:** No se trata de una norma de obligado cumplimiento, sino de un documento orientativo que recoge, de forma amplia, los aspectos a considerar en una EIS. Esto permite adaptar el contenido a las necesidades específicas de cada evaluación.
3. **Aplicabilidad selectiva:** No todos los elementos de la guía serán necesarios en cada caso. Su aplicación dependerá del alcance y las características de la propuesta evaluada.

Objetivos específicos:

- **Estandarización del procedimiento:** Establecer un **marco metodológico** común para la implementación de la EIS, tanto en su forma independiente como integrada en otros procedimientos de evaluación, con especial atención a su aplicación en el ámbito de la **Ley 33/2011, General de Salud Pública**, y de la **Ley 21/2013, de evaluación ambiental**. No obstante, su uso también puede extenderse a otros procedimientos en los que se valore la incorporación de la salud en la toma de decisiones.
- **Criterios para iniciar una EIS:** Definir criterios objetivos que permitan determinar cuándo una propuesta debe ser sometida a una EIS. En ámbitos como la planificación territorial y urbanística —entre otros sectores con alto potencial de impacto en la salud—, la incorporación de la salud resulta especialmente pertinente por su impacto estructural sobre los determinantes de la salud. Al tratarse de una guía técnica, su uso no es obligatorio, pero sí se recomienda como referencia para una toma de decisiones más informada y coherente entre administraciones.
- **Directrices claras:** Ofrecer orientación práctica a las partes promotoras, sectores técnicos, autoridades sanitarias competentes y otras partes interesadas, sobre cómo llevar a cabo una EIS.

- **Herramientas prácticas:** Proveen instrumentos eficaces y consensuados con las CC. AA., que faciliten la respuesta ágil de las autoridades competentes y parte promotora, así como la capacitación de los profesionales involucrados. En el caso de las EIS integradas en procesos ambientales, resulta especialmente importante ofrecer herramientas operativas que permitan a las personas promotoras y a los equipos redactores de los documentos de EA —en particular en lo relativo a la salud humana— abordar este componente con mayor rigor y coherencia técnica.
- **Definición de roles:** Identificar las responsabilidades y funciones de las **entidades involucradas** en la EIS y establecer criterios para determinar la autoridad sanitaria competente en cada caso según la estructura organizativa del ámbito territorial correspondiente.
- **Colaboración intersectorial:** Fomentar sinergias entre sectores clave como salud y medioambiente, promoviendo la gobernanza intersectorial y el principio de SeTP.
- **Evaluación objetiva:** Desarrollar indicadores y criterios medibles que garanticen evaluaciones coherentes, basadas en evidencia y alineadas con los objetivos de la salud pública.

Audiencia

Esta guía está dirigida a:

- **Quienes realizan una EIS**, es decir, las partes promotoras de propuestas sujetas a este procedimiento, como administraciones públicas o entidades privadas responsables del diseño de PEPPP.
- Las **autoridades con competencias en salud pública**, encargadas de revisar o validar las evaluaciones.
- **Otras partes interesadas**, como representantes de Salud Pública o de la población afectada.

Estructura

La guía se organiza en **tres secciones principales** para facilitar su comprensión y aplicación:

1. **Aspectos Marco de la EIS:** Proporciona el contexto teórico, incluyendo los conceptos clave de salud y sus determinantes, impactos en salud, las formas y enfoques cronológicos de la EIS, así como su marco normativo y antecedentes.
2. **Guía Técnica: Pasos para la Realización de la EIS:** Describe las fases prácticas de la EIS, organizadas en ocho partes desde el cribado hasta el seguimiento. Cada sección incluye explicaciones detalladas de las herramientas y recursos necesarios para cada etapa.
3. **Anexos:** Contiene las herramientas específicas y directrices mencionadas en la Guía Técnica, complementando el proceso de EIS con recursos prácticos y listos para aplicar.

La guía también incluye recuadros informativos, figuras, tablas y ejemplos prácticos que enriquecen el contenido y lo adaptan a diversos contextos.

EVALUACIÓN DE IMPACTO EN LA SALUD (EIS)



Aspectos Marco de la EIS

Concepto de salud

A medida que se profundiza en la comprensión de los vínculos entre las personas, los sistemas políticos, las economías y el planeta, también se incrementa la necesidad de definir la salud de una manera que reconozca las conexiones fundamentales entre la salud, la sociedad y el medio ambiente (3). Según la OMS, la **salud** es “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (10). Esta definición amplia destaca que el estado de salud no depende exclusivamente de factores médicos o biológicos, sino también de variables sociales, económicas, ambientales y culturales.

En este contexto, cobra especial relevancia el enfoque de **Una Sola Salud (One Health)**, que promueve la colaboración entre múltiples disciplinas a nivel local, nacional y global para lograr una salud óptima para las personas, los animales y el medio ambiente (11,12). Reconoce la interdependencia entre la salud humana, animal y ambiental, siendo fundamental para abordar desafíos globales como las pandemias, el cambio climático y la pérdida de biodiversidad. En marzo de 2021, la Comisión Paneuropea de Salud y Desarrollo Sostenible destacó la importancia de integrar plenamente este enfoque en la formulación de políticas sanitarias (13).

Determinantes de la salud

Los **determinantes de la salud** son el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que influyen sobre el estado de salud, el bienestar y la calidad de vida de individuos y poblaciones (7,14). Estos factores interactúan entre sí y operan a distintos niveles de influencia —desde lo individual hasta lo estructural—, tal como representa el modelo Arcoíris de Dahlgren y Whitehead (Figura 1).



Figura 1. Determinantes de salud según el Modelo Arcoíris de G. Dahlgren y M. Whitehead.

Fuente: Adaptado del modelo de Dahlgren et Whitehead (1991) (15).

En el marco de la EIS, es prioritario identificar los determinantes **potencialmente modificables**, ya que son el objetivo principal de la acción pública en salud y de las recomendaciones de esta evaluación.

A efectos prácticos, los determinantes de la salud se pueden clasificar en:

- **Determinantes individuales:** factores biológicos y conductuales como la edad, el sexo, la genética o los estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de sustancias, etc.).
- **Determinantes ambientales:** condiciones físicas del entorno, como la calidad del aire, el agua y el suelo, el ruido, el saneamiento, la presencia de vectores de transmisión o la exposición a campos electromagnéticos (CEM). Estos factores afectan directamente a la salud y están vinculados a procesos globales como el cambio climático o la pérdida de biodiversidad. La exposición desigual a estos factores genera importantes inequidades en salud (7).
- **Determinantes sociales de la salud (DSS):** condiciones sociales, culturales, políticas, económicas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su acceso al poder, la toma de decisiones, el dinero y los recursos que dan lugar a esas condiciones (7). Incluyen el nivel socioeconómico, el empleo, la educación, la vivienda, el urbanismo, el acceso a recursos y el poder de decisión. La distribución desigual de estos determinantes da lugar a **inequidades en salud**.
 - **Determinantes comerciales:** como subcategoría de los DSS, hacen referencia a las actividades y estrategias del sector privado que influyen en la salud de las poblaciones. Esto incluye la promoción, disponibilidad y accesibilidad de productos o servicios, así como la capacidad de las empresas para incidir en políticas públicas. Ejemplos de ello son la publicidad de tabaco, alcohol o alimentos ultraprocesados. La OMS (2021) los identifica como determinantes sociales clave por incidir en la equidad en salud y en la distribución del poder y los recursos.
- **Determinantes institucionales:** características de los servicios públicos (salud, educación, transporte, etc.) y las políticas que los regulan, organizan y financian.

Además, desde un enfoque más analítico, es posible agrupar los determinantes en dos grandes niveles (8,16):

- **Determinantes estructurales:** factores que configuran la estructura de la sociedad, como los sistemas económicos, las políticas o la cultura. Estos determinan las condiciones de vida y la posición social de las personas, influyendo en las desigualdades sociales en salud.

Aquí se ubican principalmente los determinantes sociales, comerciales e institucionales.

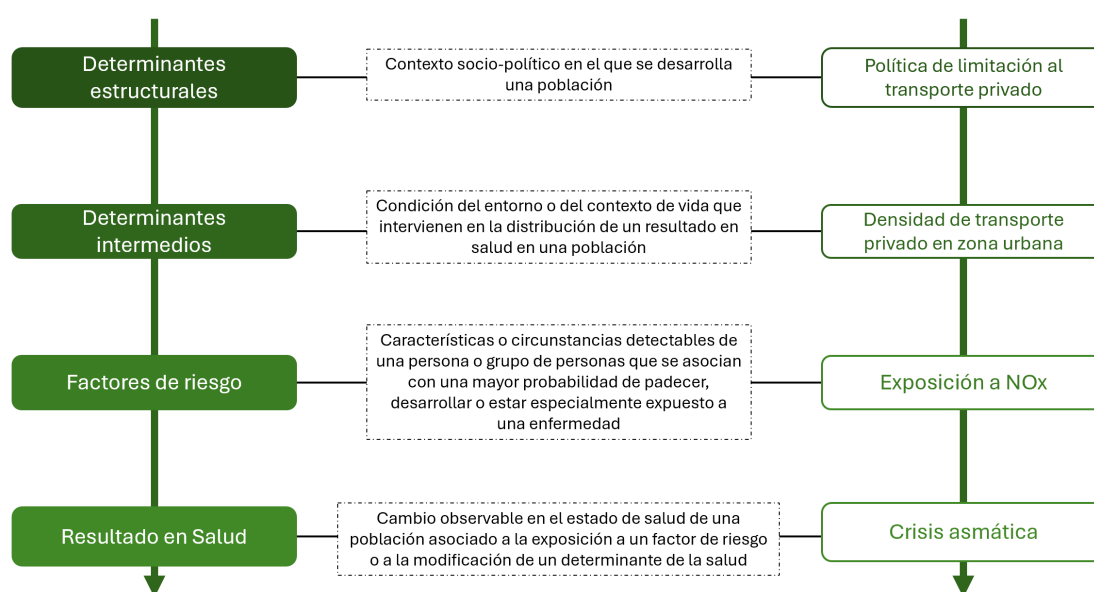
- **Determinantes intermedios:** factores materiales, ambientales, conductuales o psicosociales que influyen de manera más directa en la salud. Incluyen el entorno físico, el empleo, los ingresos, la vivienda, los sistemas de salud o los estilos de vida.

En este nivel se sitúan los determinantes ambientales, determinados aspectos de los DSS y algunos determinantes individuales como los estilos de vida.

Finalmente, en la práctica de la evaluación de impacto, es útil distinguir los **factores de riesgo**, entendidos como características o circunstancias detectables de una persona o grupo de personas que se asocian con una mayor probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad (17).

Aunque en algunos casos puedan aparecer muy próximos en la práctica, conviene diferenciarlos de los **determinantes intermedios**, estos describen condiciones del entorno o del contexto de vida que influyen en la salud, mientras que los factores de riesgo se refieren a circunstancias o exposiciones concretas del individuo o del grupo asociadas a una mayor probabilidad de enfermedad.

Figura 2. Relación entre determinantes de la salud, factores de riesgo y resultados en salud



En resumen, los determinantes estructurales e intermedios reflejan las condiciones de vida y los sistemas sociales, económicos y ambientales que las configuran, mientras que los determinantes individuales y los factores de riesgo representan circunstancias o exposiciones concretas a través de las cuales dichas condiciones pueden afectar a la salud.

Ejes de desigualdad y factores transversales

Existen **ejes de desigualdad**—como el estatus socioeconómico, la etnia, la edad o el género—que interactúan con todos los determinantes de la salud previamente descritos, generando impactos diferenciados en distintos grupos de población. Estos ejes deben considerarse **factores transversales**, ya que condicionan la exposición a riesgos, la distribución de oportunidades y el acceso a recursos esenciales para la salud. Aunque el sexo biológico puede categorizarse como un determinante individual, la perspectiva de género, junto con las desigualdades sociales, económicas y culturales, influye de forma estructural en los resultados en salud.

Desde esta perspectiva, la EIS persigue identificar los determinantes de la salud potencialmente afectados por una intervención (PEPPP) antes de su implementación, con la finalidad de maximizar sus impactos positivos en salud y minimizar los negativos. De este modo, la EIS se convierte en una herramienta clave para que tanto los sectores sanitarios como los no sanitarios desarrollen propuestas saludables, en coherencia con el enfoque de Salud en Todas las Políticas (SeTP). Este enfoque reconoce que sectores como la planificación urbana, las actividades industriales, el transporte, la vivienda o la educación tienen un papel esencial en la promoción y protección de la salud, al incidir directamente en las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Conforme a este marco integral, la EIS persigue igualmente la identificación de **desigualdades e inequidades en salud**, entendidas —según la OMS— como diferencias en el estado de salud o en la distribución de recursos sanitarios entre grupos de población, determinadas por factores sociales. Mientras que algunas diferencias pueden atribuirse a factores individuales (por ejemplo, diferencias biológicas), las inequidades en salud derivan de condiciones estructurales y ambientales que escapan al control individual al tener un origen social, y que son injustas y evitables mediante políticas adecuadas (8).

En este contexto, la **interseccionalidad** resulta especialmente relevante para la EIS. Se trata de una perspectiva que permite comprender cómo los distintos sistemas de desigualdad —como el género, la etnia, la orientación sexual, la identidad de género, la discapacidad o la clase social— se cruzan y refuerzan mutuamente, generando efectos únicos sobre la salud. Por tanto, estas formas de discriminación deben analizarse y abordarse simultáneamente, a fin de evitar que una refuerce a otra y lograr un enfoque más justo y eficaz en el diseño de políticas y propuestas (18).

Finalmente, iniciativas como la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, el 13º Programa General de Trabajo 2019-2023 de la OMS y los objetivos del Programa de Trabajo Europeo 2020-2025 de la OMS Europa comparten un compromiso con la equidad en salud y la atención a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

Impactos en la salud

Los **impactos en la salud** son los efectos que una PEPPO puede producir en la salud de una población. Estos efectos pueden ser beneficiosos o perjudiciales, y manifestarse en diferentes momentos, desde el corto hasta el largo plazo.

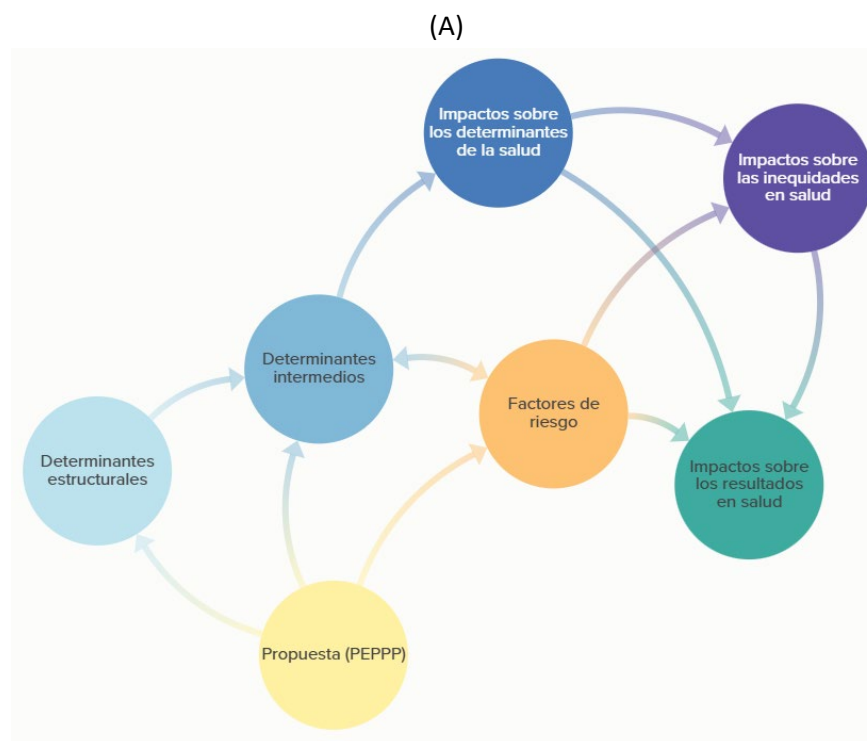
Desde esta perspectiva, pueden clasificarse en dos grandes tipos:

- **Impactos positivos:** efectos que resultan favorables sobre los determinantes, reducen las inequidades o generan mejores resultados en salud. Incluyen también las **oportunidades**, es decir, beneficios adicionales —previstos o emergentes— que, identificados durante la evaluación, pueden aprovecharse para potenciar el bienestar y la salud de la población.
- **Impactos negativos:** efectos adversos que empeoran los determinantes, amplifican las inequidades o deterioran la salud. Pueden deberse a riesgos previamente identificados o a efectos no previstos detectados durante la implementación.

Estos impactos pueden afectar **directamente** a la salud —por ejemplo, a través de la exposición a contaminantes— o **indirectamente**, a través de cambios en los determinantes estructurales de la salud, como el acceso a empleo, servicios o espacios públicos.

Para analizarlos, resulta útil distinguir tres niveles dentro de la cadena causal:

- **Impactos sobre los determinantes de la salud:** son los efectos observables en los factores que influyen en la salud. No todos los cambios en los determinantes se traducen necesariamente en resultados en salud. El impacto final en la salud de la población variará según las características de dichos cambios.
- **Impactos sobre las inequidades en salud:** se refieren a cómo se distribuyen los efectos entre distintos grupos poblacionales. La alteración de un determinante —ya sea estructural, intermedio o individual— puede generar impactos distintos sobre la equidad en salud, ya que cada tipo influye de manera diferente en las desigualdades. Evaluar esta distribución permite anticipar si una intervención contribuirá a reducir brechas existentes o, por el contrario, a agravarlas.
- **Impactos sobre los resultados en la salud:** son los cambios observables en el estado de salud de personas o grupos que pueden atribuirse a la propuesta, tanto si fueron previstos como si no.



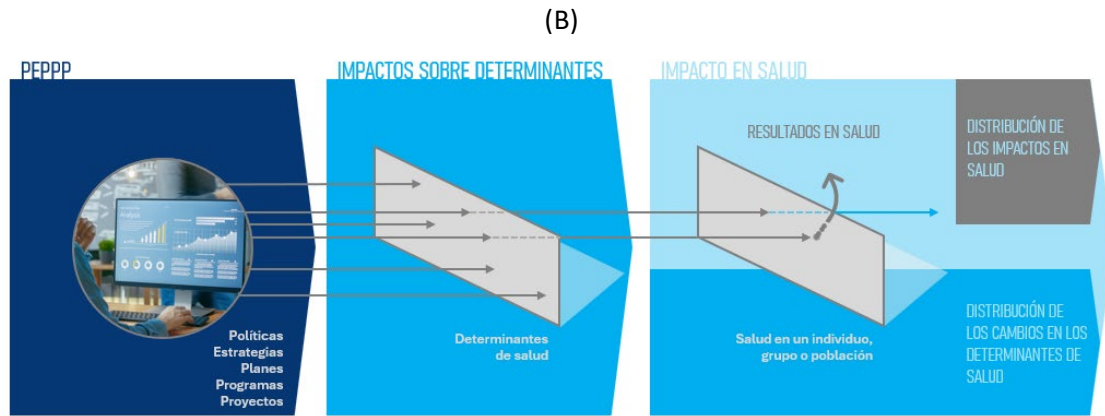


Figura 3. (A) Relación entre determinantes, factores de riesgo e impactos en la salud. (B) Modelo de relación entre determinantes e impactos adaptado del manual para la evaluación de impacto en salud de proyectos sometidos a instrumentos de prevención y control ambiental en Andalucía .(14)

¿Qué es la EIS?

La EIS es un proceso estructurado, centrado en soluciones y orientado a la acción, mediante el cual se analizan de forma sistemática los impactos de un PEPPP sobre la salud de una población, así como la manera en que dichos impactos se distribuyen socialmente (19).

Su objetivo principal es **anticipar** y **evaluar** tanto los impactos positivos como los negativos, directos o indirectos, de una propuesta sobre la salud, para informar a promotores, responsables de la toma de decisiones y ciudadanía. Este análisis permite **mitigar** efectos negativos, **potenciar** beneficios y mejorar la calidad de las decisiones públicas.

La EIS combina procedimientos, métodos y herramientas que introducen el **principio de SeTP**, promoviendo una visión multisectorial de la salud. No pretende abogar a favor o en contra de una propuesta específica, sino ofrecer una evaluación equilibrada y fundamentada de sus efectos sobre la salud, generando evidencia útil que puede ser utilizada por las personas responsables de la toma de decisiones para definir sus posiciones sobre cuestiones pertinentes y movilizar a las partes interesadas (9).

Además, la EIS se basa en **valores rectores** como: salud integral, participación, equidad, igualdad, sostenibilidad y uso ético de la evidencia científica (3,20,21), principios que deben guiar todas las etapas del procedimiento.

¿Por qué realizar una EIS?

La EIS evalúa tanto los riesgos como los beneficios potenciales de una propuesta, proponiendo formas de proteger y mejorar el bienestar de la población. Tiene, por tanto, un enfoque tanto de protección como de promoción de la salud.

Existen al menos **cinco razones fundamentales** por las que realizar una EIS mejora la planificación y el desarrollo de propuestas (2):

1. **Identifica riesgos** para la salud que puedan derivarse de la propuesta.

2. **Reduce o elimina riesgos potenciales** y facilita tanto el establecimiento de medidas preventivas para minimizar la exposición como la comunicación de los riesgos residuales.
3. **Fortalece los efectos positivos** de la propuesta sobre la salud.
4. **Detecta impactos sociales, ambientales y económicos subyacentes** que pueden influir en la salud.
5. **Aborda las inequidades en salud**, promoviendo una distribución más justa de beneficios y riesgos.

La equidad como eje transversal

En todas las EIS, la **perspectiva de equidad** es un componente esencial que requiere prestar atención tanto a la distribución desigual de los impactos negativos como a las inequidades en la distribución de los impactos positivos. Esto implica identificar a los grupos que menos se benefician o que podrían verse más afectados, y proponer mejoras para reducir las brechas de equidad en salud, prestando especial atención a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

Esta perspectiva debe integrarse de forma transversal en todo el proceso: desde el diseño de herramientas y la planificación participativa, hasta la evaluación cuantitativa y cualitativa de los impactos.

Beneficios de la EIS

(adaptado de Winkler et al., 2021 (21))

- ✓ **Inclusión de la salud pública** en la agenda de autoridades, organismos, instituciones y personas ajenas al sector sanitario.
- ✓ **Mitigación de peligros** y reducción de riesgos para la salud humana.
- ✓ **Identificación de oportunidades** para promover la salud, proporcionando recomendaciones basadas en evidencia (3,14).
- ✓ **Fomento de la equidad en salud** mediante el estudio de los determinantes de salud e inequidades que afectan a la población o a poblaciones afectadas por factores de vulnerabilidad.
- ✓ **Mayor participación pública** en la toma de decisiones.
- ✓ **Reducción de costes sanitarios y sociales**, al prevenir enfermedad, anticipar riesgos y disminuir la presión sobre los servicios de salud.
- ✓ **Fortalecimiento de la resiliencia comunitaria**, al preparar mejor a las poblaciones para afrontar crisis como la climática y otros cambios con menor impacto.
- ✓ **Mejora de la aceptación social** y reducción de conflictos, al integrar la salud como criterio desde el inicio en el diseño y ejecución de propuestas.
- ✓ **Contribución al desarrollo sostenible** mediante la promoción de poblaciones más sanas y adaptables.

¿Cómo contribuye la EIS a la toma de decisiones?

(Adaptado de Pyper, et. al. 2021(3))

- Sensibiliza a las personas responsables de la toma de decisiones sobre la relación entre la salud y los entornos físicos, sociales y económicos.
- Evidencia cómo una propuesta puede afectar la salud de una población.

- Ofrece recomendaciones o medidas para modificar una propuesta y así aumentar las oportunidades de mejora de la salud y reducir las posibilidades de pérdida de salud.
- Garantiza un proceso transparente y basado en la evidencia.
- Facilita la participación de las personas afectadas o interesadas.

Visión general de la metodología de la EIS

Esta guía se refiere a las EIS que se aplican sobre **propuestas** concretas, ya sean escenarios reales —es decir, iniciativas en fase de diseño o planificación— o escenarios hipotéticos o simulados, utilizados para anticipar impactos potenciales bajo diferentes alternativas o condiciones.

Fases del procedimiento de EIS

La EIS se organiza en un conjunto de **fases** permiten analizar de forma sistemática los posibles efectos de una propuesta sobre la salud. Aunque se presentan de forma secuencial, en la práctica el proceso es **flexible e iterativo**, y puede adaptarse a la naturaleza del PEPPP, a la metodología empleada y al marco normativo y organizativo del territorio. Las fases pueden **solaparse o requerir revisión** si surgen nuevos datos o si la propuesta evoluciona durante el procedimiento.

Existen diversas **metodologías de referencia** —como la propuesta por la OMS— que, aunque comparten una lógica y objetivos comunes, difieren en su grado de formalización o estructura. Esta guía se alinea con dichos enfoques y promueve su aplicación de forma proporcionada, según, el tipo de EIS (específica o integrada), la naturaleza de la propuesta, el contexto normativo y los recursos disponibles.

Durante todo el proceso es fundamental mantener una comunicación fluida entre los distintos actores implicados. La **parte promotora** y el **equipo de EIS** pueden comunicarse con la **ASC** a través de **consultas previas**, habitualmente en las fases de cribado y alcance. También pueden impulsarse **consultas ciudadanas**, especialmente en las fases iniciales, para facilitar la caracterización de la población potencialmente afectada y detectar posibles impactos significativos. Estas consultas, organizadas por el equipo de EIS o la parte promotora, conviene realizarlas con independencia del momento en que se lleve a cabo el **trámite formal de información pública** establecido en el procedimiento administrativo, permitiendo así incorporar aportaciones relevantes desde fases tempranas de la evaluación.

Por lo general, la EIS comienza con la **fase cribado**, donde se identifican aquellas propuestas que requieren continuar con la evaluación y se descartan las que no prevén impactos significativos en la salud. En los casos seleccionados, se pasa a la **determinación del alcance**, una fase en la que se definen los límites de la evaluación, se planifica su desarrollo y se identifican las áreas prioritarias de análisis. A continuación, se lleva a cabo el **análisis y evaluación de los impactos potenciales** sobre la salud, considerando su magnitud, duración, probabilidad y distribución en la población. El resultado de este análisis permite identificar dónde se deben realizar los esfuerzos de generación de **medidas de mitigación o prevención** maximizando la utilización de recursos. Las medidas propuestas por el promotor deben ir acompañadas de un **plan de vigilancia**, que proponga acciones ante desviaciones previstas de los resultados esperados.

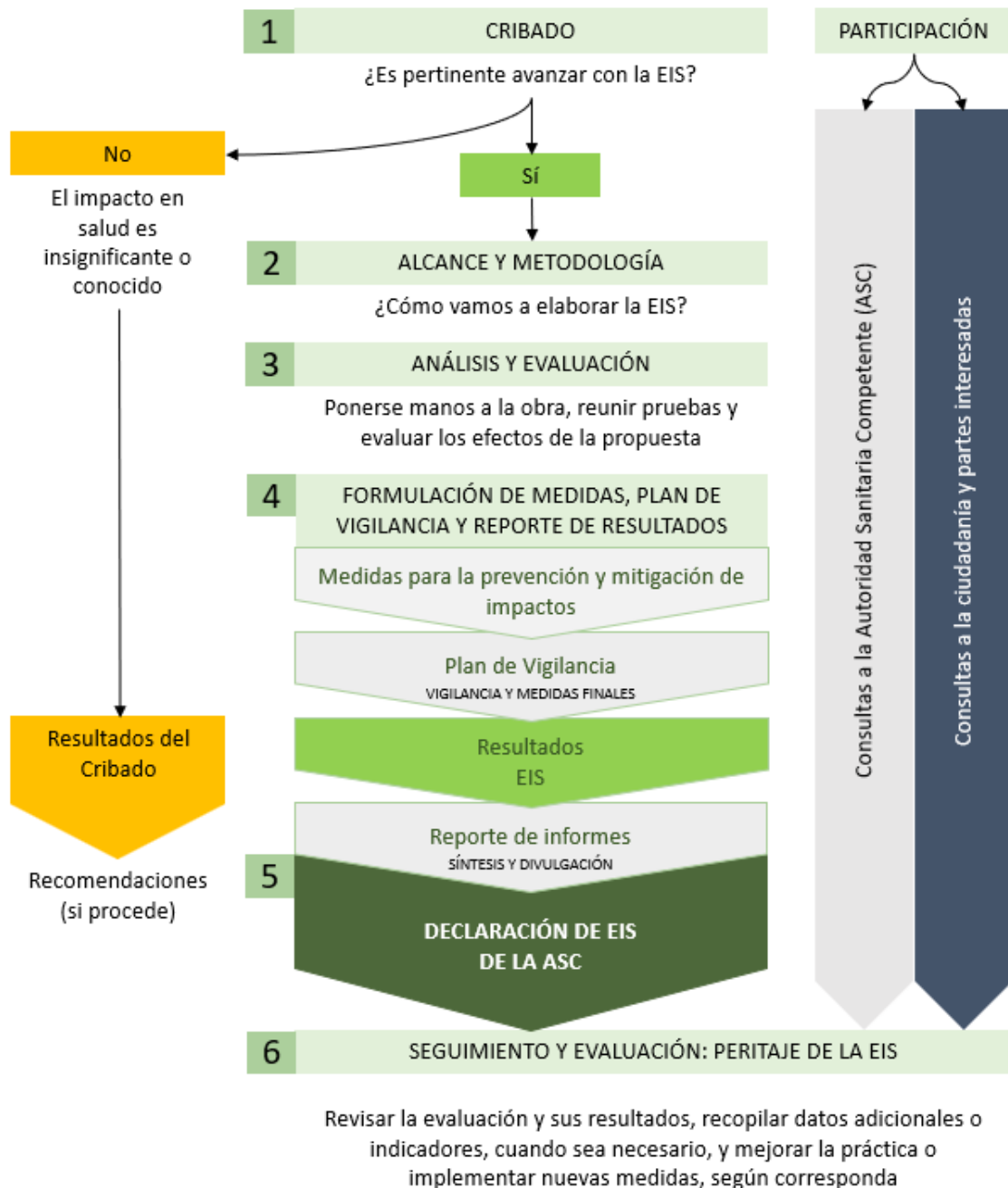
Finalizado el estudio, el informe elaborado por el promotor y la documentación complementaria se remiten a la ASC, que los evalúa y emite un **documento** que puede adoptar la forma de resolución, declaración o informe, según el procedimiento aplicable. Este documento puede incluir **medidas** dirigidas a reducir los impactos negativos o reforzar los positivos. Si tiene carácter vinculante, dichas medidas se establecerán como **condicionantes**; si no lo tiene, se formularán como **recomendaciones** dirigidas al promotor. En caso de resolución desfavorable, el promotor deberá incorporar las mejoras necesarias y las observaciones de la ASC en una nueva memoria, que se someterá a reevaluación con el objetivo de obtener una resolución favorable que permita la aprobación del PEPPP.

Una vez aprobado el PEPPP, la parte promotora establece mecanismos de **seguimiento y evaluación**. Esta propuesta debe garantizar un **peritaje de la EIS** realizada y presentarse a la ASC que evaluará su idoneidad, eficacia y viabilidad. La implementación de estos mecanismos es fundamental para asegurar la utilidad de la EIS, garantizar su mejora continua y mantener la confianza de la población, evitando la percepción de que se trata únicamente de un trámite administrativo que alarga o complica la autorización de propuestas.

Para apoyar el desarrollo de todas las fases, esta guía incluye directrices, herramientas y modelos conceptuales adaptables a distintas metodologías, recogidos en el [Anexo 15. Directrices y recursos claves seleccionados para orientar el desarrollo del proceso de EIS](#)). Cabe señalar que las herramientas de EIS no siempre deben culminar en un informe formal, sino que también pueden utilizarse para comprender mejor los posibles efectos en salud y planificar acciones (3).

La aplicación coherente y proporcionada de estas fases constituye una base sólida para la EIS, asegurando una consideración integral de los efectos de las actuaciones evaluadas.

Figura 4. Fases del procedimiento de EIS. Fuente: Elaboración propia.



Figuras responsables

Las distintas figuras implicadas en el procedimiento de EIS desempeñan roles clave para garantizar la calidad y la efectividad del proceso en todas sus fases. Todas ellas se definen en detalle en el apartado de **conceptos clave** de esta guía.

En primer lugar, la **parte promotora** es responsable de impulsar la EIS sobre la propuesta (PEPPP) y de elaborar un informe con los resultados de dicha evaluación. El **grupo encargado del cribado**, designado por la parte promotora, se encarga de valorar inicialmente si la propuesta debe continuar con el procedimiento de evaluación aplicando criterios previamente establecidos por la ASC, por la normativa aplicable o por guías o herramientas elaboradas o esta, y elevando consulta o solicitando validación a la ASC cuando proceda (por ejemplo, en cribado

caso por caso). La realización práctica de la evaluación puede ser asumida por un **equipo de coordinación de EIS**, independiente del grupo encargado del cribado y también designado por la parte promotora. Mantener una comunicación fluida entre los grupos y la parte promotora es fundamental para recopilar información relevante y asegurar que se implementen las recomendaciones o condicionantes derivados del proceso.

La **participación de las partes interesadas** —como representantes de la población afectada, grupos en situación de vulnerabilidad, organizaciones relevantes, personas expertas, informantes clave o responsables de la toma de decisiones— constituye un componente esencial de la EIS. La implicación social y ciudadana aporta perspectivas diversas que enriquecen el análisis y refuerzan la calidad y legitimidad de la evaluación. Asimismo, al involucrar activamente a la comunidad, se potencia la transparencia y la rendición de cuentas en las decisiones sobre PEPPP que impactan su salud y bienestar.

Por último, la **autoridad sanitaria competente (ASC)** desempeña un papel clave a lo largo de todo el procedimiento. A través de un sistema de consultas previas, puede ofrecer apoyo técnico al grupo promotor y al equipo de EIS, orientando sobre los PEPPP que deberían someterse al procedimiento. Una vez finalizado el estudio, la ASC evalúa el informe y la documentación aportada por la parte promotora, y emite un **documento con medidas** para reducir impactos negativos o potenciar impactos positivos sobre la salud.

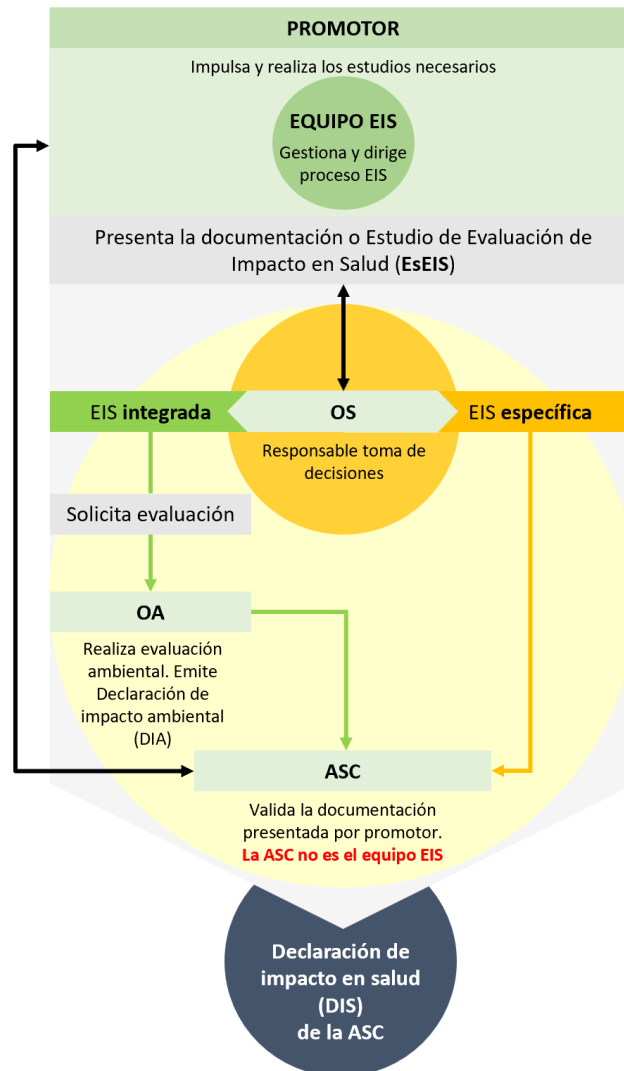


Figura 5. Roles y responsabilidades en la toma de decisiones en EIS. Elaboración propia.

Leyenda: OS: Órgano Sustantivo. OA: Órgano Ambiental. ASC: Autoridad Sanitaria Competente.

En las EIS integradas, el OS actúa como punto de convergencia y hay un OA y ASC correspondiente a EA y EIS, respectivamente.

Conceptos de probabilidad y significación a lo largo del proceso de EIS

En la EIS, los conceptos de **probabilidad** y **nivel de significación**¹ son distintos pero complementarios:

- **Probabilidad** responde a: “¿Podría ocurrir este cambio?”.
- **Nivel de significación** responde a: “¿Qué importancia tendría si sucediera?”.

En EIS, la significación no se limita al nivel de riesgo, sino que integra distintos aspectos del impacto, como su magnitud, la susceptibilidad de la población afectada y su posible distribución.

¹ El término **nivel de significación** (o simplemente **significación**) también aparece en bibliografía estadística y en la literatura internacional de EIS como **significancia**. Este último es un anglicismo derivado del inglés *significance*, cuyo uso está muy extendido en el ámbito técnico-estadístico y de la investigación, pese a no estar actualmente recogido en el Diccionario de la Real Academia Española (RAE).

Ambos conceptos evolucionan a lo largo de las distintas fases del procedimiento, pasando de una valoración preliminar a una estimación más precisa basada en datos y análisis. Aun así, siempre implican un componente de predicción.

Probabilidad

- **Cribado y alcance:** Se refiere a la posibilidad de que las características de la propuesta generen un cambio en la salud, directa o indirectamente. Esta estimación, basada en juicios **cualitativos** con la información disponible, ayuda a priorizar los determinantes más relevantes para su análisis posterior.
- **Análisis:** Se realiza una estimación más fundamentada, utilizando datos empíricos y evidencia científica. En esta fase pueden emplearse métodos **cuantitativos, cualitativos o mixtos**, según la disponibilidad de datos, los recursos técnicos y la naturaleza del impacto. Lo importante es garantizar un análisis riguroso, adecuado al contexto.

Impactos significativos

- **Cribado y alcance:** Se consideran significativos aquellos impactos que podrían generar cambios **considerables** en los determinantes, inequidades o resultados en salud. Esta identificación preliminar se basa en evidencia previa, opinión de expertos, bibliografía científica, prioridades sanitarias y participación comunitaria, con el objetivo de centrar la evaluación en los aspectos más críticos.
- **Análisis:** Se profundiza en los impactos previamente identificados como potencialmente significativos. Su evaluación se basa en tres elementos clave: la probabilidad estimada de que el impacto ocurra, la magnitud o gravedad del impacto, y la distribución de sus efectos en la población, incluyendo las desigualdades.

Esta fase requiere valorar si los impactos son lo suficientemente importantes como para justificar **medidas** específicas de mitigación (para los negativos) o de potenciación (para los positivos), que deben ser proporcionales a su nivel de significación.

Es importante distinguir este concepto de la **significancia estadística**:

- Nivel de significación en EIS (práctica o contextual): Refiere a la importancia del impacto en términos de salud pública, basada en criterios cualitativos y/o cuantitativos, con especial atención a la equidad y al contexto.
- Significancia estadística: Se refiere a la probabilidad de que un resultado no sea debido al azar, expresada mediante valores *p* y niveles de confianza.

Un impacto puede ser considerado significativo en la EIS **aunque no alcance significación estadística**, especialmente si tiene implicaciones relevantes para el bienestar comunitario o para la equidad en salud.

Enfoque cronológico de la EIS

La EIS es, por definición, un **proceso prospectivo** diseñado para influir en la toma de decisiones durante la planificación de un PEPPP. Esta guía recomienda aplicar la EIS siempre de forma prospectiva, ya que solo así es posible evaluar los impactos potenciales en salud **antes de la implementación de la propuesta**, y maximizar las oportunidades para mejorar la salud poblacional y promover la equidad.

EIS prospectiva: Se realiza al inicio del desarrollo de una propuesta, con el fin de incidir directamente en su diseño y planificación. Su carácter anticipatorio permite integrar las recomendaciones desde las primeras fases del PEPPP, optimizando los resultados en salud y bienestar.

A la hora de decidir cuándo realizar una EIS, es fundamental identificar quién toma las decisiones y en qué puntos del proceso estas se producen. En algunos casos, el calendario de la EIS estará determinado por requisitos normativos o políticos, como la necesidad de abordar la salud humana dentro de una EAE o una EIA (3).



Otras modalidades: concurrente y retrospectiva.

Aunque estas evaluaciones se identifican como EIS, es importante aclarar que no cumplen con la finalidad esencial de la EIS, que es influir en la toma de decisiones previas a la implementación de un PEPPP. Por tanto, pueden considerarse más como ejercicios de investigación que como evaluaciones de impacto propiamente dichas.

- **EIS concurrente:** Se lleva a cabo **durante la ejecución** de la propuesta. Aunque puede ser útil para hacer ajustes en tiempo real, ya no influye en las decisiones iniciales.
- **EIS retrospectiva:** Se realiza **una vez implementada** la propuesta, evaluando los efectos reales. Se aproxima más a la evaluación de resultados o de políticas (3), y su valor reside en generar evidencia para futuras iniciativas.

Ambas modalidades pueden ser útiles en situaciones excepcionales, como:

- **Evaluaciones voluntarias** por parte de promotores, para seguir y valorar el impacto en salud de sus iniciativas.
- **Escenarios no previstos**, en los que surgen preocupaciones sanitarias asociadas a propuestas que no fueron objeto de una EIS prospectiva.

En conclusión, la EIS prospectiva debe ser el enfoque estándar recomendado por su mayor capacidad para incidir en la planificación y reducir riesgos para la salud. Sin embargo, las versiones concurrente y retrospectiva pueden tener un valor complementario, especialmente para mejorar la vigilancia, la rendición de cuentas o el diseño de futuros PEPPP.

Tipos de EIS

Cada EIS debe seguir un proceso estructurado, proporcionado a la naturaleza del PEPPP y consensuado con las partes interesadas. Aunque la EIS puede adoptar varias formas, las siguientes son las principales y más aceptadas según la literatura especializada.

Dependiendo de la complejidad de la propuesta, del tiempo y de los recursos disponibles, así como de la extensión y profundidad de la evaluación:

- **EIS mini o de escritorio:** Aplicable cuando se dispone de buenas **fuentes de datos secundarias** y la propuesta afecta a pocos determinantes de salud. Es **cualitativa**, rápida (horas o un día), y no implica participación directa de partes interesadas.

***Ejemplo:** Instalación de zonas de ejercicio en un parque urbano existente.*

***Determinantes de la salud:** Actividad física y bienestar psicológico.*

***Proceso:** Revisión de informes previos sobre el uso de parques, estadísticas locales de actividad física, y registros de salud pública sobre el bienestar en la población. Emisión de recomendaciones sin recolección de datos nuevos.*

- **EIS rápida:** Adecuada para propuestas que implican varios determinantes pero requieren una evaluación ágil (semanas). Utiliza principalmente **datos secundarios** y se apoya en entrevistas u otras técnicas participativas para recoger el conocimiento experto de actores locales. También es **cualitativa**.
-

***Ejemplo:** Restricción temporal del tráfico en zonas escolares.*

***Determinantes:** Contaminación del aire, seguridad vial, actividad física.*

***Proceso:** Revisión rápida de literatura y datos existentes (informes de calidad del aire, estadísticas de accidentes en zonas escolares, estudios previos sobre movilidad y seguridad infantil). Participación de padres, docentes y técnicos municipales.*

- **EIS completa o profunda:** Indicada para propuestas complejas o de gran escala. Puede implicar múltiples determinantes o un único determinante analizado en profundidad. Incluye análisis cuantitativos y cualitativos, recopilación de **datos primarios** y un proceso riguroso que puede durar meses.
-

***Ejemplo:** Construcción de un aeropuerto internacional.*

***Determinantes:** Contaminación del aire, ruido, accesibilidad, empleo, servicios.*

***Proceso:** Datos primarios (encuestas poblacionales, mediciones ambientales), datos secundarios (revisión bibliográfica), análisis técnico y recomendaciones detalladas.*



En la práctica, muchas EIS no se ajustan estrictamente a un único tipo, sino que combinan elementos según los recursos disponibles, la urgencia del proceso y los requisitos normativos. Esta clasificación responde a una aproximación **teórica** que resulta útil como referencia, aunque en contextos reales las evaluaciones suelen adoptar formatos intermedios o adaptados.

Por ello, **la fase de determinación del alcance resulta clave** para definir el tipo de EIS más adecuado, establecer el nivel de profundidad necesario y planificar su desarrollo.

Dependiendo de cómo se desarrolle:

- **EIS integrada:** EIS llevada a cabo como componente de otra modalidad de evaluación de impacto.

- **EIS específica o independiente** (*stand-alone HIA*): EIS llevada a cabo de manera separada de otras evaluaciones de impacto.

Por último, dependiendo de su motivación, la EIS puede ser **voluntaria** o **exigida por normativa**.

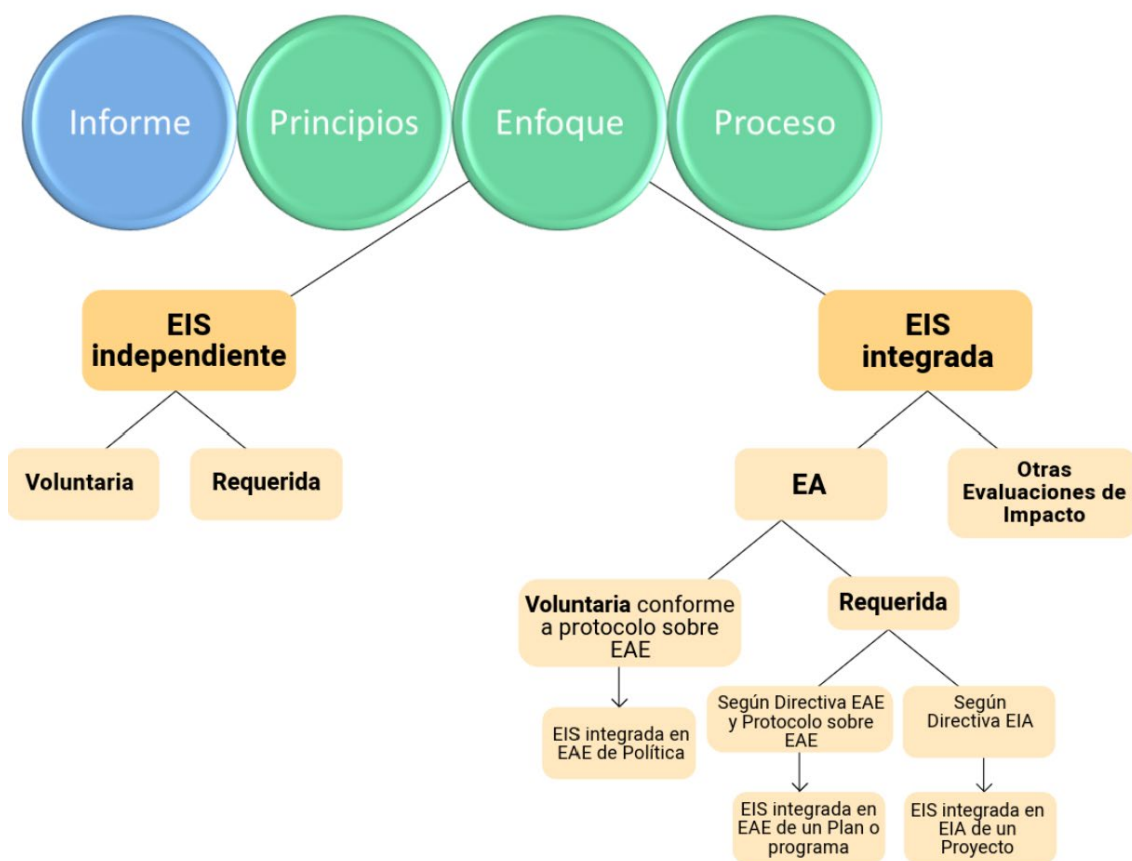
Clarificación de las formas de implementación de la EIS

En el contexto general de las EIS, es fundamental clarificar cómo se integran en sus distintas formas (ver Figura 4). El término EIS engloba los **principios** rectores (valores), el **proceso** (fases del procedimiento) y el **enfoque**. Estos elementos son comunes tanto en la EIS independiente como en la EIS integrada en otras evaluaciones, como la evaluación ambiental (EA).

Sin embargo, pueden variar aspectos como los requisitos de presentación de **informes**, el nivel de aplicación (estratégico o de proyecto), la motivación (voluntaria o exigida por normativa) y el grado de vinculación de los resultados (recomendaciones o condicionantes obligatorios). Estas diferencias determinan los métodos utilizados y los resultados de cada evaluación, por lo que resulta imprescindible adaptar cada EIS a su contexto específico (3).

Figura 6. EIS en sus diferentes formas.

Fuente: Adaptado de la Guía para la EIS, Instituto de Salud Pública de Irlanda (3)



Las sinergias entre evaluaciones de impacto son valiosas y pueden fortalecer la práctica de la EIS cuando esta se integra en evaluaciones como la EA, la Evaluación de Impacto en Derechos Humanos, de Género o Socioeconómica. Estas **integraciones** permiten un análisis más transversal y eficiente, evitando duplicidades.

Además, los resultados de otras evaluaciones pueden servir como punto de partida o referencia para una EIS, por ejemplo, al utilizar los hallazgos de una EIA para valorar impactos en determinantes ambientales de salud. La salud humana puede abordarse desde distintas perspectivas —como el cambio ambiental, la pobreza, los derechos humanos, la desigualdad o los impactos sociales—. Por ello, las evaluaciones centradas en estos ámbitos pueden informar una EIS o verse complementadas por ella, siempre que el cribado así lo determine o lo exija el contexto.

No obstante, es importante advertir que **otras evaluaciones de impacto** pueden no contemplar todos los casos merecedores de una EIS. Es decir, que una propuesta no active otra evaluación **no significa que no sea pertinente realizar una EIS independiente**. Puede haber impactos en la salud que queden fuera del alcance de otras evaluaciones, pero que requieran un análisis propio desde salud pública.

Integración de la EIS en procedimientos ambientales

Es pertinente mencionar y contextualizar la **Evaluación Ambiental (EA)**, un término que incluye tanto la Evaluación Ambiental Estratégica (EAE) como la Evaluación de Impacto Ambiental (EIA). Al estar las EA bien establecidas y normativamente consolidadas, la EIS ha sido implementada con éxito en muchos casos bajo el enfoque de EIS integrada. La EA, además, debe considerar la salud humana como uno de los factores clave a tener en cuenta, con el objetivo de proporcionar a las personas responsables de la toma de decisiones información relevante sobre cómo se ve afectada la salud (3).

La **EIA** se centra en **proyectos**, mientras que la **EAE** se aplica a **planes y programas**, e incluso a **políticas**, conforme al Protocolo sobre Evaluación Ambiental Estratégica de la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas (22), que permite su aplicación voluntaria. Este protocolo amplía el alcance de la EAE más allá de planes y programas, promoviendo la integración de la salud en el proceso de evaluación estratégica cuando las políticas puedan generar impactos significativos.

Cuando la EIS se incorpora como parte de un procedimiento de EA, debe respetar las fases y plazos establecidos por este, así como la estructura competencial propia de la EA, particularmente en lo referente al órgano sustantivo (OS) y al órgano ambiental (OA). Mientras no se modifique la Ley estatal de EA ni se apruebe una legislación específica sobre EIS, su integración en los procedimientos de EA dependerá de los desarrollos normativos que establezcan las CC. AA., en función de su organización institucional y normativa.

Por ello, esta guía adopta un enfoque técnico lo suficientemente abierto para facilitar su aplicación en distintos contextos territoriales, respetando las competencias autonómicas y la diversidad organizativa, incluyendo las distintas adscripciones orgánicas que pueda tener la ASC.

Marco normativo y antecedentes de la EIS

Marco y antecedentes a nivel europeo

La exacerbación de la crisis medioambiental durante las últimas décadas ha generado la necesidad de disponer de herramientas normativas que garanticen la protección de la salud ambiental y humana de la Unión Europea (UE). El Artículo 168 del **Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE)** establece que todas las políticas y acciones de la UE deben garantizar un alto nivel de protección de la salud humana, lo que reafirma su compromiso con este derecho fundamental. A su vez, el **Enfoque Estratégico de Salud para la UE, 2008 – 2013**, incluyó el principio de SeTP dentro de un amplio marco intersectorial con el objetivo de abordar diversos desafíos de salud de manera integral.

En relación con la evaluación de impacto, el Parlamento Europeo y el Consejo aprobaron la **Directiva 2011/92/UE** sobre la evaluación de las repercusiones de determinados **proyectos** públicos y privados sobre el medio ambiente (**Directiva EIA**), posteriormente modificada por la **Directiva 2014/52/UE**, que refuerza la importancia de la caracterización del impacto en la salud humana y la población, con especial atención a los grupos vulnerables.

Estas directivas establecen los requisitos mínimos aplicables a los proyectos sujetos a evaluación, incluyendo las obligaciones de los promotores, el contenido de la evaluación, y los mecanismos de participación de autoridades competentes y del público. Además, permiten a los Estados miembros adoptar medidas más estrictas, conforme al TFUE.

Entre las cuestiones abordadas destacan los efectos significativos sobre la salud humana, el uso eficiente y sostenible de los recursos, la pérdida de biodiversidad, el cambio climático y los riesgos naturales. Todo ello refleja una voluntad normativa de responder a los desafíos actuales mediante evaluaciones más rigurosas.

El marco jurídico europeo se ha fortalecido también con la **Directiva 2001/42/CE**, relativa a la evaluación de los efectos de determinados **planes y programas** en el medio ambiente (**Directiva EAE**), que amplía el enfoque de la EIA al nivel estratégico. La EAE también se rige por el Protocolo sobre Evaluación Ambiental Estratégica del Convenio sobre la Evaluación del Impacto Ambiental en un Contexto Transfronterizo (**Protocolo sobre la EAE**).

En apoyo a estos procedimientos, la Comisión Europea ha desarrollado el instrumento **Better Regulation Toolbox – Tool 32 sobre Health Impact Assessment**, que ofrece directrices para integrar la salud en los procesos normativos y de evaluación.

No obstante, ninguno de los acuerdos y normativa europeos mencionados regula, hasta la fecha, de forma específica el procedimiento de EIS, lo que pone de manifiesto una oportunidad para que la Comisión Europea refuerce su reconocimiento y le otorgue un desarrollo y visibilidad mayores como herramienta autónoma.

Marco y antecedentes a nivel estatal

En línea con el marco europeo, España aprobó la **Ley 33/2011**, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que establece las bases para ofrecer el máximo nivel de salud a la población a través de

políticas, programas, servicios y actuaciones destinadas tanto a prevenir las enfermedades, como a proteger y promover la salud de las personas.

Según los principios generales de evaluación y precaución, las actuaciones que afectan a la salud pública deben evaluarse en su funcionamiento y resultados, cesando, prohibiendo o limitando aquellas que presenten indicios fundados de una posible afectación de la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo.

Las actuaciones para la protección de la salud pública, de acuerdo con el principio de SeTP, deberán tener en cuenta aquellas políticas de carácter no sanitario que influyan sobre la salud de la población, con objeto de disminuir sus riesgos. Igualmente, el principio de transparencia busca que las actuaciones de salud pública sean transparentes y que la información sobre las mismas sea clara, sencilla y comprensible para el conjunto de los ciudadanos, garantizando que todas las personas tengan acceso a los mismos servicios y recursos de salud, independientemente de su origen, género, orientación sexual, discapacidad o cualquier otra condición personal o social.

El Capítulo VII recoge la **EIS** a través del Artículo 35, el cual establece que las Administraciones públicas tienen el deber de someter a EIS a determinadas normas, planes, programas y proyectos, por tener impactos significativos en salud. Por tanto, con el objetivo de prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias en la salud poblacional, deberán combinarse los procedimientos, métodos y herramientas que permitan analizar dichas normas, planes, programas y proyectos.

En paralelo, la **Ley 21/2013**, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental, regula la Evaluación Ambiental (EA) de planes, programas y proyectos con efectos significativos sobre el medio ambiente. Esta ley fue actualizada por el Real Decreto 445/2023, que transpone parcialmente la Directiva 2014/52/UE y refuerza la caracterización de los impactos, particularmente en la salud humana y la población.

El artículo 35 de esta ley exige caracterizar no solo los impactos ambientales, sino también los **efectos directos, indirectos, secundarios, acumulativos y sinérgicos** sobre la población y la salud humana, promoviendo un análisis más riguroso e integrado.

La ley establece dos modalidades de EA:

- **Evaluación Ambiental Estratégica (EAE)**, para planes y programas.
- **Evaluación de Impacto Ambiental (EIA)**, para proyectos.

Ambas pueden desarrollarse de forma ordinaria o simplificada, según el caso.

Además, define las figuras del:

- **Órgano sustantivo (OS)**: competente para adoptar o aprobar un plan o programa y para autorizar o controlar la actividad de un proyecto. El OS corresponde a la administración con competencias en la actividad que persigue cualquier plan, programa o proyecto.
- **Órgano ambiental (OA)**: elabora el documento de alcance, realiza el análisis técnico de los expedientes de EA y formula las declaraciones y los informes ambientales

estratégicos y de impacto ambiental. El OA se sitúa en la administración competente en medio ambiente.

En algunos casos, OS y OA pueden coincidir en una misma administración pública.

Cuando la ejecución de un plan, programa o proyecto en España pueda tener efectos significativos sobre el medio ambiente de otro Estado Miembro de la UE, o de un Estado con el que exista una obligación de consulta, estos deben ser notificados a través del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC).

Finalmente, la Ley de EA incluye disposiciones para el seguimiento de las declaraciones e informes ambientales, así como un régimen sancionador dirigido a los promotores de planes, programas y proyectos. Estas medidas buscan proteger el medio ambiente y la salud de la población mediante un sistema disuasorio que sancione las infracciones.

Marco normativo en las CC. AA.

Son pocas las CC. AA. que cuentan con un desarrollo normativo específico sobre EIS. En la mayoría de los casos, se elaboran informes sanitarios en el marco de otros procedimientos, como los de EA, sin un procedimiento propio. Incluso en aquellas que sí disponen de normativa, la EIS suele aplicarse integrada en procedimientos ya existentes.

A continuación, se citan las comunidades que sí disponen de normativa de desarrollo y aplicación de la EIS a nivel autonómico.

Cabe destacar que, aunque muchas comunidades no tienen una normativa específica, sí han elaborado guías técnicas y otros recursos de apoyo, que se recogen en esta guía en el apartado de [recursos nacionales](#).

Andalucía

La **Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía**, establece en su artículo 56 el ámbito de aplicación de la EIS que contempla planes y programas, instrumentos de planeamiento urbanístico y actividades y obras, públicas y privadas, y sus proyectos. En este último caso, sólo se someten a EIS las que se localicen, con carácter general, a una distancia inferior a 1.000 metros de una zona residencial. Esta ley otorga a la administración sanitaria competencia para emitir informes preceptivos y vinculantes en el procedimiento de aprobación de instrumentos de planeamiento urbanístico y de autorización de determinados proyectos sometidos a la normativa de EIA.

El **Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía**, establece la metodología y el procedimiento a seguir en los tres ámbitos de aplicación de la EIS, permitiendo al promotor realizar el trámite de consultas previas y cribado en el que la actuación podría eximirse de someterse a EIS si se considera que no se van a producir impactos negativos significativos para la salud derivados de la actuación y que los impactos positivos han sido optimizados.

Comunidad Valenciana

La **Ley 10/2014, de Salud de la Comunitat Valenciana**, determina que la Generalitat someterá a EIS las normas, planes, programas y proyectos que afecten de manera significativa a la salud.

El **Decreto 86/2016 por el que se crea la Comisión de Evaluación del Impacto en Salud y se regula el procedimiento para la implantación de la Evaluación del Impacto en Salud en la Comunitat Valenciana**, define las funciones, la composición y el funcionamiento de la Comisión de EIS, integrada por representantes de alto nivel de las diferentes consellerías con la finalidad de facilitar la cooperación y coordinación entre los distintos niveles y órganos de la administración. Además, establece la constitución de un Comité Técnico como grupo de trabajo y órgano de apoyo de la Comisión.

Comunidad de Aragón

En Aragón, la **Ley 5/2014 de Salud Pública** en su artículo 52, desarrolla aspectos clave de la Evaluación de Impacto en Salud.

Dentro de este artículo, se declara obligatorio y vinculante los procedimientos de EIS en diferentes tipos de normas, planes, programas y proyectos que puedan tener efecto directo o indirecto sobre la salud de la población. Para ello, considera como objetivo esencial el desarrollo de normativa y herramientas específicas. Dentro de este contexto, se han llevado a cabo algunos esfuerzos para el desarrollo de reglamentario concreto, la publicación de órdenes relacionadas, herramientas y la creación de una Unidad de EIS.

Iniciativas nacionales para el desarrollo de la EIS

En junio de 2019 el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) promovió la organización de un **diálogo político en el marco del programa CHRODIS plus** de la red EuroHealthNet de la UE (23) a fin de buscar soluciones para el desarrollo del Artículo 35 de la Ley 33/2011, General de Salud Pública.

Durante la jornada, expertos de reconocida experiencia en la gestión de la EIS en España debatieron las acciones más adecuadas y, aprovechando la experiencia acumulada en los protocolos de EA, elaboraron una hoja de ruta para la aplicación efectiva de la EIS en nuestro país.

Uno de los principales dilemas planteados giró en torno a si incorporar a las autoridades sanitarias en las EA adoptando una estrategia integradora, o, por lo contrario, desarrollar la metodología y aplicación de la EIS de forma paralela e independiente a estas. Se propuso que el MSCBS, en coordinación con el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (MITERD) y las CC. AA., asumiera el desarrollo del Artículo 35, con un enfoque mixto de dos líneas compatibles y complementarias:

- **Línea 1.** Introducir elementos de impacto en salud y equidad en la **EA**, estableciendo criterios homogéneos que permitan aplicar una metodología común y consensuada en todo el territorio nacional, garantizando que la EIS integrada mantenga los mismos principios metodológicos, criterios y requisitos que una EIS específica.
- **Línea 2.** Desarrollar herramientas, procedimientos y legislación **específicos** para evaluar aquellas actuaciones de la Administración, como leyes, políticas, estrategias, planes,

programas y proyectos que potencialmente pudieran tener un impacto para la salud, teniendo en cuenta las variables de equidad y desigualdad en la población.

Por lo tanto, esta guía de EIS respondería a las necesidades detectadas durante el diálogo político CHRODIS plus, configurándose como herramienta de apoyo técnico, que se basa en metodología consensuada a nivel estatal para el desarrollo de evaluaciones de PEPPP desde la perspectiva de la salud.

Finalmente, la **Estrategia de Salud Pública de 2022** estableció impulsar la EIS de las políticas entre sus acciones prioritarias, concretando la necesidad de desarrollar la metodología y promover una red de asesoramiento coordinada con las CC. AA.

En consonancia con lo anterior, en diciembre de 2022 se creó un **grupo de trabajo de EIS (GT – EIS)**, formado por los representantes de aquellas CC. AA. con experiencia en el procedimiento, y coordinado por la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral (SGSASL) del Ministerio de Sanidad (MSAN).

En enero de 2023, la SGSASL procedió al envío de un cuestionario inicial con el objetivo de conocer en profundidad el estado de situación de la EIS en España. El cuestionario abordó diversos aspectos como la experiencia previa y las herramientas de EIS disponibles en cada territorio, junto con una propuesta de avance y expertos para trabajar en su implementación efectiva a nivel estatal. Adicionalmente, se recogieron las principales necesidades detectadas en la práctica, así como los retos y problemas identificados. Simultáneamente, se creó un grupo de personas expertas independientes a nivel nacional al que dirigir estas mismas cuestiones.

A su vez, actualmente se está valorando un **Proyecto de Ley** por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud en el que se recoge la evaluación de impacto en salud como parte de las memorias de análisis normativo de los proyectos normativos (24,25).

Dentro del marco del Proyecto de Ley de Medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud se ha desarrollado una Guía para la Evaluación Rápida de Impacto en Salud en Elaboración de normativas (24) y un documento de Recomendaciones para avanzar en la Evaluación de Impacto en Salud con enfoque de equidad y promoción de la salud (26). Estas iniciativas incluyen herramientas concretas que tienen como objetivo incluir el enfoque de Salud en todas las políticas y que todas las normas que se elaboren en el ámbito del Gobierno Central contengan un informe previo sobre su impacto en salud.

En cuanto a las iniciativas que integran la EIS en procesos de EA, a pesar de que todas las CC. AA. informaron sobre la emisión de informes sanitarios **integrados en la EA**, muy pocas contaban en ese momento con un **procedimiento específico para la EIS**. De este modo, la principal necesidad identificada por las CC. AA. y los expertos fue la disponibilidad de documentos técnico – normativos específicos de EIS basados en criterios comunes. Además, entre los principales retos y desafíos se incluyeron cuestiones conceptuales, técnicas, organizativas y de gobernanza.

En este contexto, la elaboración de esta guía se erige como un elemento clave para la implementación de un procedimiento de EIS consensuado en España, el cual responda a las necesidades detectadas a través del abordaje de los diferentes desafíos que se presenten.

Guía Técnica: Pasos para la realización de la EIS

Esta sección presenta la metodología consensuada para apoyar el desarrollo de la EIS. Su objetivo es servir de orientación y estandarizar, en la medida de lo posible, los procesos aplicados en los distintos niveles del territorio nacional.

La metodología se estructura en pasos recomendados, su explicación y, cuando procede, referencias a anexos con herramientas o modelos adaptables a cada contexto. Estas herramientas pueden integrarse con otras ya existentes, permitiendo su adecuación a las necesidades específicas. Su diseño flexible tiene en cuenta las particularidades de las CC. AA., ciudades autónomas y el ámbito local, así como el tipo de metodología aplicada.

Los documentos generados con estas herramientas servirán como referencia para reportar a la ASC. Su elaboración garantiza trazabilidad, transparencia y utilidad en la toma de decisiones, documentando de forma estructurada el trabajo, las decisiones y las conclusiones de cada fase.

Estructura organizativa de la EIS

- **Realización:** Corresponde a la **parte promotora** de la propuesta, responsable de elaborar y presentar la EIS.
- **Apoyo y recursos:** La **unidad de Salud Pública** correspondiente, o el órgano equivalente, debe proporcionar herramientas, formación y asesoramiento técnico que faciliten el desarrollo de la EIS. Dada su naturaleza transversal, que requiere conocimientos multidisciplinares, se recomienda que este impulso parta del **nivel jerárquico más alto posible** dentro del sistema de salud pública. Esta guía, no obstante, adopta un enfoque técnico suficientemente abierto como para facilitar su aplicación en distintos contextos territoriales, respetando la diversidad organizativa y las competencias autonómicas, incluidas las diferentes adscripciones orgánicas que pueda tener la ASC.
- **Validación:** Competencia de la **ASC**, que emitirá un documento en forma de resolución, declaración o informe, según el procedimiento aplicable (por ejemplo, el informe de EIS en Andalucía o la Declaración del Órgano Ambiental en el caso de la EA).

Nota: Es importante que tanto las funciones de **apoyo** como las de **validación** cuenten con recursos adecuados para cumplir su finalidad.

Figura 7. Distribución de responsabilidades en cada etapa de la EIS.



Fase Transversal. Participación y sistema de consultas

La participación es un principio rector de la EIS y debe promoverse desde las fases iniciales del proceso. Puede realizarse de distintas formas, según los recursos disponibles y el tipo de EIS.

a) Consultas a la ASC

Las **consultas previas** representan un trámite voluntario que permite a la **parte promotora** comunicarse con la ASC antes de iniciar el procedimiento administrativo de EIS. Así, el objetivo es ofrecer a la parte promotora la posibilidad de interlocución con la ASC para conocer su opinión y obtener apoyo técnico sobre los aspectos a considerar durante la realización y el reporte de la EIS.

La parte promotora tiene la opción de realizar consultas previas a la realización de una EIS (i.e. en fases iniciales de cribado y alcance), a fin de recibir orientación y apoyo técnico de la ASC sobre los aspectos a considerar durante el procedimiento. Estas consultas permiten, entre otras cuestiones, facilitar datos de salud no siempre accesibles públicamente para que puedan incorporarse al análisis, discutir posibles impactos en la salud, identificar medidas preventivas y correctoras, y valorar la adecuación de la metodología a seguir.

Para ello, se debe presentar a la ASC una **solicitud estandarizada** que incluya información sobre el PEPPP, el motivo de consulta y la documentación necesaria para que la ASC pueda pronunciarse sobre la misma. La ASC evalúa la **solicitud de consulta previa** ([Anexo 3](#)) y, en caso de ser necesario, solicita información adicional a la figura promotora para finalmente emitir un **informe de consulta previa** ([Anexo 4](#)), que recoge su opinión y recomendaciones sobre la consulta recibida. Este informe puede ser utilizado por la parte promotora como base para el desarrollo de la EIS.

b) Participación ciudadana

La Ley 33/2011 General de Salud Pública establece la base legal para la participación ciudadana, reconociendo los siguientes derechos y deberes:

- **Información:** Recibir datos comprensibles sobre factores que influyen en la salud y sobre riesgos relevantes.
- **Participación:** Involucrarse en las decisiones que afecten a la salud pública a través de mecanismos establecidos por las administraciones.
- **Igualdad:** Acceder a las actuaciones de salud pública en condiciones de igualdad y accesibilidad.
- **Colaboración y comunicación:** Colaborar en el desarrollo de estas actuaciones y comunicar información relevante.

Estos derechos y deberes buscan fomentar una participación activa e informada, así como garantizar un flujo adecuado de información para una mejor toma de decisiones.

Mecanismos de participación

Durante una EIS, la participación ciudadana puede articularse mediante:

- **Consultas públicas**, presenciales o en línea, que recogen la opinión general de la población.
- **Audiencias públicas**, como espacios de diálogo directo.
- **Consejos de salud**, con participación ciudadana y profesional.
- **Grupos de trabajo**, para analizar cuestiones específicas.
- **Plataformas en línea**, que permiten compartir propuestas, responder encuestas o comentar documentos de forma interactiva.
- **Canales institucionales de difusión**, como páginas web oficiales, tableros municipales o boletines informativos, que facilitan el acceso a la información en cualquier fase del proceso. A través de ellos, la **parte promotora** puede comunicar resultados iniciales (por ejemplo, del cribado), informar sobre el estado del PEPPP y su fase de evaluación, así como proporcionar datos de contacto relevantes. Aunque la responsabilidad de promover la participación recae en la parte promotora, esta puede canalizar la información a través de la ASC u otras instituciones públicas, aprovechando sus plataformas para ampliar el alcance de la participación ciudadana.

Estos mecanismos no deben confundirse con el **trámite formal de información pública** regulado por ley, que se aplica en determinados procedimientos administrativos. Mientras que dicho trámite implica la exposición oficial de un expediente durante un plazo legal para presentar alegaciones, los mecanismos aquí descritos permiten una participación más temprana, flexible y adaptada, organizada por la parte promotora o el equipo de EIS.

Para ello, es fundamental que la parte promotora o el equipo de EIS cuenten con conocimientos y experiencia en metodologías participativas, o que puedan apoyarse en personas expertas en este ámbito.

La participación puede canalizarse tanto a través de estructuras ya existentes —como consejos de salud, asociaciones vecinales o grupos comunitarios— como mediante la intervención de personas a título individual. Es fundamental complementar los canales digitales con otros formatos accesibles y presenciales, especialmente para alcanzar a colectivos con barreras tecnológicas o menor acceso a la información.

La elección del mecanismo debe adecuarse al contexto y los objetivos de la EIS. Consultas y audiencias públicas tienden a fomentar una participación más amplia, mientras que los consejos y grupos de trabajo permiten una implicación más profunda, aunque con menor alcance. Las estrategias deben adaptarse a cada situación, reflejar la diversidad de la población afectada y priorizar a los grupos potencialmente más impactados por la propuesta.

Es fundamental incorporar una perspectiva de equidad, prestando especial atención a los ejes de desigualdad y asegurando la representación de colectivos en situación de vulnerabilidad. Aunque su participación puede resultar más compleja, es prioritaria para reducir desigualdades en salud y prevenir conflictos sociales, especialmente en propuestas controvertidas.

En EIS rápidas, con recursos limitados, es posible adoptar formas simplificadas de participación, como:

- Recoger aportaciones mediante órganos participativos ya existentes.
- Consultar a representantes ciudadanos en fases clave.
- Incorporar valoraciones previas de poblaciones afectadas.

Estas estrategias permiten ajustar el nivel de participación según el tipo y complejidad del proceso. Involucrar a la ciudadanía desde **fases tempranas** no solo mejora la legitimidad de la EIS, sino que permite anticipar preocupaciones sociales y optimizar el diseño del PEPPP. Para la parte promotora, esta implicación puede contribuir a reducir los riesgos percibidos y aumentar la aceptación de la propuesta (14).

c) Participación de las partes interesadas

Las partes interesadas deben ser inicialmente identificadas por la **parte promotora**. Posteriormente, cuando la documentación llegue a la **ASC**, esta podrá revisar si dicha identificación es adecuada. En caso contrario, podrá comunicar a la parte promotora los ajustes necesarios para que lo tenga en cuenta.

La participación de partes interesadas —como promotores, equipos técnicos, servicios públicos, organizaciones del voluntariado, reguladores o representantes de las comunidades afectadas — debe comenzar desde **etapas tempranas y mantenerse** durante todo el proceso de la EIS.

Su función es asesorar al equipo responsable de la EIS, aportar información relevante y contribuir a una toma de decisiones más informada y aceptada. Esta participación suele organizarse mediante **grupos intersectoriales** que representen a los actores clave (27).

El modo y grado de participación dependerán del contexto y del tipo de EIS realizada. Su integración en el proceso contribuye a obtener resultados informados y equilibrados al final del proceso, aporta diversidad de perspectivas y mejora la calidad de las recomendaciones. Para que la participación sea efectiva y no simbólica, es necesario:

- Diversificar los mecanismos de participación.
- Asegurar una representación equitativa.
- Garantizar la transparencia y la capacitación de los participantes.
- Evaluar periódicamente la calidad del proceso participativo.

Fase 1. Cribado

La fase de cribado es una **evaluación inicial** que realiza un pequeño grupo de profesionales familiarizados con la EIS, la propuesta y su contexto (3). Este grupo está compuesto por personas designadas por la parte promotora e idealmente incluye profesionales con conocimientos en salud pública. Se recomienda que la metodología empleada tenga en cuenta a las poblaciones potencialmente afectadas.

La ASC no forma parte del **grupo encargado del cribado**, pero puede ser consultada si se considera necesario. Asimismo, la ASC podrá recurrir a otros profesionales o instituciones especializadas para ampliar la información disponible o recabar una segunda opinión.

El tamaño y la composición del grupo deberán ajustarse a la complejidad y al alcance de la propuesta. En iniciativas de mayor envergadura, puede ser recomendable contar con un grupo. En contextos locales o con recursos limitados, la valoración podrá realizarse por una única persona con conocimientos técnicos adecuados, en coordinación con las partes implicadas.

El cribado se basa en la información proporcionada por la parte promotora sobre las características del PEPPP y sus posibles efectos en la salud. En concreto, analiza cómo podría influir sobre los determinantes de la salud, los factores de riesgo, la equidad y el bienestar de la población.

El **objetivo** de esta fase es decidir si el PEPPP debe continuar con el procedimiento de EIS o si no es necesario seguir evaluándolo. Aunque en esta etapa la información puede ser limitada y exista incertidumbre, se busca llegar a una **conclusión preliminar** sobre si la propuesta tiene el potencial de generar cambios **significativos** en la salud de la población, ya sean negativos (inaceptables) o positivos (promotores de la salud). Por ello, es fundamental centrar el análisis en los factores que se consideren claramente relevantes por su impacto en la salud.

El cribado permite abordar la posible existencia de **desigualdades significativas en salud** dentro de las comunidades, que podrían requerir un análisis más profundo en fases posteriores. Los **factores clave a considerar** incluyen (Adaptado de Bever, et al. 2022 (9)):

- Probabilidad de efectos adversos, irreversibles o evitables en la salud pública.
- Posibles impactos desiguales en poblaciones afectadas por factores de vulnerabilidad o con condiciones de salud preexistentes que incrementen su susceptibilidad ante la propuesta.
- Preocupaciones de las partes interesadas sobre la salud y equidad.
- Potencial de la EIS para ofrecer información útil y procesable.
- Disponibilidad de recursos y capacidad técnica para realizar la EIS.

Es importante definir un **escenario de referencia** como punto de comparación para valorar si el PEPPP podría generar impactos significativos en la salud. Este escenario refleja la situación sin intervención, es decir, lo que ocurriría si no se llevaran a cabo nuevas acciones, considerando la evolución natural del contexto. En caso necesario, se podrán definir **alternativas** de ubicación y

diseño, con el objetivo de minimizar los impactos negativos y maximizar los positivos asociados a la implementación de la propuesta.

En esta guía se contemplan dos tipos de cribado: el **ordinario** y el **caso por caso**, cuya principal diferencia es que este último requiere validación por parte de la ASC. Una vez completado, es recomendable que el resultado del cribado se comunique a las personas responsables de la toma de decisiones y resto de partes interesadas, incluidas las poblaciones potencialmente afectadas.

Tipos de cribado

Cribado ordinario

En algunos casos, la necesidad de realizar una EIS ya está establecida por leyes, directrices, políticas específicas o por su reconocimiento como respuesta a preocupaciones de salud de la comunidad (28). En estas situaciones, se lleva a cabo un "**cribado ordinario**", un mecanismo que confirma la pertinencia de avanzar con una EIS **sin necesidad de validación por parte de la ASC**. En principio, estas propuestas incluyen:

- Propuestas que requieren una EA conforme a la normativa vigente (directivas de la UE, legislación nacional o autonómica).
- Propuestas que requieren una EIS, según:
 - La normativa vigente autonómica, cuando aplique.
 - Un **listado consensuado a nivel nacional**, incluido como anexo en la Guía Técnica (de carácter no normativo), mientras se desarrolla una legislación estatal específica sobre EIS.

Este listado, basado en criterios previamente acordados por la ASC, reduce la carga administrativa al disminuir el número de expedientes que recibe la ASC para su validación.

Criterios para la selección de propuestas y la elaboración de un listado consensuado

Las personas responsables deben asegurarse de que las propuestas incluidas en el listado cumplen, con un grado razonable de certeza basado en la evidencia o el conocimiento disponible, los siguientes criterios:

- **Probabilidad** de que la propuesta cause impactos en la salud humana.
¿Tiene la propuesta el potencial de generar efectos —positivos o negativos— sobre la salud de la población?
- **Importancia o significación** preliminar del posible impacto en salud.
¿Es posible que ese cambio en la salud humana sea significativo para la población potencialmente afectada?
- **Extensión del impacto** en función del número y las características de la población potencialmente expuesta.
¿A cuántas personas afectaría la propuesta y qué características tienen (por ejemplo, nivel de vulnerabilidad, densidad poblacional o entorno urbano/rural)?
- **Relevancia de la propuesta**, conforme a criterios como la percepción ciudadana, su alineación con prioridades en salud pública o de la administración (por ejemplo, cambio climático, enfermedades transmisibles, etc.), así como la acumulación de propuestas.

(Adaptado de Pyper, et al. 2021 (3))

Uso del listado consensuado

Aunque la propuesta esté incluida en la normativa aplicable o en el listado consensuado del Anexo 1, se recomienda utilizar la herramienta de cribado para la elaboración del documento correspondiente, ya que permite:

- Recoger de forma estructurada la información necesaria para continuar con el proceso, facilitando así el desarrollo y la justificación de las siguientes fases, a partir de una **base informativa** clara y bien documentada.
- Identificar posibles **exenciones** (por ejemplo, propuestas sin impactos significativos), que transformarían el cribado ordinario en un **cribado caso por caso**, el cual sí requeriría validación de la ASC.

Cribado caso por caso

Se lleva a cabo durante las **consultas previas** al procedimiento de EIS y es clave para gestionar **situaciones inusuales o específicas** que no encajan en las categorías predefinidas (3). Para estos casos, se recomienda utilizar una herramienta de cribado que ayude a estructurar el proceso antes de la **validación final por parte de la ASC**, asegurando su coherencia con los criterios técnicos y contextuales establecidos.

Diferencias entre ámbito de aplicación, cribado ordinario y cribado caso por caso

	Ámbito de Aplicación	Cribado Ordinario	Cribado Caso por Caso
Definición	El “ámbito de aplicación”, en el contexto de la legislación sobre EIS o EA, define qué propuestas deben someterse a evaluación de forma general, según los criterios establecidos en la normativa vigente.	Proceso que identifica propuestas que deben avanzar en el procedimiento de EIS sin requerir validación por la ASC, ya que su inclusión en el listado consensuado confirma previamente esta necesidad. No obstante, si durante este cribado se identifican características específicas que podrían justificar una exención, el proceso pasa a convertirse en un cribado caso por caso.	Proceso individualizado para determinar si una propuesta requiere continuar con la EIS, cuando no está incluida ni en la normativa ni en listados preacordados, o que, aun estando incluidas, presentan características que podrían justificar una exención. Requiere validación por la ASC.
Base de referencia	Normativa o políticas (directivas UE, leyes nacionales, normativas autonómicas).	Incluye el ámbito de aplicación de la legislación y los listados consensuados por la ASC, así como características específicas de cada propuesta.	Características específicas de cada propuesta.

	Ámbito de Aplicación	Cribado Ordinario	Cribado Caso por Caso
Responsabilidad	Determinado por normativa o políticas de aplicación general.	Las propuestas sometidas a este cribado están consensuadas por la ASC, basándose en criterios estandarizados. No requiere validación adicional por la ASC, ya que su inclusión en la normativa aplicable o en los listados consensuados confirma que han sido estudiadas previamente. Aunque la responsabilidad es compartida, la ejecución del cribado corresponde al grupo encargado de llevarlo a cabo.	La propuesta es analizada inicialmente por el grupo encargado del cribado, quienes emiten una recomendación sobre la conveniencia de continuar o no con el procedimiento de EIS, basada en la información disponible. Esta recomendación debe ser posteriormente validada por la ASC .
Propósito	Determinar qué propuestas están sujetas a EIS de forma inicial y general.	Reducir la carga administrativa eliminando la necesidad de validación por parte de la ASC para las propuestas incluidas en el listado consensuado.	Evaluar propuestas nuevas o que podrían ser excluidas del procedimiento, garantizando decisiones adaptadas a su contexto específico.
Propuestas incluidas	Propuestas incluidas en normativa aplicable.	Propuestas incluidas en normativa aplicable y listados consensuados.	Propuestas fuera del ámbito de aplicación y listados consensuados o que, estando incluidas, pueden ser eximidas por no tener impacto significativo.
Resultado esperado	Aunque estas propuestas ya están consensuadas como requeridoras de una EIS, el cribado ordinario se realiza como parte del procedimiento para asegurar que no se omita ninguna fase del proceso. Este paso permite recopilar y organizar toda la información relevante del PEPPP. En casos excepcionales, si se identifican elementos que podrían justificar una exención (como la ausencia de impactos significativos o características específicas como ubicación, escala o condiciones), el proceso se convierte en un cribado caso por caso.		Determina si la propuesta requiere o no continuar con la EIS.

Tabla 1. Diferencias entre Ámbito de Aplicación, Cribado Ordinario y Cribado Caso por Caso

Procedimiento recomendado para el cribado: Guía para el grupo encargado del cribado

Durante esta fase, el **grupo encargado del cribado** puede encontrar limitaciones en el acceso a información suficiente para concluir el cribado. En estos escenarios, se incide en la importancia de las consultas a la autoridad (ver sección [Consultas a la ASC](#)) y los procesos de participación

(ver sección [Participación ciudadana](#) y [de las partes interesadas](#)) como recursos valiosos para solventar estas situaciones y fortalecer la toma de decisiones informada.

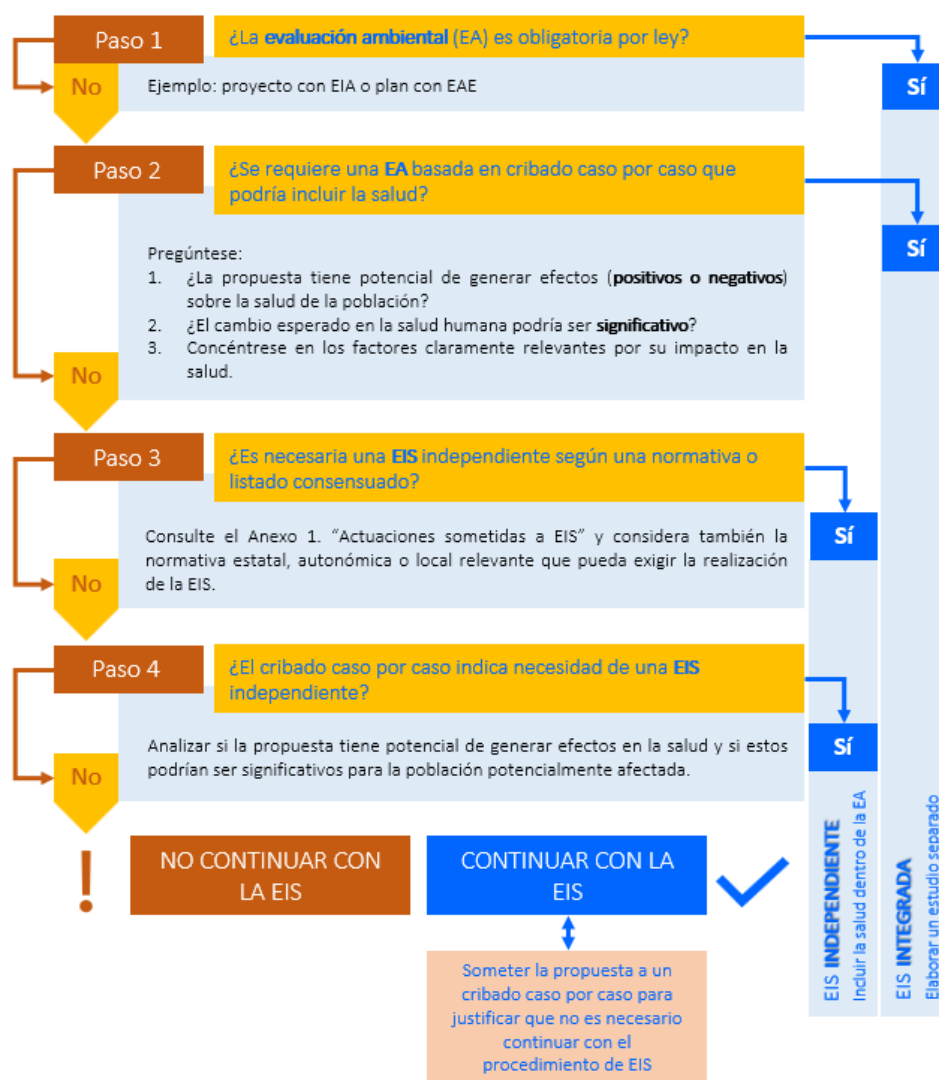
El **grupo encargado del cribado** debe:

1. Revisar el [Anexo 1](#), que lista los PEPPP que, conforme a normativa establecida y criterios previamente definidos, deben ser sometidos a una EIS. Este anexo es una herramienta orientativa para identificar qué tipos de propuestas están sujetas a evaluación por su naturaleza y su potencial impacto en la salud.
2. Consultar los marcos normativos predefinidos que establecen cuándo es necesaria la realización de una EIS. Es indispensable revisar la normativa vigente a nivel estatal, autonómico y local. La legislación puede variar entre diferentes regiones, por lo que es esencial estar al tanto de las leyes y regulaciones que podrían requerir una EIS.

En la siguiente figura se propone una guía de actuación:

Figura 8. Preguntas guía para el cribado.

Fuente: Adaptado de la Guía para la EIS, Instituto de Salud Pública de Irlanda (3)



Herramienta de cribado

Esta herramienta es un recurso para ambos tipos de cribado y está diseñada para:

- **Simplificar el procedimiento** mediante una lista de chequeo (checklist) con preguntas predefinidas y otras abiertas.
- **Incorporar diferentes dimensiones del análisis:** ambiental, social, cultural, económica y de gobernanza institucional (es decir, aspectos relacionados con la planificación o el marco normativo y estratégico que influye en la implementación de la propuesta).
- **Identificar áreas de impacto iniciales** que podrían requerir un análisis más detallado durante la EIS, si se determina que es necesaria (28). Este proceso será complementado y especificado posteriormente durante la fase de determinación del alcance.

La herramienta seleccionada debe estar redactada en un lenguaje que pueda ser fácilmente entendido. Además, debe ir acompañada de un **documento resumen** que justifique la decisión adoptada: continuar con la EIS, no continuar o proponer otro tipo de evaluación.

Para ofrecer una **herramienta de cribado consensuada**, se han considerado las herramientas y/o recursos mencionados en el [Anexo 15 \(Directrices y recursos claves seleccionados para orientar el desarrollo del proceso de EIS\)](#). La propuesta elaborada es flexible y aplicable a todo el territorio español, basada en una evaluación exclusivamente **cualitativa** (Ver [Anexo 2. Herramienta de cribado de Evaluación de Impacto en la Salud \(EIS\)](#)).

Pasos de la herramienta

La herramienta está estructurada en **pasos** que garantizan un registro claro del proceso de cribado, fomentando la coherencia con otras decisiones similares (3).

Paso 1: Registro del cribado

En este primer paso se identifica al grupo responsable de llevar a cabo el cribado y se deja constancia de la fecha en que se realiza. También se documenta si se tiene conocimiento de antecedentes de propuestas similares que hayan pasado por una EIS. En caso de que existan, se describen brevemente, incluyendo referencias clave y datos relevantes. Esta información puede servir como base metodológica, orientar el análisis actual e incorporar aprendizajes útiles para la toma de decisiones.

Paso 2: Datos generales del PEPPP a evaluar

Este paso permite documentar las características y contexto de la propuesta, creando una base informativa sólida. Incluye:

- **Datos de referencia:** Información básica sobre el PEPPP.
- **Contexto y coherencia:** Se analiza el contexto político y legal general que justifica la propuesta y su relevancia en el momento actual, así como su coherencia con políticas, estrategias y planes existentes a nivel local, autonómico o estatal.
- **Nivel de participación ciudadana y acción intersectorial** en el PEPPP: Permite evaluar el grado de colaboración entre sectores y participación de la comunidad.
- **Caracterización del entorno:** Aspectos geográficos, ambientales y sociales de la zona de estudio o influencia. Incluye la valoración de la presión sobre los recursos, la calidad del aire, el ruido ambiental y las radiaciones, el estado de las aguas y el suelo, la gestión de residuos, la ordenación del territorio, los agentes biológicos, la seguridad en el entorno, los activos contra el cambio climático y otros activos del entorno que puedan representar oportunidades en el marco del PEPPP.

Posibles indicadores relacionados con la caracterización del entorno (Adaptado de Rodríguez Rasero, et al. 2015 (14))

Nota: La selección de datos dependerá del tipo de PEPPP evaluado. No todos estos indicadores serán necesarios en cada caso; esta lista sirve como referencia para orientar la recopilación de información según la naturaleza y el alcance de la propuesta.

Para más información sobre posibles fuentes de consulta, puede revisarse el [Anexo 15: Directrices y recursos clave seleccionados para orientar el desarrollo del proceso de EIS – Fuentes de información necesarias para la EIS](#).

Factores meteorológicos y climáticos

- Temperaturas medias, máximas y mínimas.
- Vientos predominantes.
- Pluviometría media.
- Sequías registradas (frecuencia e intensidad).
- Proyecciones climáticas futuras, según escenarios del Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático (IPCC), en coherencia con el enfoque prospectivo de la EIS.

Recursos hídricos, calidad del aire y del suelo

- Calidad de las aguas superficiales y subterráneas.
- Niveles freáticos y recarga de acuíferos.
- Permeabilidad de los suelos.
- Campañas previas sobre contaminación de suelos o aguas (29).
- Calidad del aire según parámetros relevantes.
- Identificación de suelos contaminados y sus contaminantes.
- Mapas de riesgo de inundación y estimación de población potencialmente afectada.

Ruido, radiación y otros factores físicos

- Niveles medios de ruido (diurnos y nocturnos).
- Niveles de radiación y CEM.

Infraestructuras y actividades humanas

- Registro de actividades existentes en la zona de implementación de la propuesta (29).
- Instalaciones con riesgo de propagación de legionella.
- Infraestructuras de abastecimiento de agua de consumo humano (redes de distribución, depósitos, estaciones de tratamiento de agua potable – ETAP).
- Vertederos, estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR), incineradoras, etc.
- Instalaciones sujetas a Autorización Ambiental Integrada (AAI).
- Presencia de infraestructuras relevantes: aeropuertos, líneas ferroviarias, carreteras con alta densidad de tráfico, o instalaciones que almacenan o utilizan sustancias peligrosas incluidas en el ámbito del Real Decreto 840/2015, sobre el control de riesgos inherentes a accidentes graves (por ejemplo, algunas industrias químicas).

Salud pública y medio ambiente

- Zonas con problemas de salud pública por proliferación de vectores.
- Presencia y accesibilidad de zonas verdes y espacios naturales.

Recursos y medidas de mitigación y adaptación al cambio climático

- Refugios climáticos.
- Viviendas rehabilitadas o energéticamente eficientes.
- Alternativas arquitectónicas sostenibles (arquitectura bioclimática)
- Sistemas de energía renovable.
- Gestión de residuos.
- Planes de movilidad sostenible.
- Sistemas de alerta temprana.
- Planes de preparación ante riesgos climáticos o catástrofes naturales.
- Programas de educación y sensibilización comunitaria sobre gestión de riesgos ambientales y salud.

Paso 3: Caracterización de la población potencialmente afectada

Objetivo: Identificar de forma preliminar los grupos de población que podrían verse afectados por el PEPPP, con especial atención a aquellos expuestos a factores de vulnerabilidad. Este paso permite reconocer quiénes pueden ser más susceptibles a sus impactos, considerando elementos como la proximidad geográfica, la distribución de los factores de riesgo en el entorno y la naturaleza de la propuesta. Esta información será fundamental para orientar las siguientes fases del proceso.

La **zona de estudio o influencia** delimita el área en la que se analizarán los impactos del PEPPP. Su definición dependerá de las características de la propuesta y de los datos disponibles sobre el entorno.

Una vez establecida esta zona, se identifican los grupos de población potencialmente afectados, tanto quienes residen o trabajan en el área como quienes puedan experimentar efectos debido a la naturaleza y alcance del PEPPP. Para ello, se consideran aspectos como la distribución demográfica, los factores de vulnerabilidad, el acceso a servicios y la presencia de instalaciones con población vulnerable o sensible, como escuelas, guarderías o residencias de personas mayores.

Posibles indicadores relacionados con la caracterización de la población (Adaptado de Rodríguez Rasero, et al. 2015 (14))

Nota: La selección de datos dependerá del tipo de PEPPP evaluado. No todos los indicadores serán necesarios en cada caso; esta lista sirve como referencia para orientar la recopilación de información según la naturaleza y el alcance de la propuesta.

Todos los datos deberán estar, en la medida de lo posible, desagregados por sexo, y se valorará la posibilidad de hacerlo también por otros factores de estratificación social que reflejen los ejes de desigualdad: edad, nivel socioeconómico, lugar de origen y etnia, situación de discapacidad, territorio, situación administrativa u otras características relevantes según el contexto.

(Basado en la Guía para la Evaluación Rápida de Impacto en Salud en la Elaboración de Normativas, pág. 21, y la Lista de chequeo para el análisis de la equidad en EPAs de salud, pág. 23).

1. Perfil demográfico: Población total presente en cada área, distribución por edad y género.

- Población total.

- Intervalos de población de 5 años (0-4 años, 5-9, 10-14, etc.)
- Distribución por sexo.
- Población diseminada.
- Núcleos de población afectados.
- Distancia de cada núcleo al área estudiada. Entendiendo como núcleo de población al conjunto de al menos 10 edificaciones, que están formando calles, plazas y otras vías urbanas. Por excepción, el número de edificaciones podrá ser inferior a 10, siempre que la población que habita las mismas supere los 50 habitantes.

Fuente sugerida: INE – Cifras de población, padrón municipal, censo de población y viviendas.

2. Población vulnerable: Grupos con mayor susceptibilidad según el contexto social, territorial o ambiental.

- % Población menor de 5 años (especialmente relevante en propuestas que afectan a la primera infancia).
- % Población 0-14 años (infancia/adolescencia temprana en términos estadísticos)
- % Población menor de 20 años.
- % Población mayor de 65 años.
- % Población mayor de 85 años (indicador de sobreenvejecimiento y mayor vulnerabilidad social y sanitaria)
- % Población de origen extranjero.
- Número y tasa de personas con discapacidad por sexo, edad y tipo de discapacidad, así como su proporción en la población.
- Ubicación de escuelas, guarderías, centros de salud, residencias u otros equipamientos sensibles.

Fuente sugerida: INE, instituto de estadística autonómico, registros municipales, cartografía temática.

3. Perfil socioeconómico: Datos sobre renta, empleo y educación para identificar riesgo de exclusión o situaciones de desigualdad.

- Tasas de actividad y desempleo por sexos.
- Renta familiar disponible.
- Tasa de analfabetismo.
- Familias monomarentales / monoparentales (número y proporción).
- Índice AROPE de pobreza o exclusión social.
- Condiciones de vivienda: tipo de vivienda, hacinamiento, acceso a servicios básicos.

Fuente sugerida: INE, encuesta de condiciones de vida, registros municipales, catastro, planes municipales de vivienda.

4. Perfil de salud (sólo en caso de análisis en profundidad): Se basa en indicadores de morbimortalidad y hábitos de vida relevantes para el entorno o la población afectada.

- Tasa de alcoholismo.
- Tasa de tabaquismo.
- Tasa de actividad física.
- Tasa y causas de accidentabilidad.
- Tasa de mortalidad estándar por sexo y grupos de causas.

- Esperanza de vida al nacer por sexo.
- Ingresos hospitalarios por sexo, edad y grupo de causas.
- Prevalencia de patologías de base que podrían verse afectadas por la propuesta (por ejemplo, personas con asma en zonas con mala calidad del aire).
- Tasa de personas pluripatológicas en la población expuesta.

Fuente sugerida: Sistemas de información de salud pública autonómicos, Instituto de Salud Carlos III, observatorios de salud local o regional, informes de salud comunitaria.

La información mencionada debe ser proporcionada por la **parte promotora** en forma de datos iniciales detallados, incluyendo, siempre que sea posible, su representación cartográfica mediante herramientas como los Sistemas de Información Geográfica (SIG). Esto permitirá visualizar espacialmente los posibles impactos y mejorar la comprensión del contexto.

El grupo encargado del cribado será responsable de revisar esta información y, si es necesario, ajustarla para que refleje fielmente la realidad. Los datos pueden integrarse en la tabla correspondiente de este paso en el anexo, en forma de **descripciones o valores específicos** (por ejemplo, número de personas por grupo, número de centros educativos cercanos, distancias concretas, etc.).

Siempre que sea posible, deben utilizarse fuentes oficiales y homogéneas (como el INE, institutos estadísticos autonómicos o sistemas de información sanitaria y ambiental) para facilitar la valoración técnica y asegurar la coherencia entre evaluaciones. Como apoyo, pueden consultarse las orientaciones del [Anexo 15. Directrices y recursos clave seleccionados para orientar el desarrollo del proceso de EIS – Fuentes de información necesarias para la EIS](#).

Paso 4: Impacto sobre los determinantes de la salud

Este paso consiste en un **análisis cualitativo preliminar** de impactos potenciales. Su finalidad es identificar, de forma exploratoria, los determinantes que podrían verse afectados por la propuesta, **sin requerir aún una valoración cuantitativa o detallada**.

El objetivo es identificar los posibles impactos del PEPPP sobre los determinantes de la salud, clasificados en **determinantes estructurales e intermedios** (ver definición en el apartado [Concepto de salud y sus determinantes](#)).

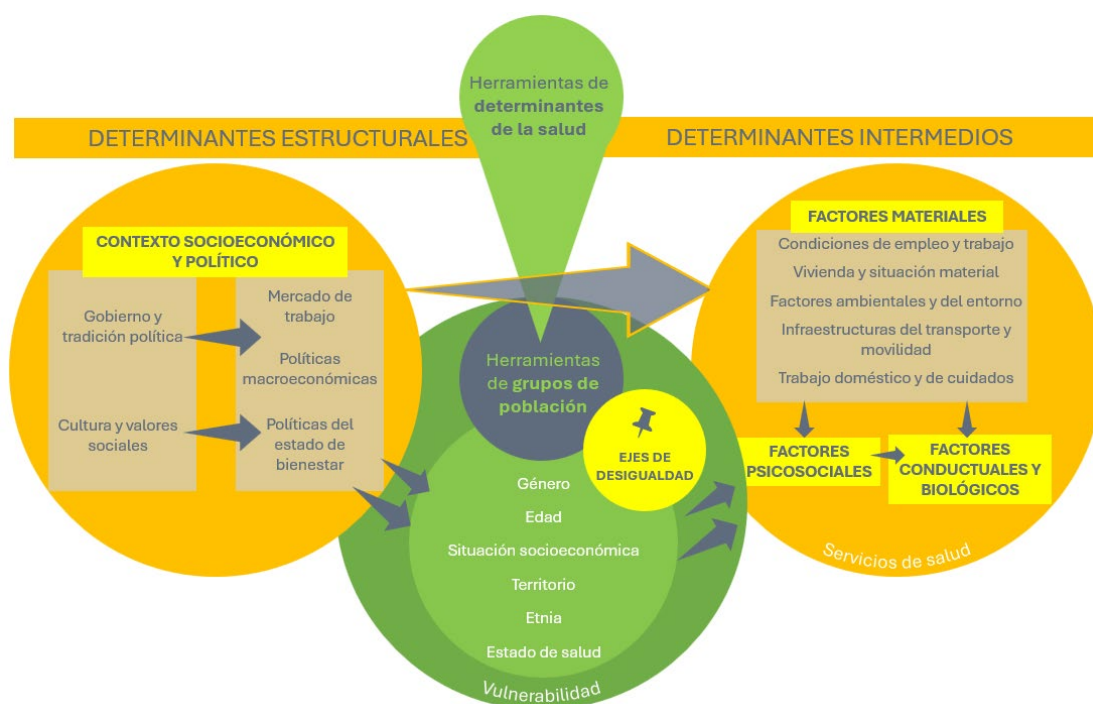


Figura 9. Marco conceptual de los determinantes de la salud y su relación con las herramientas de esta guía técnica. Elaboración propia

Esta clasificación, basada en el Modelo de Dahlgren y Whitehead, permite enfocarse en los aspectos más relevantes. No todos los determinantes serán aplicables a todas las propuestas; dependerá de la naturaleza del PEPPP.

Para completar la tabla incluida en este paso de la herramienta, se puede consultar la sección titulada [“Instrucciones para completar la tabla” \(Paso 4 del anexo 2\)](#), donde se ofrece una breve explicación sobre cómo proceder.

Paso 5: Valoración final de la necesidad de continuar con la EIS

El propósito de este paso es sintetizar los resultados del cribado para decidir si es necesario continuar con la realización de una EIS o no. La decisión y las fases posteriores deben enfocarse en los **determinantes que, a priori, presentan un impacto significativo** o en aquellos con **incertidumbre** sobre sus efectos, descartando aquellos donde no se prevén cambios relevantes. Esto optimiza recursos y esfuerzos al concentrarse únicamente en los aspectos más importantes.

Este paso incluye:

- **Resumen de los posibles impactos identificados:**
 - Señala los determinantes con mayores riesgos o incertidumbres que podrían justificar el avance en el proceso de EIS.
- **Decisión final:**
 - El cribado debe concluir con una **respuesta binaria** ("Sí" o "No") sobre la necesidad de continuar con la realización de una EIS.
 - La decisión final debe estar **justificada** y documentada, independientemente de si se opta por continuar con la EIS o descartarla. Esto permitirá que las partes interesadas comprendan los motivos de la resolución y que se refuerce la transparencia del proceso.

Roles en el proceso:

1. Grupo encargado del cribado:
 - Completa la herramienta de cribado, justificando las decisiones adoptadas y registrando cualquier información relevante.
2. Validación por la ASC (**en cribado caso por caso**):
 - Revisa y valida la decisión final para garantizar que sea coherente con los criterios técnicos y contextuales establecidos.

Formulación de recomendaciones generales:

La posibilidad de formular recomendaciones para mitigar impactos negativos o potenciar los positivos de una propuesta depende de contar con información suficiente y margen para intervenir en su diseño o implementación. Se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos (24):

- Información disponible sobre los impactos en la salud de la propuesta.
- Estado de desarrollo de la propuesta (posibilidad de introducir modificaciones antes de su implementación, establecer mecanismos de seguimiento y evaluación, etc.).
- Posibles ajustes que podrían realizarse en la propuesta para mejorar sus efectos positivos sobre la salud.
- Modificaciones que podrían aplicarse en la propuesta para prevenir, reducir o mitigar los efectos negativos para la salud.
- Identificación de agentes sociales que puedan desempeñar un papel fundamental en el desarrollo y seguimiento de la propuesta, así como la posibilidad de establecer alianzas con ellos.
- Contexto en el que se desarrolla la propuesta (urgencia, debate social u otros factores relevantes).

Fase 2. Determinación del alcance y metodología

En esta fase se definen los límites y la extensión de la EIS, lo que facilita su planificación y ejecución. Esta etapa es clave para:

1. Confirmar los **impactos** que requieren un análisis más profundo.
El documento de alcance precisa los **determinantes de la salud** y los problemas específicos que se evaluarán en la siguiente fase. El PEPPP puede incluir medidas o acciones que afecten el bienestar físico, mental y social, o que influyan en la distribución de factores de riesgo o protección. Es necesario valorar si estos efectos son **probables** y si podrían ser **significativos** (3).

Durante esta fase, se continúa la comparación con el escenario de referencia (sin intervención) y sus alternativas, lo que permite identificar impactos sobre los determinantes de la salud, la población afectada y el entorno del PEPPP (4).

Nota: Incluso si ese escenario de referencia es desfavorable (no salutogénico), el PEPPP puede representar una oportunidad de mejora. Este potencial, por sí solo, puede justificar la realización de una EIS, incluso cuando exista **incertidumbre** sobre si llegará a afectar a los determinantes de la salud.

2. Delimitar los aspectos prioritarios y la **gobernanza** del proceso de evaluación.
Se determina quién llevará a cabo el análisis y cómo se realizará. Esto implica (28):
 - Formular preguntas clave
 - Establecer los términos de referencia
 - Definir funciones y responsabilidades
 - Elaborar un plan de análisis de impactos

El objetivo es contar con una **hoja de ruta** que:

- Priorice los impactos potencialmente significativos
- Optimice el uso de recursos en las siguientes fases
- Establezca el marco conceptual y metodológico que guiará todo el proceso

Equipo de coordinación / responsable de la EIS

La responsabilidad de constituir un equipo de EIS, así como de definir su composición y alcance, recae en la **parte promotora**. La Autoridad Sanitaria Competente (ASC) puede ofrecer apoyo técnico si se solicita, especialmente durante las consultas previas.

La decisión de constituir este equipo dependerá del contexto, pero puede resultar muy útil para **compartir responsabilidades y distribuir tareas** dentro del proceso de EIS. Este equipo supervisa la evaluación y debe **establecer objetivos claros** (9). Su tamaño varía según la duración y complejidad del PEPPP, siendo recomendable contar con entre **5 y 12 personas**.

Las personas que hayan formado parte del **grupo encargado del cribado** pueden integrarse en este equipo, aunque se trata de grupos con funciones distintas.

Una de las primeras tareas del equipo será **acordar su composición y la frecuencia de reuniones**, ajustándose a los plazos disponibles (28).

El equipo será responsable de **gestionar y dirigir todo el proceso de EIS**, incluyendo:

- La designación de una persona coordinadora que lidere técnicamente la EIS. Se recomienda que este nombramiento se realice por consenso para evitar que la responsabilidad se diluya.
- La selección de personas expertas.
- La planificación de plazos, recursos humanos y financieros.
- La rendición de cuentas y la difusión de resultados.
- La definición de los métodos a utilizar, los criterios de selección de impactos a evaluar, las fuentes de evidencia y la participación de las partes interesadas en todas las fases (27).

Es fundamental que el equipo sea **multidisciplinar** y cuente con representantes de las partes interesadas, para garantizar su implicación. La combinación de perfiles, según el tipo de propuesta, puede incluir:

- Desarrollo comunitario.
- Investigación y análisis de políticas.
- Gestión de proyectos.
- Conocimientos específicos en salud pública, ciencias sociales, epidemiología, salud ambiental o economía de la salud.

La participación de representantes de la comunidad y residentes locales es esencial para comprender el impacto real de la propuesta sobre la población (28).

Elementos clave de la determinación del alcance

Se establece un plan de trabajo detallado para completar la EIS. Este plan organiza el proceso en función de los plazos, recursos disponibles, metodología y participación de las partes interesadas. El equipo de EIS debe revisarlo y adaptarlo según sea necesario a lo largo del proceso (9). Los elementos clave que conforman este plan son:

1. **Enfoque y profundidad de la EIS:** Se define la profundidad de la evaluación en función de los plazos, los recursos disponibles y la complejidad del PEPPP. Es fundamental que el tipo de EIS sea proporcional a la propuesta y se adapte al cronograma de toma de decisiones.
2. **Metodología (marco general de la EIS):** Se documentan los métodos que se utilizarán para evaluar los impactos y recopilar evidencias, incluyendo la **revisión de literatura** (preferiblemente revisiones sistemáticas y metaanálisis), el **análisis de políticas** y la recopilación de **datos cuantitativos y cualitativos**. Estos enfoques pueden aplicarse a distintas escalas geográficas e incorporar datos de la población local, el conocimiento de las partes interesadas y evidencia documentada a nivel local, nacional e internacional.

La información cualitativa puede obtenerse mediante reuniones, entrevistas a personas expertas, grupos de discusión o encuestas, complementando así el análisis cuantitativo (28).

La combinación de distintas fuentes y tipos de evidencia permite una comprensión más completa y orienta el diseño de medidas tanto para mitigar impactos negativos como para potenciar los positivos.

Esta metodología debe mantenerse flexible y ajustarse según las necesidades del proceso.

3. **Plazos:** Es esencial establecer plazos adecuados para la EIS, asegurando que los resultados lleguen a tiempo para fundamentar la toma de decisiones del PEPPP (28).
4. **Recursos:** Se deben identificar los recursos disponibles en términos de financiación, tiempo y personal. El plan debe optimizar su uso y centrarse en los efectos más probables y con mayor impacto potencial en la salud y las desigualdades (28,30).
5. **Funciones y responsabilidades:** Se distribuyen de forma clara y equitativa entre los miembros del equipo de EIS, asegurando una gestión eficaz del proceso.
6. **Participación de las partes interesadas:** Se identifican las partes interesadas que deben participar en el proceso y sus preocupaciones (27). Es importante acordar los **límites geográficos** de la EIS, ya que los impactos pueden extenderse más allá de las poblaciones directamente afectadas (28).

Procedimiento recomendado para la determinación del alcance

Al igual que en la fase de cribado, en esta etapa se dispone de herramientas específicas recogidas en el [Anexo 5. Recursos para la determinación del alcance de la Evaluación de Impacto en la Salud \(EIS\) de políticas, estrategias, planes, programas o proyectos \(PEPPP\)](#). Estas herramientas incluyen tablas prácticas que facilitan un proceso de alcance coherente y proporcionado, tanto para su uso interno por el equipo de EIS como para integrarlas en los informes finales de EIS (3).

El proceso comienza con la definición de los **objetivos de salud de la propuesta desde la EIS**, tomando como referencia la preidentificación de los determinantes de salud más afectados durante la fase de cribado. Estos objetivos **no son los del PEPPP**, sino que se formulan desde la evaluación para mitigar los impactos negativos en salud y potenciar los positivos, contribuyendo a que la propuesta resulte viable y beneficiosa desde una perspectiva de salud pública.

Al establecer estos objetivos y priorizar impactos, se debe valorar también:

- Si existen **datos disponibles** para sustentar el análisis (estadísticas registrales, SIG, encuestas locales).
- Si el equipo cuenta con los **recursos técnicos, temporales y presupuestarios** necesarios para llevar a cabo la EIS.

Solo los impactos que cumplan con criterios de **probabilidad, potencial significación, disponibilidad de datos y factibilidad metodológica** pasarán a la evaluación detallada.

Estos objetivos permiten:

- **Priorizar** los aspectos más relevantes en la evaluación.
- **Justificar la inclusión o exclusión de determinados impactos:** algunos pueden descartarse por ser irrelevantes, mientras que otros se considerarán clave por su relación directa con los objetivos de salud.
- **Incorporar la perspectiva de salud en la toma de decisiones**, promoviendo que la propuesta se apruebe sin comprometer la salud pública y, cuando sea posible, contribuya a su mejora.



Ejemplo: en el caso de un proyecto para construir una nueva carretera, un objetivo de salud desde la EIS podría ser → Mejorar el **bienestar físico, mental y social** de la población afectada, prestando especial atención a:

- Los **grupos vulnerables**, como personas mayores, menores, población con movilidad reducida o residentes cercanos a la vía, que podrían verse más expuestos a impactos ambientales (ruido, contaminación) o a cambios en la accesibilidad.
- La reducción de **desigualdades en salud**, garantizando que el trazado y diseño de la carretera no limite el acceso a servicios ni genere barreras territoriales entre comunidades.
- La promoción de **estilos de vida activos** y comunidades **seguras y cohesionadas**, asegurando que el proyecto incorpore medidas para facilitar la movilidad activa (como pasos peatonales seguros, carriles bici o conexiones entre barrios), evitando fragmentación urbana.
- La mejora de las **condiciones ambientales**, incluyendo medidas para reducir la exposición a contaminantes atmosféricos y acústicos.

Alcance por poblaciones afectadas (población receptora)

Herramienta propuesta en el Anexo 5: **Herramienta para la determinación del alcance de los grupos de población.**

El primer paso consiste en identificar los grupos de población que podrían verse afectados por la propuesta, prestando especial atención a aquellos más vulnerables. En el contexto de la salud, los **receptores** suelen equipararse a grupos de población, por lo que es fundamental considerar tanto a las comunidades directamente afectadas (por ejemplo, aquellas ubicadas en las proximidades del proyecto) como a las que dependen de los mismos recursos impactados (como servicios sanitarios o espacios naturales).

A continuación, se analizan las características clave de cada grupo para detectar posibles desigualdades y determinar qué aspectos requieren un análisis más profundo. No es necesario justificar detalladamente la inclusión de un grupo; un juicio profesional basado en la información disponible es suficiente para valorar su relevancia y los posibles impactos.

Para comprender mejor la situación de las poblaciones afectadas, es esencial evaluar su estado de salud y el entorno en el que viven, incluyendo factores sociales, económicos, ambientales y demográficos, así como el acceso a servicios esenciales. El uso de **indicadores de salud** permite un diagnóstico más preciso, mientras que los **mapas de vulnerabilidad** ofrecen una representación espacial de los riesgos y de la distribución de grupos desfavorecidos, facilitando la identificación de las áreas más afectadas.

Además, es recomendable considerar el uso de **mapas de zonificación ambiental**, especialmente aquellos orientados a evaluar la capacidad de acogida del territorio y su sensibilidad ambiental. Estos mapas, como los desarrollados por el MITECO o CC. AA. para proyectos de energías renovables, integran capas de información sobre **índices de sensibilidad ambiental** e indicadores territoriales. Adaptados al ámbito de la salud, podrían incluir **indicadores o variables sanitarias** relevantes, permitiendo una evaluación más integrada del impacto sobre la salud y el medio ambiente.

Se recomienda emplear fuentes de datos accesibles y preexistentes, como las proporcionadas por el INE, ISCIII, CIS y sistemas de información geográfica (SIG).

Alcance por determinantes de la salud

Herramienta propuesta en el Anexo 5: **Herramienta para la determinación del alcance de los determinantes de la salud.**

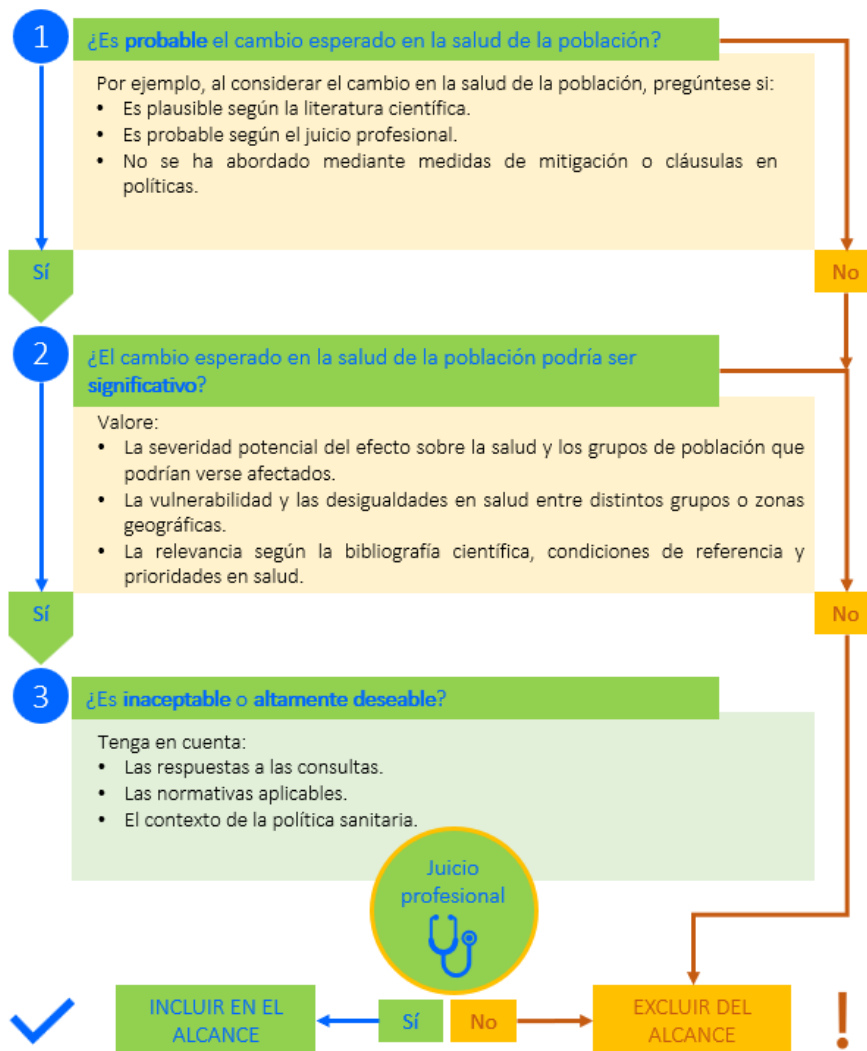
En la Herramienta se recogen los diferentes **determinantes de la salud** que pueden ser impactados.

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES				
	SI		NO	DUDOSO					
	Positivo	Negativo							
DETERMINANTES ESTRUCTURALES/INTERMEDIOS = Categoría amplia (marco conceptual)									
Subcategoría									
Área temática o campo de acción									
Determinante específico evaluable	☐	☐	☐	☐	SÍ/NO Justificación: Grupos especialmente afectados:				

El proceso requiere una **revisión breve de la literatura científica** con el fin de valorar las posibles relaciones entre la propuesta y los determinantes de la salud. El objetivo es determinar si existen evidencias sólidas de una relación causal directa entre las características de la propuesta y su impacto en la salud, o si las conexiones identificadas se basan en asociaciones conocidas emergentes o aún inconclusas.

En la figura 7 se propone una guía de actuación. Aplique estas preguntas a los determinantes de la salud enumerados en la herramienta para la determinación del alcance de los determinantes de la salud del Anexo 5.

Figura 10. Preguntas guía para la determinación del alcance. Fuente: adaptado de la Guía para la EIS, Instituto de Salud Pública de Irlanda (3)

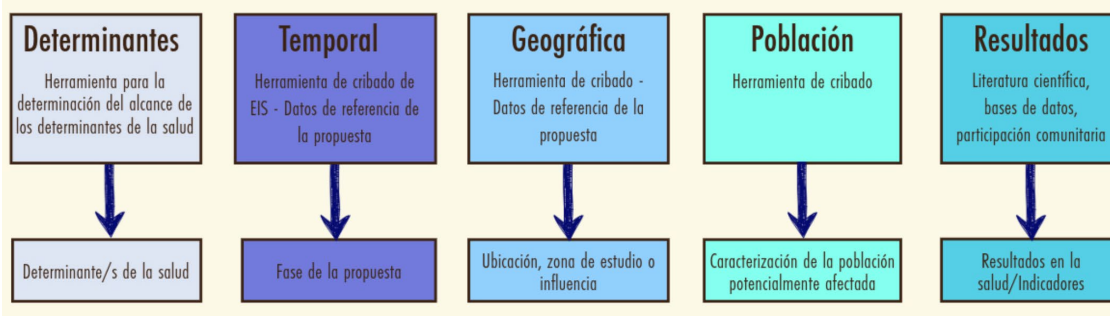


Los efectos considerados **probables** y **significativos** deben incluirse en el informe de alcance para su evaluación detallada posterior. Las cuestiones **poco probables** o **no significativas** deben descartarse (3). Ver definición probabilidad y significación apartado “[Conceptos de probabilidad y significación a lo largo del proceso de la EIS](#)”.

Valoración final de la determinación del alcance

El siguiente diagrama adaptado de la Guía para la EIS, Instituto de Salud Pública de Irlanda, muestra cómo se integran las decisiones tomadas durante la determinación del alcance para desarrollar este procedimiento. Además, hace referencia a las herramientas y recursos propuestos en el anexo, orientando al usuario a lo largo del proceso.

Decisiones en la determinación del alcance



Resumen de la determinación del alcance

Instrucciones: Cree una fila por cada determinante de salud que se incluya en el alcance.

Nota: incluimos un ejemplo en cursiva para mayor claridad.

Determinante de la salud	Fase de la propuesta	Zona de influencia	Caracterización de la población potencialmente afectada	Resultados en la salud/Indicadores
Calidad del aire	<i>Fase de diseño/planificación</i>	<i>Comunidad vecina (población local)</i>	<i>Residentes, especialmente niños y personas mayores</i>	<i>Salud respiratoria, riesgo de morbilidad, calidad de vida</i>

El siguiente ejemplo muestra cómo se puede concluir la determinación del alcance para un determinante de salud:



Conclusión de la determinación del alcance para [determinante de salud]

Con base en la información disponible y el juicio profesional, se concluye que la propuesta tiene el potencial de **generar impactos** que **probablemente** afecten de forma **significativa** a la salud de la población.

- **Probabilidad:** El cambio en la salud de la población es plausible según la evidencia científica [resumir evidencia]. Además, es probable que este cambio ocurra en el contexto específico de la propuesta [resumir actividades relevantes]. La vía causal no se ve interrumpida por las medidas de mitigación adoptadas.
- **Nivel de significación:** Se considera que el cambio es importante debido a su relevancia dentro de la agenda de salud pública [resumir prioridades de salud]. Además, este cambio podría generar debate en cuanto a su aceptabilidad [resumir incertidumbres y posibles preocupaciones sobre su impacto en las políticas de salud].
- **Impacto en las desigualdades:** Existe un posible aumento de desigualdades entre la población general y grupos vulnerables [indicar grupos específicos].

Si la parte promotora ha asumido compromisos para aplicar **medidas que mejoren u optimicen los impactos en la salud**, como cambios en el diseño o nuevas cláusulas, éstas deben documentarse, ya que pueden influir en la decisión de incluir o excluir determinados impactos del alcance. Además, la **evaluación de alternativas** permite identificar enfoques más efectivos cuando las medidas de mitigación no son suficientes (Adaptado de Pyper, et al. 2021 (3)).

Gobernanza

Herramienta propuesta en el [Anexo 5: Herramienta para la planificación y gestión de la EIS](#).

Esta herramienta permite registrar aspectos clave para la gestión de la EIS, asegurando un seguimiento adecuado de las decisiones tomadas y su justificación (30).

Fase 3. Análisis y evaluación de impactos potenciales

Esta fase tiene como objetivo **caracterizar los impactos** identificados durante la determinación del alcance, valorando su **susceptibilidad y magnitud**. La susceptibilidad mide la capacidad de adaptación de la población a los cambios propuestos, mientras que la magnitud incluye no solo aspectos cuantitativos, sino también la probabilidad de ocurrencia, duración, sinergias con otros impactos y localización. Ambos aspectos se analizan de forma conjunta para caracterizar la **significación** del impacto dentro del contexto de la propuesta.

Los datos recopilados, junto con la valoración de las condiciones existentes (relacionadas con la salud, los determinantes de salud y las políticas previas a la implementación), permitirán identificar los factores ambientales, las poblaciones más vulnerables y las estrategias más eficaces para prevenir impactos negativos y potenciar los positivos (9).

Se pueden emplear distintas **fuentes de información** (primarias o secundarias) y **metodologías** (cuantitativas o cualitativas), en función de la naturaleza de la propuesta, del tipo de EIS (integrada, independiente, rápida, mini o completa) y de la **disponibilidad de datos**.

Las metodologías **cuantitativas** permiten **inferir asociaciones con grado variable de robustez** entre la propuesta y sus efectos, pero presentan ciertos desafíos:

- Suelen apoyarse en estudios epidemiológicos y modelizaciones que permiten inferir asociaciones fuertes, aunque no establecen causalidad de forma concluyente. Por ello, los resultados deben interpretarse considerando posibles sesgos y factores de confusión.
- Puede existir una falta de evidencia epidemiológica suficientemente robusta para definir con claridad la respuesta ante una exposición determinada.
- Dificultad para encontrar grupos comparables no expuestos.
- Costes y tiempos que pueden exceder los plazos útiles dentro de la evaluación, con el riesgo de obtener resultados no concluyentes, lo que implica un reto en la gestión eficiente de recursos destinados al proceso de evaluación.

Por ello, en muchos casos se recurre a evidencia existente en **contextos similares**. En este sentido, contar con un repositorio de EIS y un sistema de vigilancia en salud ambiental resulta clave:

1. **Repositorio de EIS:** Aporta evaluaciones técnicas previas en contextos comparables, especialmente útiles cuando los escenarios específicos no han sido abordados exhaustivamente en la evidencia científica.
2. **Sistemas de vigilancia:** Detectan variaciones en determinantes de salud y permiten monitorizar la eficacia de las medidas adoptadas.

Además, el **conocimiento local**, la **experiencia profesional** y la **participación** de las comunidades —incluidas las partes interesadas y las poblaciones afectadas— son también fuentes legítimas de evidencia. Esta información puede obtenerse mediante técnicas participativas, investigación cualitativa o testimonios públicos, y cobra especial relevancia cuando se implementan nuevas propuestas. Incluir a la población en el análisis no solo mejora la calidad de la evaluación, sino que fomenta entornos más saludables y facilita cambios sostenibles en hábitos y comportamientos. Ejemplos de ello son la instalación de centros deportivos, el mantenimiento de zonas verdes o la mejora de espacios públicos, medidas que pueden surgir de procesos participativos y que tienen un impacto directo en el bienestar general (31–33).

La **selección de fuentes** también debe realizarse con especial cuidado, ya que pueden introducir **sesgos**. Es fundamental revisar críticamente su calidad, detectar limitaciones, evitar interpretaciones erróneas y reportar con transparencia. Siempre que sea posible, se recomienda **combinar metodologías cuantitativas y cualitativas**. Las primeras permiten medir la magnitud del impacto; las segundas aportan contexto, sensibilidad social y territorial.

Aunque los datos cuantitativos pueden ofrecer una aparente certeza, no siempre reflejan cómo se experimenta realmente el impacto en el entorno afectado, por lo que deben contrastarse con la experiencia cualitativa. Un ejemplo es la construcción de un carril bici: cuantitativamente puede mostrar un impacto positivo al mejorar el acceso al transporte sostenible. Sin embargo, la experiencia de la población afectada podría revelar efectos no previstos, como aumento del tráfico, mayor tiempo de desplazamiento, reducción del ocio o más contaminación. Estos matices suelen detectarse mediante entrevistas, grupos focales u otras técnicas cualitativas.

Por tanto, combinar fuentes y métodos permite integrar distintas perspectivas, obtener conclusiones más sólidas y mejorar la utilidad de la EIS para la toma de decisiones.

Planificación del abordaje del análisis de impacto

A partir de los resultados de la determinación del alcance, se concreta qué elementos de la propuesta pueden generar impactos en la salud y qué grupos de población podrían verse más afectados.

Para avanzar en el análisis, es necesario vincular estos cambios previstos con sus posibles efectos, combinando evidencia científica y experiencia técnica. En el [Anexo 6](#) se incluye una matriz de trabajo que ayuda a organizar esta información y a estructurar adecuadamente el análisis de los distintos impactos. Este ejercicio permitirá identificar aspectos clave que **condicionarán** el análisis, entre ellos:

- **Disponibilidad de información:** Se valorará la existencia y calidad de datos que permitan caracterizar adecuadamente el impacto. Esto incluye indicadores de exposición (como cambios en los determinantes de salud o factores de riesgo) e indicadores de salud basales (como prevalencia de enfermedades, uso de servicios sanitarios, etc.). También puede considerarse evidencia cualitativa sobre la experiencia de impactos similares en otros contextos. Esta información será clave para seleccionar la metodología de análisis más adecuada (cuantitativa, cualitativa o combinada).
- **Impactos acumulativos o sinérgicos:** Se refieren a la combinación de distintos impactos que, al presentarse de forma simultánea o sucesiva, pueden amplificar sus consecuencias en la salud. Un caso típico es la exposición conjunta a ruido de tráfico y contaminantes del aire: cada uno por separado tiene un efecto adverso, pero juntos pueden incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares más allá de la suma de sus partes. Incluir este enfoque en el análisis obliga a evaluar no solo cada contaminante o fuente de ruido aisladamente, sino también sus interacciones, garantizando una valoración más realista de los riesgos.
- **Evidencia científica sólida:** Se recopilarán estudios con diseños rigurosos, preferentemente revisiones sistemáticas o metaanálisis, que muestren asociaciones consistentes y plausibles entre la intervención y los resultados en salud. Se evaluará la calidad metodológica de los estudios y el nivel de evidencia para sustentar con solidez las conclusiones del análisis.

El **objetivo final** es obtener una **descripción clara y precisa** del impacto, que sirva de base para su análisis detallado posterior.

Análisis de la susceptibilidad del impacto

Se evalúa la capacidad de diferentes grupos poblacionales para adaptarse a los cambios promovidos por la propuesta. Durante su implementación y vida útil, pueden surgir barreras que afecten de manera distinta según el grupo en cuestión. Tradicionalmente, los grupos más vulnerables incluyen niños, ancianos, mujeres embarazadas y personas enfermas, pero es importante considerar otros colectivos como personas con diversidad funcional, neurodivergentes o inmigrantes, para reducir las inequidades en salud y asegurar que la intervención favorezca a los grupos más desfavorecidos.

Atributos clave para analizar la susceptibilidad

- **Accesibilidad a la asistencia sanitaria:** La propuesta podría afectar, positiva o negativamente, el acceso de ciertos colectivos al sistema sanitario.
- **Inequidad o privación de instalaciones:** Se analiza cuando la propuesta favorece o limita el acceso a bienes o servicios que promueven la salud, como áreas verdes, educación o transporte público. Este aspecto es especialmente sensible a las desigualdades sociales y depende de los recursos económicos, políticos y sociales disponibles.
- **Barreras físicas:** Se evalúa si la propuesta crea o modifica barreras que puedan dificultar el acceso a instalaciones esenciales para la vida diaria.
- **Exposición y estado de salud:** Se analizan los cambios en la exposición a factores de riesgo o el impacto directo en la salud de ciertos grupos poblacionales.
- **Aceptabilidad:** Se refiere a cómo la población percibe la propuesta y el cambio que esta implica. Los cambios bien aceptados tienden a integrarse mejor y generar mayor adherencia.
- **Resiliencia:** Mide la capacidad de los grupos poblacionales para absorber el impacto y minimizar sus efectos. No es recomendable asumir una alta adaptabilidad, ya que podría agravar las desigualdades entre los grupos más vulnerables.
- **Afección a recursos compartidos:** Si la propuesta afecta recursos básicos como el agua potable, la electricidad o la cadena de suministro, toda la población dependiente de ellos será más susceptible al impacto. En la evaluación de este atributo, será necesario identificar subpoblaciones con factores de vulnerabilidad, sobre las que los impactos podrían ser desproporcionadamente mayores.

Durante la fase de determinación del alcance, es fundamental identificar las principales poblaciones afectadas. Esto permitirá agilizar su contacto si es necesario y analizar de forma eficiente los posibles impactos.

Estos atributos pueden interactuar y generar acumulaciones o sinergias, tanto positivas como negativas, que amplifiquen o mitiguen los efectos sobre las poblaciones afectadas. Estos casos específicos serán detallados más adelante en la guía.

En el **Anexo 7** se presenta una propuesta para cuantificar la susceptibilidad basada en la experiencia de las partes interesadas y los datos encontrados en la bibliografía.

Análisis de la magnitud del impacto

Este aspecto de la EIS está estrechamente ligado a los análisis cuantitativos y cualitativos que tienen como objetivo evaluar el cambio generado por la propuesta. Los valores obtenidos

pueden estandarizarse y clasificarse en niveles para facilitar su interpretación (bajo, medio, alto).

Parámetros clave para analizar la magnitud

- **Exposición:** Se refiere a cuánto y/o por cuánto tiempo una población está en contacto con un factor de riesgo. Cuanto más cerca esté de la fuente y más tiempo dure la exposición, mayor será la cantidad de exposición recibida. Además, cuando hay varias fuentes de exposición al mismo tiempo, sus efectos pueden sumarse o potenciarse, incluso si cada una está en una concentración baja (34–37)
- **Escala:** Hace referencia a la extensión espacial y la cobertura poblacional (número o proporción de personas afectadas) del cambio generado por la propuesta. Una intervención de mayor alcance —ya sea por superficie afectada o por cantidad de población implicada— tendrá un impacto potencialmente más relevante, ya sea positivo o negativo.
- **Duración:** Se refiere al tiempo durante el cual persiste el impacto. Puede ser breve pero con efectos significativos (por ejemplo, un episodio de exposición aguda a un contaminante muy tóxico), o prolongado y de menor intensidad, con consecuencias más difusas. Además, hay impactos cuya duración se extiende a largo plazo e incluso afecta a generaciones futuras (como en el caso de la contaminación por PFAS). Medir con precisión este parámetro puede resultar complejo, ya que depende de la disponibilidad de datos longitudinales y de la definición de umbrales claros para establecer cuándo una exposición puede considerarse crónica o relevante desde el punto de vista de salud pública.
- **Frecuencia:** Un impacto que ocurre de forma recurrente o continua tendrá una mayor magnitud que uno aislado y de corta duración.
- **Momento:** Los impactos que ocurren inmediatamente después de la implementación de la propuesta suelen tener un efecto mayor que aquellos que se manifiestan a largo plazo. Cuanto más tiempo transcurre entre la acción y el impacto, más difícil es establecer una relación causal y actuar para mitigarlo.
- **Severidad:** El impacto será mayor si causa enfermedades graves o mortales, en comparación con aquellos que afectan el bienestar o la calidad de vida. También será más severo si genera cambios importantes en comparación con los valores de referencia establecidos.
- **Población afectada:** Este parámetro está directamente relacionado con la **susceptibilidad**, ya que no solo importa cuántas personas se verán impactadas por la propuesta, sino qué tan vulnerables son. Aunque la población afectada sea pequeña, si afecta a grupos vulnerables, el impacto puede ser más grave y requerir un análisis más detallado. En estos casos, deben evaluarse medidas de mitigación, incluso si el impacto cuantitativo general parece poco relevante.
- **Reversibilidad:** Un impacto será menor si es fácilmente reversible, es decir, si el entorno puede volver a su estado original tras la implantación de la propuesta. Por el contrario, los impactos permanentes tendrán una magnitud mayor.
- **Impacto sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS):** Si la propuesta afecta a instalaciones o servicios esenciales relacionados con la salud (hospitales, centros de salud, escuelas, espacios deportivos, etc.), la magnitud del impacto será mayor.

En el [Anexo 8](#), se presenta una propuesta de cuantificación del impacto.

Impactos acumulativos o sinérgicos

Una parte clave de la EIS es identificar qué población está más expuesta, qué implican estos cambios para ella, qué acción de la propuesta genera más impactos y qué estrategias pueden minimizar efectos no deseados. Esto es especialmente relevante porque una misma medida de mitigación puede reducir varios impactos negativos al mismo tiempo y, en algunos casos, generar beneficios adicionales, mejorando diferentes aspectos evaluados en la EIS.

Diferencia entre impactos acumulativos y sinérgicos

- **Impactos acumulativos:** Ocurren cuando una población se ve sometida a varios impactos simultáneamente, haciendo que sus efectos se sumen. Esto puede dificultar la evaluación, ya que no siempre es posible diferenciar dónde termina un impacto y empieza otro.
- **Impactos sinérgicos:** Se producen cuando la combinación de varios impactos multiplica sus efectos, generando consecuencias mayores a la suma de cada uno por separado e incluso induciendo nuevos impactos.

Ejemplo práctico:

- **Acumulativo:** Una ciudad con altos niveles de contaminación del aire y ruido ve cómo estos impactos afectan la salud de la población **sumando sus efectos** (más casos de enfermedades respiratorias y estrés).
- **Sinérgico:** La combinación de contaminación del aire y calor extremo puede **multiplicar** los problemas de salud, provocando golpes de calor más severos de lo esperado.

Desafíos en la identificación de impactos

Identificar efectos acumulativos o sinérgicos entre **diferentes propuestas** es un reto, porque muchas veces no se analizan antes de ponerlas en marcha. Esto significa que no siempre se estudia cómo una nueva propuesta puede afectar o combinarse con otras que ya existen, lo que puede generar consecuencias inesperadas. Esto es especialmente relevante en el caso de **leyes**, que interactúan con el marco político preexistente.

Algunas de las principales dificultades incluyen:

- **Falta de información detallada** sobre cómo se combinan los efectos de distintas propuestas.
- **Complejidad del entorno en el que se implementan.** Las PEPPP no existen de forma aislada, sino que afectan y dependen de múltiples factores, como transporte, medio ambiente o economía. Esto dificulta prever cómo interactuarán con otras medidas ya existentes y qué efectos combinados pueden generar.
- **Falta de experiencia y metodologías específicas** para evaluar estos impactos antes de que ocurran.
- **Dependencia del seguimiento posterior a la implementación.** En muchos casos, los impactos acumulativos o sinérgicos **solo se identifican después de que la propuesta ya ha sido implementada**, gracias a los sistemas de vigilancia. Esto significa que no se pueden prevenir con anticipación, sino que solo se detectan cuando ya están ocurriendo, lo que limita la posibilidad de tomar medidas preventivas a tiempo.

Oportunidad para mejorar la evaluación

A pesar del reto que supone su identificación, mejorar el análisis de estos impactos permitiría:

- Implementar **sistemas de seguimiento** más eficaces.
- Diseñar **medidas preventivas y correctivas** estratégicas.
- **Optimizar recursos** y mejorar la coste-efectividad de la EIS.

Caracterización del impacto

La caracterización del impacto es el proceso que permite priorizar los impactos más relevantes, identificando aquellos que generan un efecto **significativo** dentro de la propuesta evaluada. Para ello, no solo se analiza la **magnitud** del impacto y la **susceptibilidad** de la población afectada, sino también **otros factores** clave como:

- Evidencia científica disponible.
- Condiciones previas de salud de la población afectada.
- Prioridades en políticas de salud.
- Normativas y estándares internacionales.

Dado que la interpretación de los impactos no es puramente objetiva, este análisis también está influenciado por los **valores sociales** del contexto en el que se desarrolla la propuesta.

La caracterización del impacto no debe basarse únicamente en listas de verificación, sino en un consenso multidisciplinario que integre diversas perspectivas profesionales. Es fundamental adaptar esta caracterización a la realidad de cada propuesta, evitando enfoques rígidos o predefinidos. Para ello, es clave garantizar una buena divulgación y comunicación de los resultados, facilitando la toma de decisiones informadas y permitiendo a todas las partes implicadas desarrollar las medidas más adecuadas.

Criterios para la caracterización del impacto

- **Resultados de susceptibilidad y magnitud.** Se consideran más significativos aquellos impactos evaluados como "severos" o "críticos" en términos de susceptibilidad o que tienen un efecto considerable en magnitud.
- **Consenso científico.** Se priorizan revisiones sistemáticas y metaanálisis, ya que ofrecen evidencia más sólida. Es clave verificar si hay datos específicos sobre poblaciones afectadas por factores de vulnerabilidad, ya que a menudo quedan diluidas en grupos más amplios (por ejemplo, mujeres embarazadas racializadas dentro del grupo general de "mujeres embarazadas").
Además, se evaluará la calidad y replicabilidad de los estudios. Solo se usará literatura gris (informes, tesis, etc.) si no hay fuentes científicas más rigurosas. Cuanto mayor sea el consenso científico sobre la relación entre el cambio propuesto y los efectos en la salud, mayor será la significación del impacto.
- **Cambios en la situación basal.** La susceptibilidad de la población puede depender de su situación previa a la implementación de la medida. Un impacto será más significativo si el cambio es grande y si hay pocas opciones para mitigar sus efectos. También es importante considerar cómo el impacto interactúa con otras propuestas en el mismo entorno (impactos inter-propuesta), ya que esto puede amplificar sus efectos.
- **Prioridades en salud.** Si el impacto afecta determinantes de salud considerados prioritarios a nivel local, regional o nacional (por ejemplo, reflejados en planes estratégicos o esfuerzos presupuestarios), se considera más significativo.
- **Contexto sociopolítico.** Se analiza cómo la propuesta interactúa con políticas o iniciativas de salud preexistentes a nivel local, nacional o internacional, ya sea de forma directa o indirecta. Un impacto será más significativo si la propuesta refuerza, modifica

o entra en conflicto con normativas vigentes, por lo que es clave considerar este aspecto en la sección de determinación del alcance de la EIS.

- **Límites regulatorios.** Se evaluará la significación del impacto según su proximidad a valores umbrales o límites establecidos en normativas nacionales e internacionales. Además de la legislación vigente, se considerarán criterios científicos actualizados para una mayor protección de la salud. Un impacto será negativo si se aleja de estos valores y positivo si contribuye a su mejora.
- **Percepción de la población.** Se considera la valoración de la población afectada y de las partes interesadas. Cuanto mayor sea su preocupación o interés por el impacto, mayor será su peso en la evaluación de la significación.

En el [Anexo 9](#) se presenta una propuesta de cuantificación de la significación basada en estos criterios.

La importancia de la transparencia en el proceso de análisis

La EIS requiere la colaboración de múltiples actores con distintos enfoques y metodologías. Para que todos los involucrados comprendan y puedan interpretar correctamente los resultados, es fundamental garantizar un análisis **proporcional, transparente y sólido**. Esto implica documentar cada decisión de manera clara y revisar las fuentes utilizadas.

Las evaluaciones de susceptibilidad y magnitud deben presentarse con una narrativa que explique el contexto y las relaciones identificadas. Es clave especificar la **localización y temporalidad** de la propuesta y reconocer tanto las **fortalezas** como las **limitaciones** de las metodologías y fuentes aplicadas. Documentar estos aspectos permite consolidar la evidencia dentro de un marco verificable y reproducible, garantizando que la información sea fiable y contrastable.

Un ejemplo de limitaciones se observa en las EIS cuantitativas, que con frecuencia se apoyan en estudios epidemiológicos y modelos que permiten identificar asociaciones sólidas entre intervenciones y resultados en salud. Sin embargo, estos enfoques no permiten establecer relaciones causales concluyentes, por lo que los hallazgos deben interpretarse con cautela, teniendo en cuenta posibles sesgos y factores de confusión.

Para garantizar la **trazabilidad** y el consenso, se recomienda que un equipo independiente revise la organización de la información y la evidencia empleada en la caracterización de los impactos. Esto facilita la replicabilidad de la EIS y contribuye a la solidez de sus conclusiones.

Asimismo, para asegurar la **transparencia** y una correcta interpretación de los resultados, es esencial reportar todas las asunciones realizadas a lo largo del análisis, junto con sus posibles implicaciones en los hallazgos. Del mismo modo, siempre que sea factible, debe incluirse una estimación de las incertidumbres asociadas o, al menos, señalar sus fuentes cuando no exista capacidad técnica para un análisis formal de incertidumbre.

Divulgación de los resultados obtenidos

Para facilitar la comprensión y aplicación de los resultados sobre susceptibilidad, magnitud y priorización de impactos, se han propuesto diferentes sistemas. Es fundamental elegir un modelo de comunicación adecuado que permita trasladar la evidencia de manera clara y concisa a quienes ejecutarán la propuesta.

La divulgación de resultados es una parte esencial del análisis de impacto. La naturaleza multidisciplinar de la EIS requiere una comunicación efectiva entre todas las partes implicadas

para lograr consenso, reducir impactos negativos y potenciar oportunidades positivas en la implementación.

En el [Anexo 10](#) se presenta una propuesta de informe tipo que permite sistematizar los principales resultados de la evaluación de impactos. Este formato facilita la recopilación clara y estructurada de la información, sirviendo de base para su posterior difusión y para apoyar la toma de decisiones.

Fase 4. Formulación de medidas, plan de vigilancia y reporte de resultados

Medidas para la prevención y mitigación de impactos negativos y la potenciación de impactos positivos

La formulación de medidas en una EIS tiene como finalidad proponer ajustes o alternativas al PEPPP analizado, orientando la toma de decisiones. Estas se centran **prioritariamente** en los impactos negativos con una caracterización significativa, con el objetivo de reducir su intensidad hasta alcanzar niveles compatibles o moderados. Asimismo, pueden incluirse medidas para reforzar los impactos positivos y maximizar sus beneficios.

La formulación de medidas corresponde al promotor o al equipo experto definido durante la fase de alcance. Posteriormente, estas medidas podrán ser incorporadas, ajustadas o complementadas por la ASC.

Las medidas deben ser viables técnica, política, normativa y económicamente. Para ello, se sugiere aplicar el enfoque SMART, asegurando que las medidas sean:

- **S:** Específicas para el impacto identificado
- **M:** Medibles, con evidencia que respalde su eficacia
- **A:** Alcanzables y consensuadas
- **R:** Relevantes, realistas y basadas en resultados
- **T:** Acotadas en el tiempo

Deben orientarse a modificar los factores que aumentan la **significación** del impacto negativo o a reforzar el carácter positivo del impacto, según corresponda. Para ello, se aprovecharán los hallazgos del análisis previo, que permiten identificar si el nivel de significación proviene de la magnitud, la extensión, la duración, la percepción social o la vulnerabilidad de los grupos afectados.

Por ejemplo, si un impacto presenta una baja magnitud, pero una alta percepción de riesgo, será más eficaz una medida centrada en mejorar la comunicación, la transparencia y la difusión de evidencia científica, que otra dirigida exclusivamente a reducir la magnitud.

Descripción mínima de cada medida

Cada medida debe incluir:

1. Descripción detallada del impacto sobre el que recae la medida
2. Naturaleza de la medida (preventiva, de mitigación o de compensación para los impactos negativos y de potenciación para los impactos positivos). Las medidas de compensación sólo podrán proponerse en casos de impacto irremediable (por ejemplo, confinamientos poblacionales por pandemias).
3. Descripción detallada de la medida a adoptar, justificando la evidencia científica relacionada con la plausibilidad de éxito de la implementación de la medida (experiencias previas, experimentación, base teórica, etc.)
4. Momento y condiciones de ejecución de la medida
5. Recursos necesarios para la ejecución de la medida
6. Responsables y mecanismos de gobernanza para su ejecución

Un mismo impacto puede requerir varias medidas complementarias.

Una vez descrita la medida, será necesario someterla al mismo proceso de análisis utilizado para el impacto sobre el que se aplica. Las medidas propuestas tendrán siempre un signo positivo en su estimación.

Esta nueva caracterización se sumará a la caracterización inicial del impacto, con el objetivo de determinar el **impacto residual**, es decir, el impacto que permanece tras la implantación de la medida. El éxito de una medida se valorará en función del impacto al que está asociada:

- **En impactos negativos**, se considerará exitosa si el impacto residual se clasifica como **compatible o moderado**.
- **En impactos positivos**, se considerará exitosa si el impacto residual alcanza un nivel **oportuno o esencial**.

Finalmente, todas las medidas propuestas deben incorporarse al **Plan de Vigilancia de la EIS**, con el fin de monitorizar su implementación y comprobar si los resultados esperados se han cumplido o requieren revisión.

El [Anexo 11](#) presenta un modelo para la descripción y caracterización de medidas.

Plan de vigilancia y medidas finales

En la fase final del estudio de EIS, es fundamental garantizar que las **medidas** formuladas incorporen las opiniones de las partes interesadas y que se ha definido un Plan de Vigilancia suficientemente informado para el monitoreo de los impactos residuales.

Toda EIS debe incluir algún nivel de **revisión** del proceso (30). Esta revisión puede realizarse al concluir la evaluación o durante su desarrollo, permitiendo ajustes y mejoras en tiempo real. Siempre que sea posible, se recomienda prever una evaluación a largo plazo de los impactos y resultados. Estas acciones contribuyen a una mejora continua del proceso y refuerzan su sostenibilidad (9).

La participación de las partes interesadas es uno de los principios fundamentales de la EIS, y debe mantenerse en todas las fases, incluyendo el diseño de las **medidas finales** que servirán de base para el Plan de Vigilancia. Las propuestas y valoraciones recogidas se analizarán según los siguientes criterios:

- **Pertinencia**, si contribuye a mejorar la aceptación de la medida.
- **Relevancia**, si ayuda a reducir el impacto residual. Solo se considerarán propuestas que no empeoren la caracterización del impacto.
- **Plausibilidad científica**, si existen evidencias o fundamentos sólidos que la respalden.
- **Viabilidad económica**, si su implementación no implica un sobre coste inasumible para la parte promotora o, en su caso, para los organismos responsables de su ejecución. Las medidas pueden no dirigirse exclusivamente al promotor, sino también a la administración que autoriza el PEPPP, a otras administraciones implicadas en el desarrollo de la propuesta, o incluso a órganos del sistema sanitario, cuando así se acuerde.
- **Gobernanza**, si la implementación requiere —y permite— la colaboración de administraciones implicadas.

Las propuestas controvertidas se documentarán de forma sistemática, especificando el conflicto, la resolución adoptada y la justificación de la decisión, haya o no modificación de las

medidas iniciales. En el [Anexo 12](#) se presenta un modelo para recoger y resolver estas situaciones.

El resultado será un listado final de medidas integradas y argumentadas, que incluya las aportaciones de las partes interesadas consideradas pertinentes.

Durante el análisis y diseño de medidas, se ha buscado identificar, caracterizar y reducir los impactos negativos mientras se tratan de potenciar los impactos positivos. El **Plan de Vigilancia** se centra en **monitorizar** si los efectos reales tras la implantación de la propuesta se corresponden con los estimados, considerando las medidas finales aplicadas y los impactos residuales.

Para ello, se deben definir:

- **Indicadores**, basados en determinantes sociales, ambientales o comerciales de la salud, y en resultados sanitarios en poblaciones concretas.
- **Umbral de referencia**, que permiten definir la intensidad de la respuesta ante la evolución de los impactos:
 - **Umbral de alerta**: valor del indicador a partir del cual debe intensificarse la vigilancia y activarse medidas preventivas.
 - **Umbral de alarma**: valor que requiere emitir una alerta sanitaria, generalmente por incumplimiento normativo.

Nota: Estos umbrales se definen como parte del Plan de Vigilancia para que, en caso de que surjan efectos inesperados tras la implementación del PEPPP, exista un protocolo claro de actuación. Si estos niveles se alcanzasen ya en el momento inicial del análisis, deberían haberse adoptado medidas correctoras más severas o, directamente, no haberse aprobado la propuesta.

El seguimiento debe ser proporcional y estar justificado, ya que requiere una inversión significativa. Además, puede no recaer exclusivamente en la parte promotora, sino involucrar a diversos organismos. Cuando el promotor prevea esta colaboración, debe constar claramente en el Plan de Vigilancia.

Un buen plan de vigilancia no solo permite verificar la correcta aplicación de la EIS, sino que también **fortalece el sistema de toma de decisiones** y facilita el aprendizaje para futuros procesos (9). Entre sus **beneficios** se encuentran:

1. El uso de los resultados para fundamentar procesos similares.
2. La capacidad de detectar fallos en la evaluación y reorientar los impactos residuales reales, favoreciendo una mejora continua.

El objetivo final es alcanzar una situación estable que permita **espaciar progresivamente la recogida de datos**, hasta su consolidación. Por ello, deben definirse con claridad las etapas y momentos para la recopilación de datos vinculados a cada indicador.

Todo protocolo de vigilancia debe incluir, como mínimo, los siguientes elementos:

- Impacto objetivo
- Indicador asociado*
- Recursos necesarios para la evaluación del indicador (materiales y humanos)
- Gobernanza
- Organismos secundarios implicados

- Población objeto
- Umbral de alerta
- Umbral de alarma
- Acción ante superación del umbral de alerta
- Acción ante superación del umbral de alarma
- Cronograma y responsables
- Fecha de consolidación del seguimiento

*En caso de que el indicador esté siendo utilizado en otros Planes de Vigilancia, se recomienda especificar con qué propuestas guarda relación.

Esta tarea requiere contar con un repositorio de EIS activas que facilite la identificación de sinergias entre impactos, indicadores y medidas, tanto dentro de una misma propuesta como entre distintos PEPPP.

El [Anexo 13](#) incluye modelo para sistematizar los Planes de Vigilancia.

Todas estas tareas deben desarrollarse en paralelo a un proceso de **participación continua**, prestando especial atención a la rendición de cuentas ante las poblaciones potencialmente afectadas por la propuesta.

Síntesis, reporte y divulgación de los resultados obtenidos durante la EIS

La EIS está estrechamente vinculada al proceso de toma de decisiones sobre PEPPP en el nivel pertinente. Su objetivo principal es formular recomendaciones que permitan minimizar los impactos negativos y maximizar los positivos sobre la salud de la población. Se trata, por tanto, de un proceso con una carga importante en la toma de decisiones en la que muchas partes interesadas toman parte.

La síntesis de los resultados y conclusiones debe reflejar de forma clara las distintas etapas de la EIS —cribado, alcance, análisis y recomendaciones—, facilitando su comprensión por todas las partes implicadas. El objetivo final es elaborar un documento comprensible y útil para la toma de decisiones, que en esta guía se denomina **Estudio de Evaluación de Impacto en Salud (EsEIS)**, incluso cuando la evaluación no derive en acciones extraordinarias previas a la puesta en marcha de la propuesta.

Dado el impacto potencial de las EIS en la opinión pública y en la generación de precedentes, es fundamental que el EsEIS se base en los principios de transparencia, trazabilidad y justificación técnica de las decisiones tomadas.

Estructura y responsabilidad del EsEIS

El EsEIS debe priorizar la claridad, precisión y síntesis de resultados. Toda la documentación técnica que sustenta la EIS se incluirá como material anexo, para garantizar la posibilidad de revisión, réplica y supervisión.

El EsEIS es responsabilidad de la **parte promotora** del PEPPP, ya sea pública o privada. Una vez finalizado, se remitirá a la autoridad sanitaria competente (ASC) para su revisión. Como resultado, la ASC emitirá, en su caso y de conformidad con lo que establezca la normativa vigente o el procedimiento aplicable, una Declaración de Impacto en Salud (DIS) o el documento equivalente. Cuando así proceda, ambos documentos conformarán el resultado final del proceso de EIS.

Contenido del EsEIS

El estudio debe incluir, al menos, los siguientes elementos (27):

- Identificación de la parte promotora.
- Breve descripción de la propuesta.
- Marco legislativo aplicable.
- Herramienta de cribado seleccionada y conclusiones.
- Composición del equipo de EIS y esquema de gobernanza.
- Presupuesto de la EIS y cronograma.
- Estrategia de participación de las partes interesadas.
- Resultados del alcance: determinantes, población afectada y efectos potenciales.
- Descripción de impactos potenciales.
- Identificación de impactos significativos y propuestos para medidas.
- Descripción de las medidas e impactos residuales.
- Recomendaciones finales y Plan de Vigilancia (Considerando los resultados obtenidos del proceso de participación)
- Integridad del proceso (fuente de financiación, transparencia, cuestiones éticas, sesgos del análisis y conflictos de intereses)
- Síntesis no técnica
- Bibliografía
- Anexos recomendados
 1. Proceso de cribado
 2. Proceso de alcance
 3. Fuentes de datos utilizada
 4. Descripción de impactos
 5. Análisis de susceptibilidad
 6. Análisis de magnitud
 7. Caracterización de impactos
 8. Descripción, caracterización de medidas propuestas y evaluación de impacto residual
 9. Plan de Vigilancia
 10. Proceso de participación de partes interesadas
 11. Informe de revisión externa (si aplica)

El cuerpo principal del EsEIS debe ser comprensible para personas no expertas, con un formato que garantice legibilidad, claridad y concisión, sin depender exclusivamente de los anexos. Debe recoger las distintas perspectivas de las partes interesadas y justificar de forma transparente las recomendaciones finales.

Todo el material técnico se adjuntará como anexo al estudio, de modo que pueda ser consultado en caso de revisión, réplica o corrección, y esté claramente vinculado a su interpretación dentro del EsEIS.

Asimismo, se podrán incluir figuras y esquemas que faciliten la comprensión de los resultados. Siempre que sea posible, se recomienda someter el EsEIS a una revisión externa por pares.

Rol de la autoridad sanitaria

La ASC no realiza la EIS directamente, sino que revisa el informe presentado por la parte promotora. La forma y alcance de esta revisión se ajustarán a la normativa vigente, cuando exista, o al procedimiento aplicable en cada contexto.

Ejemplos y aprendizaje

Para ejemplificar mejor la ejecución de un EsEIS en diferentes casuísticas se facilitarán por parte del equipo de trabajo de esta guía diferentes ejemplos de EIS en función del tipo de propuesta.

Fase 5. Validación de la EIS y emisión de la Declaración de Impacto en Salud de la ASC

Una vez emitido el Estudio de Evaluación de Impacto en Salud (EsEIS) por la parte promotora, se remite a la Autoridad Sanitaria Competente (ASC) que revisa la documentación presentada. La forma y el alcance de esta revisión se ajustarán a la normativa vigente, cuando exista, o al procedimiento aplicable en cada contexto. Como resultado, la ASC emite un documento que podrá adoptar distintas formas administrativas (resolución, informe o declaración), cuyo carácter vinculante dependerá del marco normativo de la Comunidad o Ciudad Autónoma correspondiente. En esta guía, dicho documento se denomina **Declaración de Impacto en Salud (DIS)**, y tiene como finalidad determinar si la propuesta es viable desde el punto de vista de la salud pública.

En su valoración, la ASC podrá aceptar las medidas propuestas por la parte promotora, proponer su refuerzo o solicitar ajustes adicionales para garantizar una adecuada protección de la salud. Si la DIS es vinculante, estas medidas se establecerán como condicionantes para la aprobación del PEPPP. Si no lo es, se formularán como recomendaciones.

En función de la calidad y suficiencia del EsEIS recibido, la ASC podrá emitir una de las siguientes resoluciones:

1. **DIS favorable:** Se considera que el EsEIS ha abordado adecuadamente los impactos en salud. Las conclusiones son coherentes y bien fundamentadas. Puede incluir medidas menores de mejora.
2. **DIS favorable condicionada:** El EsEIS es adecuado, pero requiere la aplicación de medidas específicas para garantizar la protección de la salud. La declaración señalará los aspectos que deben reforzarse, y la implementación efectiva de dichas medidas será condición para mantener la validez de la DIS.
3. **DIS desfavorable:** La información contenida en el EsEIS se considera insuficiente o inadecuada para emitir una valoración positiva con garantías. Se acompañará de un informe técnico que detallará las deficiencias identificadas, así como las orientaciones necesarias para su subsanación. La parte promotora deberá elaborar un nuevo EsEIS que incorpore dichas indicaciones y remitirlo de nuevo a la ASC para su evaluación.

Aunque una DIS desfavorable no supone necesariamente una prohibición legal, puede condicionar de forma significativa la viabilidad del PEPPP, especialmente cuando la evaluación se integra en procedimientos más amplios como la Evaluación Ambiental (EA).

En el [Anexo 14](#) se incluye un modelo de DIS con los contenidos mínimos recomendados.

Plazos orientativos para la emisión de la DIS por la ASC

Dado el carácter no normativo de esta guía, se proponen a continuación unos **plazos orientativos** para la emisión de la DIS por la ASC. Estos plazos se inspiran en los establecidos en el **artículo 58 de la Ley 16/2011, de Salud Pública de Andalucía**, y pueden servir de referencia temporal para la planificación técnica y la coordinación interadministrativa:

- **Planes y programas** (art. 56.1.a): **3 meses**. Este tipo de propuestas suele presentar una elevada complejidad técnica, tanto por el número de acciones como por la amplitud de población y sectores implicados. En muchos casos, no se requiere una EIS es por su

carácter altamente estratégico; pero si se considera necesaria, el análisis en profundidad de sus impactos exige más tiempo. Por ello, se recomienda equiparar su plazo al de los instrumentos de planeamiento urbanístico.

- **Instrumentos de planeamiento urbanístico** (art. 56.1.b): **3 meses**.
- **Actividades, obras y proyectos** (art. 56.1.c y d): **1 mes**, ampliable hasta 3 meses en supuestos justificados.

Los plazos anteriores **se computan desde la recepción completa del estudio de EIS por parte de la ASC**, conforme a los cauces y registros establecidos.

Respecto al efecto de que la DIS no sea emitida dentro de los plazos señalados, salvo previsión legal específica, la **falta de emisión en plazo de la DIS** no impide la continuidad del procedimiento general. En estos casos, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 80 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Esta guía no atribuye efectos jurídicos al silencio administrativo, y las indicaciones aquí contenidas deben entenderse como una herramienta técnica de referencia para una práctica coordinada, previsible y eficaz.

Fase 6. Seguimiento y evaluación: peritaje de la EIS

El [Plan de Vigilancia](#) definido en la fase 4 permite comprobar en qué medida los resultados observados del PEPPP se ajustan a los resultados esperados previstos en la EIS. En dicho plan se establece la gobernanza del seguimiento y se identifican las personas o entidades responsables, que serán las encargadas de activar las alertas previstas cuando se detecten desviaciones significativas no previstas, o impactos que no hayan sido adecuadamente mitigados y para los que no existan medidas auxiliares. En estos casos, la **parte promotora** deberá impulsar la realización de un peritaje exhaustivo de la EIS.

Este peritaje no pretende cuestionar el trabajo realizado por el equipo de EIS, sino identificar oportunidades de análisis no exploradas, incorporar nuevos enfoques que enriquezcan futuras EIS y reforzar la mejora continua del proceso.

En el peritaje se revisarán, al menos, los siguientes aspectos:

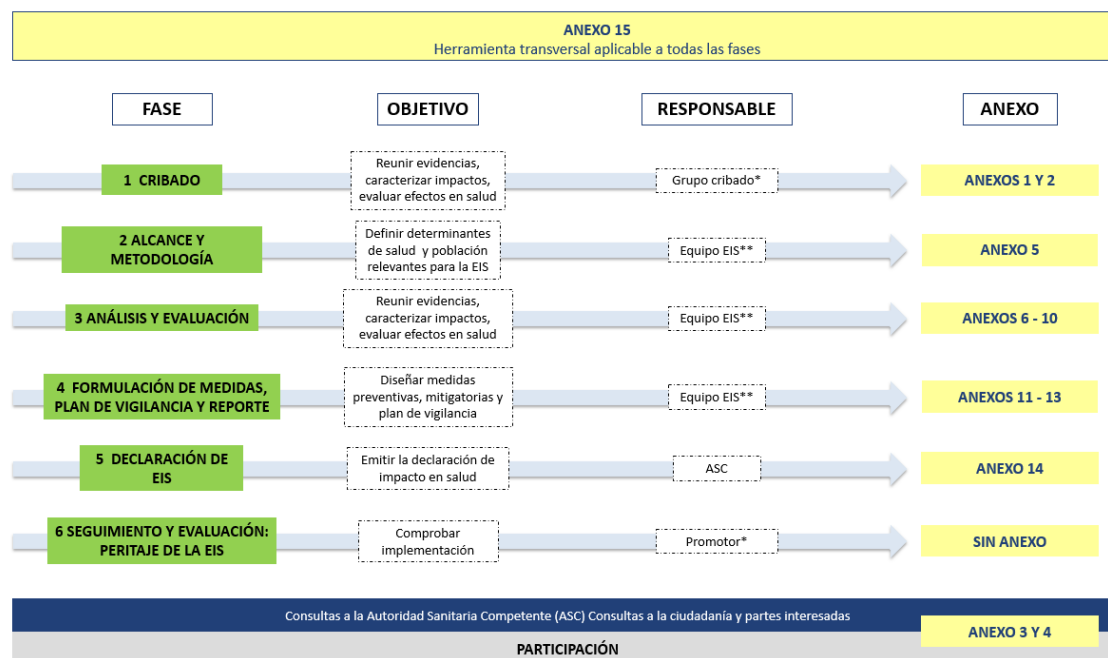
- Fidelidad del proceso a las mejores prácticas de EIS y a la normativa aplicable.
- Adecuación de los criterios de cribado y de los criterios específicos de la propuesta definidos en la fase de alcance.
- Grado de consecución de los objetivos definidos en la fase de alcance y gobernanza asociada.
- Eficacia de la estrategia de participación de las partes interesadas.
- Actualización y pertinencia de las metodologías empleadas en el análisis.
- Solidez de las conclusiones e interpretaciones de los hallazgos del análisis.
- Coherencia entre las medidas propuestas y los resultados del análisis.
- Inclusión de la equidad en el EsEIS.
- Claridad del informe vinculado al EsEIS.

El responsable último de la elaboración del peritaje será el promotor del PEPP, pero el análisis deberá realizarse de forma independiente al equipo de EIS que elaboró el EsEIS. Si el peritaje conduce a recomendaciones sustancialmente diferentes, se deberá emitir un nuevo EsEIS, incorporando las consideraciones resultantes, y remitirlo a la ASC para la emisión de una nueva DIS.

ANEXOS

Los anexos siguientes constituyen un material de apoyo que puede servir como modelo para las actividades correspondientes. Se subraya el carácter orientativo de su contenido. En términos generales, todos los elementos proporcionados en esta guía son susceptibles de ser reemplazados por otros, siempre y cuando cumplan con los objetivos establecidos en las diversas fases de la metodología propuesta en este contexto.

Figura 11. Fases del procedimiento de la EIS, responsabilidades y anexos asociados



* Validación de ASC cuando aplique

** Promotor, personas definidas en alcance, decisores y población afectada

Anexo 1. Actuaciones sometidas a Evaluación de Impacto en la Salud (EIS)

Listado consensuado:

Tipo EIS	Nivel EIS	¿Cuándo debe realizarse?	¿Qué PEPPP/actividad/propuesta?
Específica	EIS a nivel de proyecto	Cuando se trate de actividades que no requieran EIA , pero puedan generar impactos relevantes en salud.	• Que incluyan, o razonablemente deban incluir debido a la naturaleza del desarrollo, cambios en la inclusión, calidad, cantidad o accesibilidad de: ○ Espacios abiertos disponibles públicamente, en particular espacios verdes ○ Instalaciones de ocio o comunitarias ○ Infraestructura de viajes y turismo activo ○ Infraestructura de transporte público • Desarrollo de viviendas, especialmente cuando: ○ Suponga un cambio significativo en el uso del suelo, con posibles repercusiones en el consumo de recursos naturales (agua, energía), generación de residuos o presión sobre infraestructuras y servicios públicos. ○ Incluya un alto porcentaje de viviendas de protección oficial. • Desarrollo urbanístico no residencial, especialmente si implica la construcción de centros educativos, sanitarios, sociosanitarios u otras infraestructuras de uso colectivo que puedan tener un impacto relevante sobre la salud o el entorno. • Desarrollo rural no residencial • Proyectos que puedan afectar a grupos especialmente sensibles o expuestos desde el punto de vista ambiental, fisiológico o social, como personas con enfermedades crónicas, mayores, infancia, mujeres embarazadas, entre otros. • Proyectos de gran interés general (radiación ionizante, antenas, infraestructuras 5G, etc.) • Instalaciones como crematorios de cadáveres humanos

Tipo EIS	Nivel EIS	¿Cuándo debe realizarse?	¿Qué PEPPP/actividad/propuesta?
	EIS a nivel estratégico	Cuando se redacten, modifiquen sustancialmente o, en algunos casos, se deroguen Políticas, Estrategias, Planes o Programas (PEPP), siempre que puedan generar impactos relevantes en la salud. <i>Nota: Las derogaciones que eliminan legislación sustituida por nuevas disposiciones no requieren evaluación de impacto (4).</i>	• Aquellas políticas que no se someten voluntariamente a EAE como se fomenta en el Protocolo sobre la EAE. • Aquellas Estrategias, Planes o Programas en los que no es aplicable una EAE, es decir, no es necesario realizar un ejercicio de cribado de EAE. • Aprobación o modificación de determinados instrumentos de planeamiento urbanístico. • Presupuestos, programas financieros: Para anticipar y evaluar las consecuencias que podrían tener en la salud las decisiones presupuestarias o financieras. • Planes generales municipales • Estrategias de adaptación y mitigación al cambio climático • Estrategia de economía circular
Integrada	EIS a nivel de proyecto	Cuando la normativa exige una EIA, ya que esta debe incluir la evaluación de los efectos sobre la salud humana y la población. <i>Nota: Es necesario revisar la información aportada por el promotor, comprobar que se abordan los posibles riesgos e inequidades en salud, y que se proponen medidas de mitigación si existen impactos negativos.</i>	Según normativa estatal vigente: • Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental (BOE-A-2013-12913): ○ ANEXO I. Proyectos sometidos a la evaluación ambiental ordinaria regulada en el título II, capítulo II, sección 1.^a ○ ANEXO II. Proyectos sometidos a la evaluación ambiental simplificada regulada en el título II, capítulo II, sección 2.^a • Real Decreto Legislativo 1/2016, de 16 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de prevención y control integrados de la contaminación (BOE-A-2016-12601): ○ ANEJO I. Categorías de actividades e instalaciones contempladas en el artículo 2, cuya explotación se somete a Autorización Ambiental Integrada (AAI). Según normativa autonómica: • Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía (BOE-A-2012-879). Anexo I. Actuaciones sometidas a EIS. • Ley 6/2014, de 25 de julio, de Prevención, Calidad y Control ambiental de Actividades en la Comunitat Valenciana (BOE-A-2014-9626). ANEXO I. Categorías de actividades sujetas a autorización ambiental integrada.

Tipo EIS	Nivel EIS	¿Cuándo debe realizarse?	¿Qué PEPPP/actividad/propuesta?
			- Ley 6/2017, de 8 de mayo, de Protección del Medio Ambiente de la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOE-A-2017-5831). - Decreto 29/2018, de 20 de septiembre, que aprueba el reglamento del Título I de la ley, modificado por el Decreto 26/2024, de 3 de septiembre. En este contexto, pueden priorizarse para EIS aquellas propuestas de gran envergadura o con afectación clara a determinantes de la salud. <i>Nota: Puede existir otra normativa autonómica, estatal o futura que también regule la necesidad de realizar una EIA/EIS. Las referencias incluidas son orientativas y vigentes hasta la fecha de redacción, sin perjuicio de otras disposiciones aplicables.</i>
	EIS a nivel estratégico	Cuando la legislación exige una EAE para Planes o Programas . También en políticas con posibles impactos significativos , si se opta por su aplicación voluntaria (según el Protocolo sobre EAE de la CEPE-ONU).	- Planes o figuras de planeamiento urbanístico (generales, sectoriales, especiales, parciales, etc.) - Estrategias de adaptación y mitigación al cambio climático - Estrategia de economía circular Según normativa autonómica: - Decreto Legislativo 1/2021, de 18 de junio, del Consell, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación del territorio, urbanismo y paisaje (DOGV-r-2021-90283). ANEXO VIII. Criterios para determinar si un plan o programa debe someterse a evaluación ambiental y territorial.

Anexo 2. Herramienta de cribado de Evaluación de Impacto en la Salud (EIS)

Nota: Para utilizar esta herramienta es fundamental seguir las indicaciones del apartado “[Procedimiento recomendado para el cribado: Guía para el grupo encargado del cribado](#)”.

Además, tenga en cuenta que esta herramienta es general y está diseñada para abarcar una amplia variedad de propuestas (PEPPP). Por ello, es posible que algunos puntos no sean aplicables a su propuesta concreta. Cuando un apartado no aplica (por ejemplo, aspectos específicos de proyectos en una política), puede dejarlo sin completar o indicar “No Aplica”.

Paso 1: Registro de cribado

Grupo encargado del cribado	☐ Representante de la parte promotora (Impulsor/es de la propuesta) Nombre, organización, puesto: Teléfono de contacto: Correo electrónico: ☐ Profesional/es con conocimientos en salud pública Nombre, organización, puesto: Teléfono de contacto: Correo electrónico: ☐ Otro Nombre, organización, puesto: Perfil: Teléfono de contacto:
------------------------------------	--

	Correo electrónico:
Fecha del cribado	
Describa si existen propuestas similares que hayan pasado por una EIS y sus resultados Indique referencias clave y datos relevantes generados por evaluaciones previas similares. La existencia de una EIS previa para una iniciativa similar podría indicar una metodología aplicable a la propuesta actual. Además, contar con esta información permite utilizar la evaluación anterior como referencia para guiar el análisis, identificar aspectos relevantes y proporcionar aprendizajes útiles para la toma de decisiones.	
Principales documentos o evidencias que se han utilizado para la realización del cribado Añada enlaces o escriba los documentos que se adjuntan.	

Paso 2: Datos generales del PEPPP a evaluar

Nota: Para completar esta sección debe recopilar toda la información sobre la descripción del PEPPP y analizar si esta descripción incluye todos los aspectos de la propuesta que pudieran influir a priori, directa o indirectamente, en la salud población y en las desigualdades en salud. Como se trata de una descripción detallada pero inicial, todo lo que no se contemple en la descripción será considerado en el análisis cualitativo preliminar de impactos potenciales (Paso 4).

Datos de referencia de la propuesta

Identificación del PEPPP	
Título de la propuesta	
Parte promotora de la propuesta	
Escriba la Unidad/Área/Departamento/Institución responsable.	
Persona de contacto de la PEPPP	Nombre: Teléfono de contacto: Correo electrónico:
Características del PEPPP	
Tipo de propuesta	Política normativa: ☐ Ley (sólo puede ser aprobada por el Parlamento) ☐ Real Decreto/Decreto (sólo puede ser aprobado por el Gobierno Central o de las CC. AA., respectivamente) ☐ Orden (puede ser dictada por un departamento) ☐ Presupuestos ☐ Otras (especificar):

	Política no normativa: ☐ Estrategia ☐ Plan ☐ Programa ☐ Otras (especificar): ☐ Proyecto
Fecha de elaboración	
Descripción general de la propuesta • Finalidad. ¿Para qué se impulsa esta actuación? Proporcione una visión clara y estructurada, incluyendo su ubicación, fases de desarrollo y características principales. En este apartado no se analizan impactos, solo se describe la propuesta. • Objetivos. Indique qué se pretende lograr, especificando los resultados esperados y la meta final. <i>Ejemplo – Proyecto de construcción de una nueva autopista: Mejorar la conectividad y la eficiencia del transporte entre las ciudades A y B mediante la construcción de una nueva autopista que reduzca los tiempos de desplazamiento, optimice el transporte de mercancías y disminuya la congestión del tráfico.</i>	
Ámbito de la iniciativa Notas Propuestas a nivel de proyecto: Nivel administrativo o normativa que lo regula. Propuestas a nivel Estratégico: Territorio donde se aplican sus medidas.	☐ Local/municipal (especificar): ☐ Autonómico (especificar C. A.): ☐ Estatal

<i>Ejemplos de PEPPP que marcarían cada cosa</i> <i>Proyecto Obras en un barrio → Local/municipal</i> <i>Plan regional de infraestructuras → Autonómico</i> <i>Estrategia nacional de cambio climático → Estatal</i>	
Ubicación Notas • Para propuestas a nivel de proyecto: describir el emplazamiento físico donde se desarrollará. • Para propuestas a nivel estratégico: delimitar el ámbito territorial, identificando, cuando proceda, zonas o subzonas de actuación. Elementos a consignar • Localización y coordenadas geográficas. • Planos de situación y cartografía básica. • Distancia a infraestructuras y áreas sensibles, tales como: ○ núcleos de población, zonas residenciales, centros educativos, residencias de mayores, centros sanitarios, parques y otros espacios de uso público; ○ autovías, líneas ferroviarias, plantas industriales y otras instalaciones relevantes, para valorar posibles efectos sinérgicos o acumulativos. <i>Ejemplo – Proyecto: Planta de tratamiento de residuos en Valencia</i> <i>La planta se ubicará en el Polígono Industrial X, municipio de Valencia.</i> <i>Coordenadas geográficas: Latitud X° N, Longitud -X° W.</i> <i>Se adjuntan planos de ubicación a nivel municipal, plano topográfico del polígono y mapas de accesibilidad.</i>	

<i>Distancias a puntos clave:</i> <i>1 km del barrio residencial X.</i> <i>2 km del Hospital Y.</i> <i>1,2 km del colegio público Z.</i> <i>800 m de la residencia de mayores W.</i> <i>500 m de la autovía X.</i>	
Zona de estudio o influencia Notas Tanto en propuestas a nivel de proyecto como a nivel estratégico, este concepto se refiere al ámbito geográfico donde se perciben los efectos directos o indirectos de la propuesta. Elementos a consignar • Delimitación del área de estudio, definiendo claramente los límites geográficos de la evaluación (dónde se analizarán los impactos). • Escalas de análisis consideradas (local, regional, nacional, internacional). • Descripción del contexto físico de la zona para entender el entorno en el que se desarrollará la actuación. <i>Ejemplo – Proyecto: Planta de tratamiento de residuos en Valencia</i> <i>Radio de 5 km alrededor de la planta, abarcando barrios residenciales, infraestructuras industriales y equipamientos sensibles.</i> <i>Escala del análisis Local: posible Impacto en barrios y polígonos cercanos.</i> <i>Contexto físico: Entorno urbano-industrial con alta densidad de infraestructuras viales y áreas residenciales próximas.</i>	
Descripción por fases de la propuesta Cuando proceda, estructure la descripción de la actuación en	

fases:

- Fase de diseño/planificación (implementación): Detallar acciones y recursos necesarios para ponerla en marcha (logística, infraestructuras, permisos, actividades preparatorias).
- Fase de ejecución/explotación/funcionamiento: Explicar el funcionamiento operativo, incluyendo procesos, tecnología y métodos previstos.
- Fase de cese y desmantelamiento: Describir las actuaciones previstas para el cierre y desmontaje, la gestión de residuos y la restauración del entorno afectado.

Elementos clave de la descripción

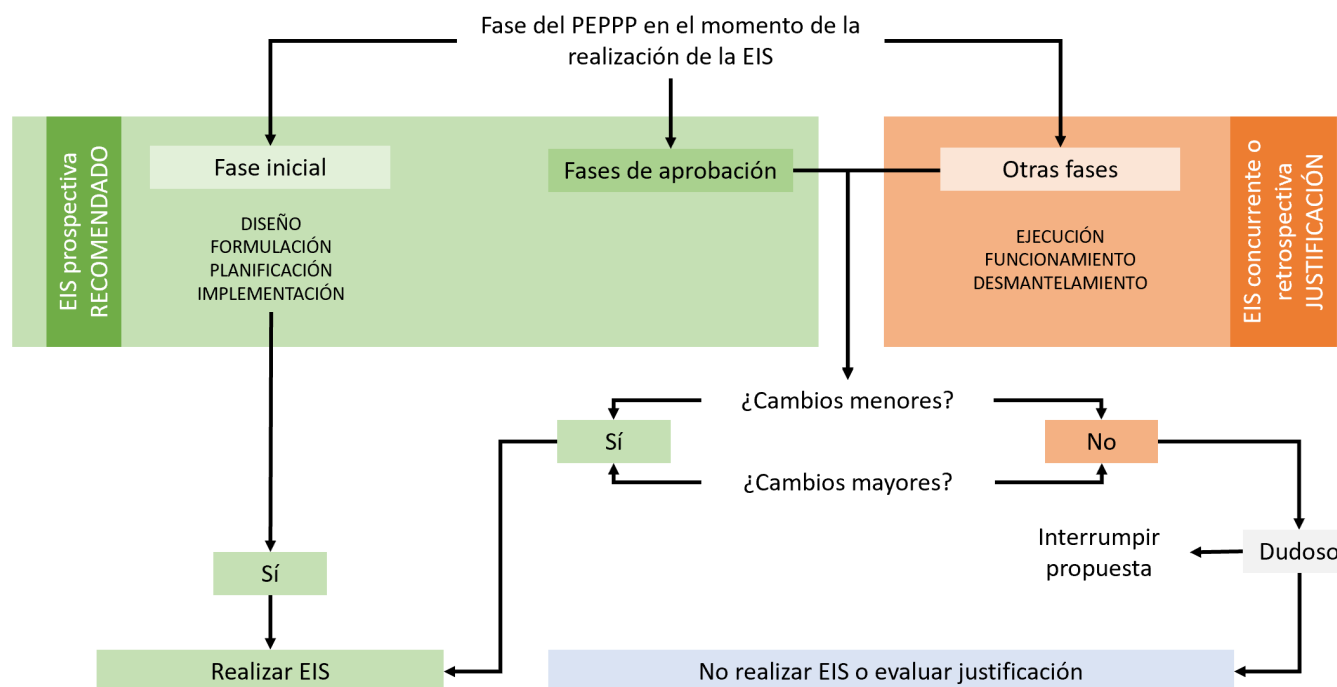
Adaptar a las características específicas del PEPPP. La lista no es exhaustiva:

- **Productos procesos y características técnicas:**
Especificaciones sobre tecnología prevista, instalaciones, procesos productivos, capacidad de producción y emisiones, residuos, vertidos o subproductos. Indicar tipos, cantidades y, cuando proceda, composición, así como sus fuentes (acuosas, gaseosas, acústicas, luminosas o sólidas) y las medidas de prevención y gestión asociadas.
- **Recursos naturales y dotaciones:** Previsión de los recursos utilizados o afectados (materias primas, suelo, agua, energía), su origen y consumo estimado.
- **Tratamiento y evacuación de vertidos:** Sistemas de tratamiento y evacuación de aguas de consumo y aguas residuales, incluyendo, en su caso, diagramas de flujo.
- **Sustancias químicas:** Sustancias utilizadas o generadas, destacando las clasificadas como carcinógenas, mutágenas o tóxicas para la reproducción (CMR).

• Instalaciones de riesgo: Descripción de instalaciones con riesgos específicos, como la proliferación y dispersión de Legionella, riesgo de explosión o incendio, entre otros.	
Justificación de la propuesta Describa brevemente el problema que se busca solucionar con la propuesta, la oportunidad que se pretende aprovechar o la obligación normativa que debe cumplirse. Debe enfocarse en la situación actual que justifica la propuesta y en las alternativas consideradas. Cuando corresponda, detallar la razón de la ubicación elegida, incluyendo factores técnicos, estratégicos, sociales, económicos o ambientales que justifican su selección. <i>Ejemplo de un Proyecto de construcción de una nueva autopista:</i> <i>Actualmente, la carretera nacional entre las ciudades A y B enfrenta problemas de congestión severa, con tiempos de viaje elevados, altos índices de accidentes y niveles preocupantes de contaminación atmosférica y acústica en zonas urbanas cercanas.</i> <i>Como alternativa, se evaluó la posibilidad de ampliar la carretera nacional existente, pero se descartó debido a limitaciones de espacio, impacto en zonas urbanas y mayores costos de expropiación de terrenos privados.</i> <i>Se ha seleccionado la ubicación por las siguientes razones:</i> • <i>Técnicas: Permite un trazado más eficiente con menor pendiente y curvas, reduciendo el consumo de combustible y las emisiones.</i> • <i>Estratégicas: Facilita la conexión con los principales nodos logísticos y polígonos industriales de la región.</i>	

• <i>Sociales: Se reduce el tráfico pesado en áreas residenciales, mejorando la calidad del aire y reduciendo el ruido.</i> • <i>Económicas: Menor necesidad de expropiaciones y menor coste de construcción en comparación con la ampliación de la vía existente.</i> <i>Ambientales: Minimización del impacto en hábitats protegidos y reducción de la fragmentación del territorio.</i>	
Empleo generado Información sobre empleo previsto en distintas fases del PEPPP, número de trabajadores, origen y perfil de personas potencialmente contratadas.	
Información adicional (cuando proceda) para comprender adecuadamente el PEPPP.	
Características del PEPPP (Ver Figura 10. Evaluación de Impacto en Salud (EIS) en base a las fases del PEPPP a evaluar)	
Fase del PEPPP en el momento de la realización de la EIS	☐ En fase inicial de diseño/formulación/planificación/implementación (EIS prospectiva) – Recomendado ☐ En fases de aprobación (EIS prospectiva) – Una opción con menos margen para influir en la toma de decisiones. ☐ Otras fases (no recomendado): En caso de que la EIS se plantee en fases posteriores (por ejemplo, ejecución/funcionamiento o desmantelamiento), debe especificarse claramente y justificarse su necesidad, ya que no responde al propósito principal de la EIS y su utilidad será muy limitada.
En el estado actual de desarrollo del PEPPP	¿Es posible introducir cambios mayores?: ☐ Sí ☐ No ☐ Dudoso ¿Es posible introducir cambios menores?: ☐ Sí ☐ No ☐ Dudoso ¿Es posible interrumpir la propuesta?: ☐ Sí ☐ No ☐ Dudoso

Figura 12. Evaluación de Impacto en Salud (EIS) en base a las fases del PEPPP a evaluar.



Contexto y coherencia de la iniciativa

¿Cuál es el **contexto político y jurídico** que justifica la necesidad de la iniciativa y su oportunidad?

Coherencia con los ejes principales del Plan de Gobierno y del Plan de Salud formulados por el Gobierno competente, ya sea a nivel estatal, autonómico,

local o municipal				
¿El PEPPP se desarrolla de acuerdo con algunos de los ejes principales/ámbitos prioritarios del Plan de Gobierno o de Salud?	Ejes principales del Plan de Gobierno	Sí	No	Dudoso
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
	Ámbitos prioritarios del Plan de Salud	Sí	No	Dudoso
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐

Nivel de participación ciudadana y acción intersectorial en el PEPPP

¿El desarrollo del PEPPP implica algún mecanismo de participación social ?: ☐ Sí ☐ No ☐ Dudoso	
En caso afirmativo:	
¿Qué tipo de participación?	☐ Informativa: <i>Dar información equilibrada y objetiva a las personas para ayudarlas a comprender el problema, las alternativas, oportunidades y/o soluciones.</i> ☐ Consultiva: <i>Recoger opiniones y sugerencias de las comunidades afectadas sobre el análisis, las alternativas o las decisiones.</i> ☐ Participativa: <i>Trabajar junto con las comunidades para asegurar que sus preocupaciones sean entendidas y consideradas.</i> ☐ Colaborativa: <i>Involucrar a actores sociales en la gestión directa de partes del PEPPP, mediante convenios o acuerdos formales.</i> ☐ Empoderamiento: <i>Incrementar la capacidad de las personas o comunidades para influir en las decisiones que afectan sus vidas, mediante la capacitación o la autogestión.</i>
¿En qué fases del proceso de desarrollo del PEPPP se incluye la participación social?	☐ Diseño ☐ Ejecución

<i>(puede señalar varias opciones)</i> <i>Nota: Es relevante señalar que se aconseja adoptar un enfoque de EIS prospectiva.</i>	☐ Seguimiento				
¿El desarrollo del PEPPP contempla la acción intersectorial?: ☐ Sí ☐ No ☐ Dudoso En caso afirmativo:					
¿Qué tipo de acción?	☐ Información: <i>Intercambio de datos o resultados entre sectores para fomentar el diálogo o identificar áreas de colaboración futura.</i> ☐ Cooperación: <i>Colaboración para mejorar la eficiencia en acciones específicas, con una pérdida mínima de autonomía. Generalmente orientada a optimizar recursos durante la implementación de políticas.</i> ☐ Coordinación: <i>Ajuste conjunto de PEPPP entre sectores para mejorar eficiencia y efectividad. Incluye planificación compartida y trabajo sinérgico, con cierto grado de interdependencia.</i> ☐ Integración: <i>Diseño y ejecución conjunta de un PEPPP entre sectores, compartiendo acciones, responsabilidades y recursos. Requiere una dirección común.</i> ☐ Enfoque de SeTP: <i>Desarrollo de PEPPP donde la salud es un eje transversal y un objetivo común entre sectores, integrando salud en el diseño, implementación y evaluación de todas las políticas.</i>				
¿En qué fases del proceso de desarrollo del PEPPP se incluye acción intersectorial? <i>Nota: Es relevante señalar que se aconseja adoptar un enfoque de EIS prospectiva.</i>	☐ Diseño ☐ Ejecución ☐ Seguimiento				
¿Qué sectores están siendo implicados?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				

Caracterización del entorno

Nota: Es conveniente completar esta información con datos climatológicos y aquellos necesarios para analizar las vías de exposición (hidrográficos, edafológicos, etc.). Cuando la EIS se integre en un proceso de EA, deberá partir, en la medida de lo posible, de la información ya recogida en dicho proceso, con el fin de evitar duplicidades y aprovechar la información disponible.

Aspectos a evaluar	Comentarios / Descripción
Presión sobre los recursos Se recomienda incluir los siguientes aspectos: • Usos del suelo y su productividad • Disponibilidad y calidad del agua (de consumo, regenerada o desalada) • Fuentes de energía disponibles. Se recomienda identificar la presencia de proyectos de energías renovables en tramitación ambiental. • Vías de comunicación y nivel de tráfico • Capacidad de carga del territorio (áreas previamente contaminadas, zonas de alta densidad de población) • Afectación a espacios verdes, masa forestal y áreas protegidas. Se recomienda valorar especialmente el riesgo de ocupación de estos espacios por parte de proyectos, en coherencia con el enfoque One Health.	
Agentes Biológicos • Legionela • Enfermedades vectoriales • Especies alergénicas • Otras plagas	
Seguridad del entorno	

• Asociado a la ubicación del proyecto • Probabilidad de terremoto • Probabilidad de inundación • Preparación ante sequías	
Ordenación del territorio, densidad del tráfico y densidad de área urbana • Disponibilidad de servicios • Disponibilidad de áreas verdes y azules	
Cambio climático Influencia del PEPPP en la resiliencia ante impactos derivados del cambio climático	
Calidad del aire exterior e interior • Variables climatológicas, especialmente vientos y pluviometría. • Niveles actuales de contaminantes atmosféricos y presencia de material particulado (PM10, PM2.5)	
Ruido ambiental, contaminación lumínica y radiaciones • Niveles actuales de ruido y fuentes principales. • Presencia de campos electromagnéticos o radiaciones ionizantes relevantes.	
Estado de las aguas • Calidad de las masas de agua superficiales y subterráneas susceptibles de verse afectadas. • Posibles usos: consumo humano, riego, usos recreativos, reutilización de agua. • Presión sobre estaciones de depuración existentes.	
Condiciones del suelo y gestión de residuos Estado actual de los suelos. Disponibilidad y parámetros de uso de sistemas e infraestructuras de gestión y/o tratamiento de residuos de la zona. Existencia de áreas de disposición de residuos no controladas. Niveles de contaminación en suelo por lixiviados de residuos.	

Paso 3: Caracterización de la población potencialmente afectada

En este apartado se identifican las características de la población situada dentro de la zona de influencia establecida en la descripción general de la propuesta.

Se recomienda realizar una caracterización poblacional basada en los siguientes perfiles:

1. **Perfil demográfico:** Población total presente en cada área, distribución por edad y género.
2. **Población en situación de vulnerabilidad:** Incluye grupos especialmente sensibles o expuestos a riesgos en función del contexto en el que se encuentran. Ejemplos:
 - Población infantil.
 - Personas mayores.
 - Población de origen extranjero.
 - Población residente en núcleos diseminados que presentan carencias en infraestructuras básicas (por ejemplo, suministro de agua, saneamiento o residuos). Nota: No se considera vulnerable a toda la población en núcleos dispersos, sino solo cuando concurren condiciones de precariedad o exclusión social.
3. **Perfil socioeconómico** (para identificar grupos en riesgo de exclusión): Se caracteriza a partir de datos de renta, empleo y educación.
4. **Perfil de salud** (sólo en caso de análisis en profundidad): Se caracteriza a partir de indicadores de morbilidad y de hábitos de vida.

Estos grupos reflejan dimensiones de vulnerabilidad que se corresponden con los ejes de desigualdad social (como la edad, el nivel socioeconómico o el territorio), y permiten identificar poblaciones que podrían verse más afectadas por la propuesta. Esta identificación contribuye a enfocar el análisis con un criterio de equidad.

Grupos poblacionales y potencialmente vulnerables que podrían verse afectados por el PEPPP	Comentarios / Descripción
☐ Población general	
☐ Vulnerabilidad por corta edad	
☐ Vulnerabilidad por edad avanzada	
☐ Vulnerabilidad por ingresos/situación socioeconómica (bajos ingresos o ingresos inseguros)	
☐ Vulnerabilidad por estado de salud (mala salud o cuidadores existentes)	
☐ Vulnerabilidad por desventaja social (aislamiento social o discriminación)	
☐ Vulnerabilidad por factores de acceso y geográficos (personas con barreras para acceder a servicios, residentes de áreas rurales, superpobladas o con menos recursos)	

Paso 4: Impacto sobre los determinantes de la salud

Instrucciones para completar la tabla

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUICIO
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
DETERMINANTES ESTRUCTURALES/INTERMEDIOS = Categoría amplia (marco conceptual)					
Subcategoría					
Área temática o campo de acción	☐	☐	☐	☐	SÍ/NO Justificación: Grupos especialmente afectados:

Nota: Esta tabla forma parte de un análisis cualitativo preliminar. Su finalidad es identificar, de forma exploratoria, los determinantes que podrían verse afectados por la propuesta, sin requerir en esta fase una valoración cuantitativa o detallada.

La tabla consta de tres columnas:

1. **Aspectos a Evaluar:** Lista de los determinantes de la salud que podrían verse afectados por la propuesta. Para ampliar o desglosar su contenido, puede consultarse la Herramienta para la determinación del alcance de los determinantes de la salud ([ver Anexo 5](#)), donde se ofrecen orientaciones más detalladas aplicables a la fase de alcance.
2. **Impacto:** Identifica la probabilidad de que exista un impacto considerable y si este es positivo, negativo o dudoso (desconocido o no claro).
3. **Juicio:** Indica si la propuesta puede llegar a afectar significativamente la salud en los determinantes analizados (Sí/No), justificando la respuesta y señalando los grupos especialmente afectados.

Relación entre las columnas:

La tabla evalúa si las medidas o acciones del PEPPP podrían influir en el bienestar físico, mental o social. La columna de **Juicio** sintetiza la evaluación indicando si los impactos detectados justifican la necesidad de continuar con la EIS.

Criterios a valorar:

- **Probabilidad:** Hace referencia a la posibilidad de que el impacto ocurra. Cuando los impactos no pueden mitigarse, se considera que la probabilidad de ocurrencia es alta. Puedes consultar la definición ampliada en el apartado "[Conceptos de probabilidad y significación a lo largo del proceso de la EIS](#)".
- **Significación:** Se refiere a la **relevancia del impacto** desde el punto de vista de la salud, ya sea positivo o negativo. Para valorar si debe considerarse significativo, se tendrán en

cuenta factores como su duración (corto, medio o largo plazo), su carácter temporal o permanente y su reversibilidad.

Un “**Juicio**” **Sí** indica que existe una **probabilidad** de efectos significativos, ya sean negativos o positivos, a medio o largo plazo y permanentes (3), o la presencia de **incertidumbre** sobre los posibles impactos. Por ejemplo, un impacto negativo se considera significativo cuando sus efectos son relevantes, persistentes o inaceptables. Aunque esta situación puede justificar la necesidad de una EIS, es importante considerar otros factores antes de tomar una decisión final.

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUICIO	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
DETERMINANTES ESTRUCTURALES						
CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO	☐	☐	☐	☐	<i>Ejemplo: El proyecto es la construcción de un Parque Urbano en una Zona Degradada</i> SÍ ☐/NO ☐ Justificación: <i>La creación del parque podría contribuir a mejorar la cohesión social, la equidad territorial y la percepción del entorno urbano, especialmente en contextos de vulnerabilidad.</i> Grupos especialmente afectados: <i>Infancia, personas mayores, población en situación de exclusión social.</i>	
DETERMINANTES INTERMEDIOS						
FACTORES MATERIALES Y CONDICIONES DE VIDA						
Condiciones de empleo y trabajo	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐/NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Condiciones de la vivienda y situación material	☐	☐	☐	☐	<i>Ejemplo: el mismo</i> SÍ ☐/NO ☐ Justificación: <i>El parque podría revalorizar el entorno y atraer inversiones públicas o privadas para mejorar condiciones de habitabilidad en una zona con vivienda degradada. También puede aumentar la accesibilidad a espacios saludables. Así mismo, existe un posible riesgo de gentrificación como impacto negativo.</i> Grupos especialmente afectados: <i>Personas en situación de exclusión residencial, población infantil y mayores en viviendas sin adecuación ambiental.</i>	
Factores ambientales, del entorno	☐	☐	☐	☐	<i>Ejemplo: el mismo</i> SÍ ☐/NO ☐	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUICIO
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
					Justificación: <i>La creación de un parque urbano puede mejorar la calidad del aire, reducir la temperatura local y aumentar la presencia de vegetación en un entorno previamente degradado.</i> Grupos especialmente afectados: <i>Infancia, personas mayores, población con enfermedades respiratorias crónicas.</i>
Infraestructuras del transporte/movilidad	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Servicios sanitarios y de asistencia social	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Distribución y retención de recursos financieros (por ej., en el área local o a nivel central)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Acceso a los servicios y bienes básicos	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Seguridad física de la comunidad (libertad de movimientos, delincuencia)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Trabajo doméstico y de cuidados	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Otros	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación:

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUICIO
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
					Grupos especialmente afectados:
FACTORES PSICOSOCIALES	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
FACTORES CONDUCTUALES (estilos de vida)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:

Paso 5: Valoración final de la necesidad de continuar con la EIS

Este paso se basa en los resultados obtenidos en los pasos previos, especialmente el juicio emitido en la tabla del Paso 4.

1. Resumen de los posibles impactos identificados

Lo primero es elaborar una lista resumen de los impactos positivos y negativos que podrían derivarse de la implementación de la propuesta. Esta debe incluir únicamente aquellos aspectos evaluados en el Paso 4 para los que se haya emitido un juicio afirmativo (“Sí”), y servirá para facilitar la valoración final sobre la necesidad de continuar con la EIS.

Determinantes de la salud potencialmente afectados	Impactos Positivos	Grupos de población potencialmente afectada	Impactos Negativos	Grupos de población potencialmente afectada

Caso práctico

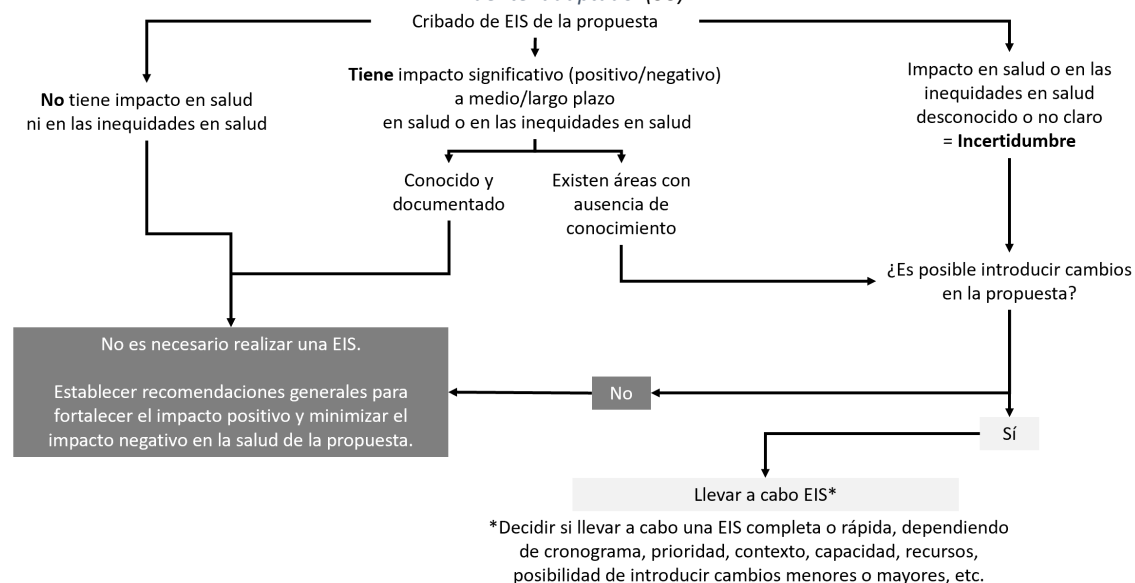
Determinantes de la salud potencialmente afectados	Impactos Positivos	Grupos de población potencialmente afectada	Impactos Negativos	Grupos de población potencialmente afectada
Calidad del aire / temperatura	Aumento de zonas verdes: mejora de calidad del aire y reducción de temperatura	• Población general • Personas con enfermedades respiratorias	Presencia de especies vegetales con elevada emisión de polen alergénico, con incremento de síntomas respiratorios y alérgicos en la población sensible	• Personas con alergias respiratorias • Infancia • Personas mayores
Salud mental / entorno percibido	Mejora de la salud mental y percepción del entorno	• Personas mayores • Infancia		
Movilidad / actividad física	Estímulo de movilidad activa (caminar, bicicleta)	• Población en situación de exclusión • Infancia		
Ruido ambiental			Posible aumento de ruido si se incorporan infraestructuras recreativas intensivas	Población de zonas residenciales cercanas
Seguridad / mantenimiento			• Riesgo de inseguridad si no hay iluminación o mantenimiento adecuado	• Población general • Personas inmunodeprimidas

			• Presencia de animales sin control sanitario, con riesgo biológico y molestias por olores y ruido cuando las áreas para mascotas no cuentan con un mantenimiento adecuado	
Vivienda / acceso al espacio			Posible presión para el desalojo del espacio	Personas en situación de sinhogarismo

2. Decisión final

Figura 13. Diagrama de decisión para el cribado de la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) de la propuesta.

Fuente: adaptado (38)



Este diagrama orienta la decisión sobre la necesidad de continuar con una EIS. A partir de su uso, se puede concluir:

- Por lo general, se recomienda avanzar con la EIS si el análisis indica **impactos significativos** (positivos o negativos) o **incertidumbre** sobre los efectos en la salud o las inequidades, y existe posibilidad de introducir cambios en la propuesta.
- En ciertos casos, incluso si no se cumplen plenamente las condiciones anteriores, puede justificarse la realización de una EIS si se considera que aportará beneficios relevantes para la salud pública o la equidad.
- Si existe una evaluación previa (evaluación específica, como ambiental, urbanística o de género) más adecuada para la propuesta, o una EIS previa para una iniciativa similar u otra información/evidencia útil aplicable respecto de la iniciativa, esta información deberá documentarse y argumentarse.

Contar con esta información permite utilizar la evaluación anterior como referencia para orientar el análisis, identificar aspectos relevantes y optimizar el proceso de toma de decisiones.

En cualquier caso, la decisión final debe justificarse de forma razonada.

*Tabla 2. Tabla de justificación de la decisión final.
Adaptada de herramienta de cribado para la EIS de la Comunidad Valenciana, 2017*

☐ NO CONTINUAR CON LA EIS	
Justificación	☐ No se cumplen los criterios de decisión
	No existe un entorno favorable a la aplicación de la EIS:
	☐ Falta de recursos (financieros, humanos)
	☐ Falta de tiempo para realizar la EIS antes de la toma de decisión
	☐ Otras razones (especificar)
En esta situación, llevar a cabo el seguimiento de las recomendaciones generales sugeridas, destinadas a mitigar los impactos negativos y/o potenciar los positivos:	
1.	
2.	
3.	
☐ CONTINUAR CON LA EIS	
Justificación	☐ Se cumplen los criterios de decisión
	Existen razones que aconsejan su aplicación:
	☐ Existe preocupación social
	☐ Existe interés e implicación institucional/por parte de la organización
	☐ Existen colectivos interesados
	☐ Otras razones (especificar)

☐ REALIZAR OTRO TIPO DE EVALUACIÓN DE IMPACTO

Anexo 3. Plantilla para la solicitud de consulta previa (para parte promotora)

Basado en la estrategia propuesta por el Decreto 169/2014 de Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, de 9 diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

	Anotaciones
Identificación de parte promotora	
Principal medio de comunicación con la parte promotora	
Título de propuesta	
Situación de la propuesta (con cartografía si localización específica)	
Objetivo y justificación de propuesta	
Interacción de la propuesta con proyectos previos	
Resultado de cribado	
Posibles efectos previstos sobre demografía, socioeconomía, características ambientales y estilos de vida	
Población potencialmente afectada y rasgos de vulnerabilidad	
Descripción de los principales impactos previstos y sus posibles afecciones demográficas, socioeconómicas, ambientales y sobre estilos de vida	
Posibles medidas	

Anexo 4. Modelo de informe de consulta previa de la ASC

		Anotaciones
Parte promotora		
Identificación de expediente		
Título de propuesta		
Valoración de la localización seleccionada		
Consideraciones para la evaluación del alcance		
Consideraciones para la evaluación de los determinantes en salud		
Consideraciones para la evaluación de la población vulnerable		
Clasificación del expediente	Documentación insuficiente para emitir opinión o análisis preliminar no idóneo	
	Análisis preliminar idóneo sin impactos significativas	
	Análisis preliminar idóneo con impactos significativos	
Observaciones		

Escenarios a tener en cuenta:

Documentación insuficiente para emitir opinión o análisis preliminar no idóneo

En este caso, dentro del cuerpo del informe y de las observaciones se determinará la información necesaria para completar la valoración de la consulta previa.

Análisis preliminar idóneo sin impactos significativos

En este caso se recomendará a la parte promotora el alcance, la amplitud del impacto y las consideraciones a tener en cuenta para la realización de la EIS.

Análisis preliminar idóneo con impactos significativos

En este caso se recomendará a la parte promotora el alcance, la amplitud del impacto y las consideraciones a tener en cuenta para la realización de la EIS con especial énfasis en:

1. Determinantes de la salud potencialmente impactados
2. Población potencialmente impactada
3. Información necesaria para dar la EIS como válida
4. Potenciales medidas a tener en cuenta para dar la EIS como válida.

A continuación, se da una **propuesta de informe** vinculado al checklist de evaluación de la consulta previa desarrollado en este Anexo y en el [Anexo 3](#):

Asunto: TITULO PROPUESTA

En referencia (...título de la propuesta...), que tiene por objetivo (...Objetivo de la propuesta...).

Una vez examinado la documentación adjunta, se le comunican algunas observaciones que se presenta junto con la solicitud y que se relacionan seguidamente:

(Señalar observaciones que justifiquen la valoración efectuada agrupándolas, en su caso, por etapas del análisis preliminar)

de de 20 ,
Fdo.: La Autoridad Sanitaria Competente

Anexo 5. Recursos para la determinación del alcance de la Evaluación de Impacto en la Salud (EIS) de políticas, estrategias, planes, programas o proyectos (PEPPP)

Herramienta para la determinación del alcance de los grupos de población

Esta tabla identifica los grupos de población a considerar como receptores potenciales de impacto, y complementa la [Herramienta para la determinación del alcance de los determinantes de la salud](#). Permite establecer en qué medida se analizarán los posibles efectos sobre cada grupo dentro del alcance de la EIS, ayudando a identificar quiénes podrían estar más expuestos o en situación de mayor vulnerabilidad.

En la columna de **anotaciones** se deben registrar los efectos identificados que puedan afectar a cada grupo. Esta información permite extraer una conclusión general sobre el grado de impacto esperado en la población.

Caracterización de la población potencialmente afectada por el PEPPP	Probabilidad de impactos significativos (Sí/No/No sé)	Anotaciones
Población general (puede incluir población adulta de 31-64 años, mujeres, hombres, otras identidades, residentes en áreas urbanas, personas con posición económica alta o media, estudiantes, población en activo y visitantes de la zona)	☐ ☐ ☐	Dependiendo del contexto y los impactos específicos de la propuesta, algunos grupos de esta categoría podrían considerarse como población vulnerable con la debida justificación
Vulnerabilidad por corta edad		
Población infantil (0-12 años)	☐ ☐ ☐	
Adolescentes (13-17)	☐ ☐ ☐	
Población joven (18-30)	☐ ☐ ☐	
Embarazadas y bebés en desarrollo	☐ ☐ ☐	
Vulnerabilidad por edad avanzada		

Caracterización de la población potencialmente afectada por el PEPPP	Probabilidad de impactos significativos (Sí/No/No sé)	Anotaciones
Población mayor de 65 años	☐ ☐ ☐	
Personas mayores con necesidades especiales de salud/con fragilidad	☐ ☐ ☐	
Vulnerabilidad por situación socioeconómica (bajos ingresos o ingresos inseguros)		<i>Ejemplo – Un proyecto municipal que propone reestructurar el sistema de transporte público, aumentando tarifas, reduciendo ciertas rutas y optimizando frecuencias en función de la demanda.</i>
Personas con posición económica baja	☐ ☐ ☐	<i>El aumento de las tarifas puede afectar a este grupo, reduciendo su capacidad para utilizar el transporte público, lo que podría limitar su acceso a empleo, educación y servicios de salud.</i> Posibles indicadores: • Proporción de la población que percibe ingresos iguales o inferiores al Salario Mínimo Interprofesional (SMI), o que se encuentra por debajo del umbral de pobreza relativa según la Encuesta de Condiciones de Vida (INE). • Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE)
Personas en situación de sinhogarismo	☐ ☐ ☐	
Personas en situación de paro	☐ ☐ ☐	<i>El aumento de las tarifas puede restringir su búsqueda activa de empleo, al hacer menos accesibles las entrevistas y oportunidades en otras zonas.</i>
Personas con trabajo por turnos (por ejemplo, turnos nocturnos o rotativos)	☐ ☐ ☐	<i>La reducción de rutas y frecuencias nocturnas puede afectar su capacidad para desplazarse a sus puestos</i>

Caracterización de la población potencialmente afectada por el PEPPP	Probabilidad de impactos significativos (Sí/No/No sé)	Anotaciones
		<i>de trabajo, especialmente en sectores como seguridad, sanidad y limpieza.</i> Posibles indicadores que se puedan extraer de encuestas laborales: • Porcentaje de trabajadores en turnos nocturnos o rotativos. Horas promedio de trabajo nocturno por semana.
Personas con empleo precario, escasa estabilidad laboral o pocas perspectivas de progresión (incluye personas con bajo nivel educativo o baja cualificación profesional)	☐ ☐ ☐	Posibles indicadores: • Porcentaje de trabajadores con contratos temporales. • Duración promedio del contrato. • Estadísticas de accidentalidad en el trabajo. Fuente: Encuesta de Población Activa (EPA), servicios de empleo locales y registros empresariales.
Personas que no pueden trabajar debido a problemas de salud	☐ ☐ ☐	<i>La reducción de rutas podría afectar su capacidad para acudir a citas médicas o centros de rehabilitación.</i> Posibles indicadores: • Porcentaje de personas en edad de trabajar que no pueden hacerlo debido a problemas de salud. • Tipos más frecuentes de enfermedades o discapacidades que limitan el empleo. • Tasa de personas que reciben prestaciones por incapacidad. Fuente: Registros de salud pública (servicios de salud locales), Registros de la Seguridad Social, INE.

Caracterización de la población potencialmente afectada por el PEPPP	Probabilidad de impactos significativos (Sí/No/No sé)	Anotaciones
Hogares monoparentales y monomarentales.	☐ ☐	Posibles indicadores: • Ingreso medio o mediano del hogar: Comparado con otros tipos de hogares. • Índice de esfuerzo económico para la vivienda: Porcentaje del ingreso destinado al alquiler o hipoteca.
Vulnerabilidad por estado de salud		☐ ☐ ☐
Personas con discapacidad o problemas de salud física o mental	☐ ☐	
Personas con dependencia	☐ ☐	
Personas cuidadoras	☐ ☐	
Vulnerabilidad por desventaja social		
Personas que experimentan discriminación (incluyendo minorías étnicas, grupos raciales y culturales, personas LGBTIQ+, mujeres víctimas de violencia machista, población migrante y personas de diversas religiones o creencias)	☐ ☐	<i>Las medidas serán diferentes en función del grupo, especificar en los comentarios el grupo al que se refiere.</i>
Personas en situación de aislamiento social	☐ ☐	
Población institucionalizada (personas que residen en instituciones como residencias de mayores, centros de salud mental, centros de atención a personas con necesidades especiales, cárceles, etc.)	☐ ☐	
Vulnerabilidad por factores de acceso y geográficos		
Personas que enfrentan barreras en el acceso a servicios, comodidades o instalaciones (incluyendo a la mano de obra de la construcción y fuerza de trabajo operativa involucrada en la propuesta, así	☐ ☐	

Caracterización de la población potencialmente afectada por el PEPPP	Probabilidad de impactos significativos (Sí/No/No sé)	Anotaciones
como las barreras impuestas por los proveedores de servicios)		
Residentes en áreas rurales, zonas aisladas, superpobladas o en zonas con altos niveles de carencias o indicadores económicos y de salud deficientes	☐ ☐ ☐	
Personas que viven cerca del área afectada por cambios derivados de la propuesta o usuarias de los servicios de la propuesta, quienes podrían no ser tradicionalmente consideradas "vulnerables", pero sí más sensibles a los impactos	☐ ☐ ☐	

Herramienta para la determinación del alcance de los determinantes de la salud

Nota: Esta herramienta se ha desarrollado para establecer los mínimos necesarios para realizar un documento de alcance sólido que sea útil de cara a la realización del análisis. Cuando la EIS se integre en un proceso de EA, deberá partir, en la medida de lo posible, de la información ya recogida en dicho proceso, con el fin de evitar duplicidades y aprovechar la información disponible.

Esta herramienta permite identificar los determinantes de la salud y factores de riesgo que deben analizarse en la evaluación, cuando se considere que la propuesta puede influir sobre ellos. **El análisis se centra en cómo actúa el PEPPP sobre cada determinante.**

Aunque algunos determinantes están estrechamente relacionados (por ejemplo, densidad del tráfico, contaminación atmosférica y ruido), se recomienda valorarlos de forma individual. Esto favorece un análisis más integrado y riguroso, permitiendo identificar impactos que podrían pasar desapercibidos. A través de este enfoque, es posible reconocer conexiones entre distintos determinantes y, posteriormente —en la fase que corresponda—, diseñar recomendaciones que respondan de forma eficaz a varios de ellos de manera conjunta.

En la columna de **justificación/anotaciones**, se debe indicar si el aspecto es relevante para la evaluación y, en su caso, señalar los grupos que podrían verse especialmente impactados.

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
DETERMINANTES ESTRUCTURALES					
CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO					
Cultura y valores sociales (salud, justicia social, sostenibilidad, equidad, cohesión social)	☒	☐	☐	☐	<i>Ejemplo – Proyecto de construcción de un Parque Urbano en una Zona Degradada</i> SÍ ☒ /NO ☐ Justificación: ¿Es probable el cambio esperado en la salud de la población? La creación de espacios verdes promueve la interacción social y reduce el aislamiento, lo que puede mejorar

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
					por ejemplo la salud mental. ¿Podría el cambio ser significativo? En una comunidad con baja cohesión social, un parque puede servir como punto de encuentro y fomentar el bienestar colectivo. La evidencia científica y las prioridades locales destacan que la interacción social es clave para la salud mental y la cohesión comunitaria. → es importante El proyecto ha sido bien recibido por la comunidad, y las políticas locales apoyan este tipo de intervenciones → es altamente deseable Grupos especialmente afectados: <i>personas mayores, niños y jóvenes, personas con problemas de salud mental, con riesgo de aislamiento, minorías étnicas...</i>
Políticas del estado de bienestar (políticas sociales, de empleo, salud, educación, planificación urbana, etc.)	☒	☐	☐	☐	Mismo ej. SÍ☒/NO☐ Justificación: <i>semejante a anterior, el parque se supone que actuará como medio para implementar este tipo de políticas públicas (ej. políticas de promoción de la salud). Un parque urbano es una infraestructura pública accesible y gratuita, ideal para implementar este tipo de políticas de bienestar.</i> Grupos especialmente afectados:
Políticas macroeconómicas (políticas redistributivas, políticas fiscales, comerciales, etc.)	☐	☐	☒	☐	Mismo ej. SÍ☐/NO☒ Justificación: <i>No se espera un impacto significativo a nivel macroeconómico, ya que el proyecto es de pequeña escala.</i>

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
					Grupos especialmente afectados: <i>No aplica</i>
Políticas medioambientales y de sostenibilidad (gestión del suelo, biodiversidad, planificación ecológica, adaptación al cambio climático, etc.) ¿La propuesta favorece, se alinea o entra en conflicto con estrategias, planes o normativas ambientales y de sostenibilidad vigentes?	☒	☐	☐	☐	<i>Mismo ej.</i> Sí ☒ /NO ☐ Justificación: ¿Es probable ? <i>Sí. Incorpora medidas alineadas con estrategias de sostenibilidad urbana y renaturalización.</i> ¿Es significativo ? <i>Sí. Afecta a una zona sin espacios verdes, con impacto esperado en planificación territorial y salud. Coherente con prioridades de salud pública y planificación sostenible.</i> ¿Es altamente deseable ? <i>Sí. Alineado con políticas locales y bien valorado por la comunidad.</i> Grupos especialmente afectados: <i>Personas residentes en zonas con alta exposición a contaminación, falta de espacios verdes o islas de calor urbanas; población infantil y personas mayores, por su mayor sensibilidad a condiciones ambientales.</i>
Gobernanza/Buen gobierno	☐	☐	☒	☐	Sí ☐ /NO ☒ Justificación: ¿Es probable ? <i>Dudoso. La propuesta no implica directamente cambios en la estructura de gobernanza ni en los mecanismos de transparencia, rendición de cuentas o participación más allá de lo habitual en proyectos urbanísticos.</i> ¿Es significativa ? <i>No. No se prevén efectos relevantes sobre los principios de buen gobierno. Y, aunque la participación comunitaria es deseable, no constituye el eje de esta intervención ni tiene implicaciones estructurales de gobernanza.</i>

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
					<i>¿Es altamente deseable? No se identifican avances relevantes en gobernanza más allá de lo previsto en procesos urbanísticos estándar.</i> Grupos especialmente afectados: <i>No aplica</i>
Mercado de trabajo (empleo/desempleo, precariedad laboral y desarrollo económico)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Educación (capacidad y calidad de las escuelas o centros educativos; Desarrollo de habilidades: educación continua y formación profesional)	☐	☐	☒	☐	SÍ ☐ /NO ☒ Justificación: <i>¿Es probable? No directamente. El proyecto no incluye componentes educativos ni se prevé su uso formal por parte de centros escolares.</i> <i>¿Es significativo? No. El proyecto no afecta directamente al sistema educativo ni a las infraestructuras escolares.</i> <i>¿Es altamente deseable? Solo de forma indirecta. El aumento de zonas verdes puede contribuir positivamente al desarrollo físico, mental y social de la población en edad escolar, aunque el proyecto no está vinculado directamente al sistema educativo.</i> Grupos especialmente afectados: <i>No aplica</i>
Otros factores relacionados (especificar)					
	☐	☐	☐	☐	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
	☐	☐	☐	☐		
DETERMINANTES INTERMEDIOS						
FACTORES MATERIALES Y CONDICIONES DE VIDA						
Condiciones de empleo y trabajo						
Oportunidades de empleo Evaluar si el PEPPP genera nuevas oportunidades de empleo local, su distribución territorial y temporal, y qué grupos poblacionales se benefician realmente del acceso a esos puestos. Justificar la inclusión si se prevé generación de empleo local o, al contrario, si puede haber desplazamiento laboral o externalización .	☐	☐	☐	☐	Sí ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Calidad del empleo (estabilidad, jornada laboral, ingresos adecuados)	☐	☐	☐	☐	Sí ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Condiciones de trabajo (recompensas, controles, seguridad e higiene, riesgos físicos, psicosociales y laborales)	☐	☐	☐	☐	Sí ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Condiciones de la vivienda y situación material					Este subapartado analiza el contenido y características del parque de vivienda existente. ¿Es adecuada para las necesidades específicas de la población? ¿Es segura? ¿Está en buen estado? ¿Está bien comunicada y equipada?	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
Oferta y asequibilidad de viviendas (combinación de viviendas para las necesidades de la comunidad, incluyendo vivienda social y adaptaciones especializadas para personas con discapacidad o de edad avanzada)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Calidad de la vivienda (estado de la vivienda y del edificio) Evalúa si las condiciones físicas afectan la salud: estado estructural, eficiencia energética, antigüedad, materiales peligrosos (amianto, plomo).	☒	☐	☐	☐	<i>Ejemplo – Sustitución de viviendas precarias por nueva edificación residencial en un barrio degradado.</i> SÍ ☒ /NO ☐ Justificación: <i>¿Es probable el cambio? Sí</i> <i>La propuesta mejora significativamente el estado estructural de las viviendas y elimina materiales peligrosos como amianto.</i> <i>¿Podría ser significativo? Sí</i> <i>Mejora directa en salud respiratoria y confort térmico. Alineado con objetivos locales de rehabilitación urbana y salud pública.</i> <i>¿Es aceptable/deseable? Altamente deseable</i> <i>Respaldo comunitario y beneficios claros para la salud.</i> Grupos especialmente afectados: <i>Familias con menores, personas mayores, población con enfermedades respiratorias.</i>	
Comunicación, accesibilidad y calidad (distancia a bienes, servicios e infraestructuras)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Factores ambientales, del entorno					En aquellos casos en que el PEPPP esté sujeto a un proceso de EA, parte de la información relevante para este apartado puede encontrarse ya recogida en dichos estudios, especialmente en	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
					materia de salud ambiental. Cuando la EIS se integre en este proceso, se recomienda, en la medida de lo posible, basarse en la información disponible en la EA o hacer referencia a ella cuando proceda, de modo que ambas evaluaciones sean complementarias, se eviten solapamientos y la EIS centre su análisis en la repercusión de esos impactos sobre la población.	
Calidad del agua (de consumo, superficiales, subterráneas, saneamiento y reutilización de aguas residuales)						
Calidad del agua de consumo : Evaluar si se cumplen los parámetros establecidos en la normativa vigente (químicos, microbiológicos, organolépticos y radiactivos)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Disponibilidad de agua de consumo : Acceso adecuado y cantidad suficiente conforme a normativa vigente	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Calidad de las aguas de baño : Según los parámetros establecidos en la normativa vigente	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Contaminación de aguas superficiales o subterráneas por vertidos o derrames accidentales y que puedan acabar afectando a aguas de consumo y/o de baño	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Calidad del aire exterior						

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
Niveles de contaminantes atmosféricos, incluyendo partículas en suspensión (PM _{2.5} preferentemente, o PM ₁₀), dióxido de nitrógeno (NO ₂), ozono troposférico (O ₃) y dióxido de azufre (SO ₂), así como otros aerosoles, polvo y emisiones procedentes de instalaciones, procesos o tráfico	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Olor	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Ambiente interior Evaluar si las condiciones interiores pueden afectar a la salud, considerando: - Calidad del aire interior: ventilación, sistemas de calefacción/refrigeración, materiales de construcción. - Higiene del entorno: mantenimiento, limpieza y condiciones generales. - Nivel de hacinamiento: densidad de ocupación (n.º personas/m²).	☐	☐	☐	☐	<i>Ejemplo – Rehabilitación de viviendas sociales con deficiente ventilación y hacinamiento.</i> SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: <i>¿Es probable? Sí. El proyecto actúa directamente sobre viviendas con condiciones interiores deficientes (ventilación, materiales y ocupación).</i> <i>¿Es significativo? Sí. Mejora de condiciones de habitabilidad puede reducir enfermedades respiratorias, estrés térmico y riesgo de infecciones.</i> <i>¿Es altamente deseable? Sí. Alineado con políticas de vivienda digna, salud urbana y equidad territorial.</i> Grupos especialmente afectados: <i>Familias con bajos ingresos, personas mayores, menores en hogares con alta densidad de ocupación.</i>
Calidad del suelo					

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
Liberación de contaminantes antiguos (movilización de la contaminación histórica)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Riesgo de nueva contaminación del suelo (por ejemplo, agentes industriales o derrames accidentales)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Disponibilidad y capacidad agrológica del suelo (extensión y aptitud del terreno para producción agrícola segura, según sus características físicas, químicas y topográficas)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Cambio en el uso del suelo y sellado de superficies Evaluar si el PEPPP implica una transformación del terreno (urbanización, infraestructuras, etc.) que conlleve un aumento de superficie impermeabilizada, con posibles efectos sobre el drenaje, la temperatura del entorno y la pérdida de funcionalidad del suelo	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Ruidos y vibraciones, contaminación acústica						
Impacto del ruido y las vibraciones generadas por instalaciones, procesos industriales, tráfico rodado, ferroviario y aéreo, así como por obras y actividades extractivas	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
Contaminación lumínica	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Gestión de residuos Nota: Para evaluar los posibles impactos en salud se recomienda consultar el informe <i>Salud y Residuos</i> (Ministerio de Sanidad)						
Recogida selectiva de residuos: Separación en origen de fracciones (orgánica, papel, cartón, envases, vidrio, textiles, aceites...)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Reciclaje y valorización: Procesos industriales que convierten los residuos recogidos en nuevos productos o energía (valorización energética). Incluye compostaje, reutilización y reciclaje material. Reduce la dependencia de vertederos e incineración.	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Vertederos y proximidad: Evaluar si hay cercanía a vertederos o instalaciones no controladas que puedan generar emisiones, lixiviados o vectores, con efectos potenciales en la salud	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Gestión de restos vegetales: Valorización frente a la quema (por ejemplo, compostaje o uso como fertilizante), especialmente en zonas rurales	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Amianto: Existencia de elementos con amianto en el entorno o en el ámbito de	☐	☐	☐	☐	<i>Ejemplo – Proyecto Rehabilitación integral de un edificio residencial construido en los años 70</i>	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
intervención del PEPPP. Se valorará si existen censos municipales y si se prevé su retirada, priorizando zonas vulnerables conforme a la normativa vigente.					Sí☐/NO☐ Justificación: <i>¿Es probable? Sí. El edificio se construyó antes de 1985 y la retirada de elementos con amianto es una actuación prevista durante la obra.</i> <i>¿Es significativo? Sí. La exposición a fibras de amianto está relacionada con enfermedades respiratorias graves y cáncer. El riesgo afecta tanto a personas trabajadoras como al vecindario. Su retirada reduce el riesgo.</i> <i>¿Es altamente deseable? Sí. La retirada segura de amianto es una prioridad sanitaria y está regulada por normativa específica. Su adecuada gestión reduce riesgos y mejora la seguridad ambiental.</i> Grupos especialmente afectados: <i>Residentes del edificio y vecindario próximo, personas mayores y con enfermedades respiratorias previas.</i>
Agentes biológicos					
Evaluar si la propuesta puede influir sobre la exposición de la población a agentes biológicos					
Legionella ¿La propuesta incluye instalaciones con riesgo (fuentes ornamentales, torres de refrigeración, redes de agua caliente sanitaria, riego por aspersión)? ¿Existe un plan de mantenimiento o medidas de prevención?	☐	☐	☐	☐	Sí☐/NO☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Vectores transmisores de enfermedades	☐	☐	☐	☐	Sí☐/NO☐ Justificación:

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
¿Puede influir sobre la presencia de mosquitos, roedores u otros vectores (por ejemplo, acumulación de agua o residuos)? ¿La propuesta contribuye a mejorar el control?					Grupos especialmente afectados:	
Especies alergénicas en vegetación ¿Se prevé la introducción de especies vegetales con potencial alergénico? ¿O bien se contempla su reducción o sustitución por otras especies?	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Otras plagas ¿La propuesta puede favorecer o reducir la presencia de plagas urbanas (cucarachas, palomas, etc.) por cambios en la higiene, residuos u otras condiciones?	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Radiación						
Campos electromagnéticos, riesgo real	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Campos electromagnéticos, comprensión del riesgo (percepción del riesgo)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Radiación ionizante (exposición real) Nota: Incluir, cuando proceda, la clasificación del municipio y del emplazamiento frente al radón según el CTE, atendiendo a la tipología del	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
municipio y a la naturaleza del terreno (p.ej. suelos graníticos u otros con alta emisión de radón).						
Radiación ionizante (percepción del riesgo)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Seguridad del entorno exterior y susceptibilidad a desastres y accidentes graves (riesgos químicos, inundaciones, terremotos, incendios, pandemias, caídas, etc.) Analiza riesgos ambientales o territoriales que afectan a la población por su ubicación.	☐	☐	☐	☐	<i>Ejemplo – Sustitución de viviendas precarias por nueva edificación residencial en un barrio degradado.</i> SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: <i>¿Es probable el cambio? Sí</i> <i>Se incorporan mejoras de drenaje y accesibilidad.</i> <i>¿Podría ser significativa? No. No hay riesgos graves identificados en la zona. Impacto limitado en salud.</i> <i>¿Es deseable? Mejora menor en seguridad urbana/externior.</i> Grupos especialmente afectados: <i>Personas mayores y con movilidad reducida.</i>	
Cambio climático Evaluar si la propuesta puede influir en la exposición o resiliencia de la población frente a efectos asociados al cambio climático						
Clima extremo: exposición a olas de calor, frío extremo, sequías, inundaciones o incendios forestales	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Islas de calor urbanas: capacidad de la propuesta para mitigarlas o agravarlas (por ejemplo, a través del arbolado o la impermeabilización del suelo)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
Temperaturas en interiores: riesgo por falta de climatización o rehabilitación de viviendas	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Plumas de contaminación por incendios forestales y ozono troposférico (O ₃) como agravantes en episodios extremos	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Exposición a alérgenos ambientales	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Restricciones de agua de consumo por sequía	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Impacto sobre salud crónica: afecciones respiratorias y cardiovasculares	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Seguridad alimentaria: riesgo para la producción de alimentos y la nutrición	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Impactos sociales y económicos: desplazamiento, pérdida de productividad, estrés térmico laboral	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Ordenación del territorio					
Disponibilidad de espacios públicos adecuados para las relaciones sociales	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
Disponibilidad de espacios abiertos - zonas verdes y/o azules (espacios/ecosistemas naturales y especies polinizadoras)	☐	☐	☐	☐	<i>Mismo ej.</i> SÍ ☒ /NO ☐ Justificación: ¿Es probable ? <i>Sí. La creación del parque aumentará directamente el acceso a espacios verdes.</i> ¿Es significativa ? <i>Sí. Especialmente para población vulnerable con déficit previo de entornos saludables. Evidencia sólida sobre beneficios de las zonas verdes para salud mental, física y cohesión social.</i> ¿Es deseable ? <i>Sí. Mejora el entorno cotidiano y favorece la equidad en salud.</i> Grupos especialmente afectados: ...
Densidad del tráfico Analiza si la propuesta puede afectar a la densidad del tráfico rodado, ferroviario o aéreo en una zona determinada. Cambios en la densidad del tráfico pueden modificar la exposición de la población a factores de riesgo como contaminación atmosférica, ruido, inseguridad vial o estrés térmico. Este aspecto se relaciona estrechamente con otros determinantes, por lo que debe considerarse de forma integrada.	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Densidad del barrio/área urbana	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
Otros (especificar)						
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
Infraestructuras del transporte/movilidad						
Transporte público (acceso, conectividad y calidad)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Transporte privado	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Desplazamientos activos (incluyendo infraestructuras como carriles bici, aceras seguras, senderos peatonales, y facilidades para caminar o ir en bicicleta)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Seguridad vial	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Tiempos de viaje en salud, educación y atención social	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Tiempos de respuesta ante emergencias	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Consideraciones de accesibilidad para personas con diferentes capacidades sensoriales (visión, audición y percepción)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
del entorno) y movilidad, así como necesidades relacionadas con la edad						
Otros (especificar)						
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
Servicios sanitarios y de asistencia social					Este apartado evalúa el funcionamiento interno de los servicios: calidad, coordinación, atención efectiva y accesibilidad funcional (como horarios, tiempos de espera o adaptación a personas con discapacidad). No se refiere a la existencia física del servicio en el territorio, lo cual se analiza en “Acceso a servicios y bienes básicos”.	
Atención primaria: Accesibilidad, capacidad, continuidad de cuidados, calidad técnica (infraestructuras, equipamientos, implementación de tecnologías innovadoras), prestación del servicio y satisfacción de las personas usuarias.	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Atención especializada: Accesibilidad, capacidad, continuidad de cuidados, calidad técnica (infraestructuras, equipamientos, implementación de tecnologías innovadoras), prestación del servicio y satisfacción de las personas usuarias.	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Servicios de emergencias: Accesibilidad, capacidad de respuesta, calidad técnica (infraestructuras, medios	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES
	SI		NO	DUDOSO	
	Positivo	Negativo			
disponibles), coordinación intersectorial y percepción de seguridad en situaciones críticas.					
Servicios sociales: Accesibilidad, disponibilidad y adecuación a las necesidades de colectivos en situación de vulnerabilidad, continuidad de atención y capacidad de respuesta.	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Servicios dentales: Accesibilidad, asequibilidad, cobertura pública, calidad del servicio y adecuación cultural.	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Oficinas de farmacia: Accesibilidad geográfica y horaria, disponibilidad de medicamentos, atención farmacéutica, coordinación con otros niveles asistenciales y satisfacción de las personas usuarias.	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Contratación y retención de personal	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Preparación para escenarios de emergencia (accidentes y/o desastres graves)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:
Distribución y retención de recursos financieros (por ej., en el área local o a nivel central)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
Acceso a los servicios y bienes básicos					Este apartado evalúa si la población tiene disponibilidad real y efectiva de los servicios básicos: si existen en el entorno próximo, si están distribuidos de forma equitativa y si hay barreras geográficas, económicas, legales o administrativas que dificultan su uso.	
Empleo	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Educativos, formación, habilidades	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Alimentación (acceso a alimentos, incluyendo recursos alimentarios tanto al por menor como al por mayor)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Vivienda Se refiere a la existencia o no de un acceso generalizado a la vivienda como derecho básico. ¿Tiene la población acceso a una vivienda digna? ¿Existe riesgo de hacinamiento? ¿Existen barreras económicas, legales o administrativas?	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Servicios sanitarios ¿Existe un centro de salud en la zona? ¿Está a una distancia razonable? ¿Hay transporte público? ¿Se puede acceder económicamente?	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Servicios y prestaciones sociales	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación:	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
					Grupos especialmente afectados:	
Espacios culturales, de ocio y deportivos	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Internet (señal de internet, dispositivos electrónicos, etc.)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Comercios (tiendas y servicios comerciales)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Servicios financieros (como bancos, cajeros automáticos y opciones de crédito)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Otros servicios (especificar)						
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
Seguridad física de la comunidad (libertad de movimientos, delincuencia)						
Policía/seguridad y respuesta a emergencias	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Delincuencia real y percibida	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Salvaguardia de personas vulnerables (incluyendo prevención de esclavitud moderna y explotación) (3)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Otros (especificar)						

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
Trabajo doméstico y de cuidados	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Otros (especificar)						
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
FACTORES PSICOSOCIALES						
Estrés psicosocial (inseguridad laboral, discriminación)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Bienestar emocional y salud mental (27)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Conciliación de la vida personal, familiar y laboral	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Apoyo, cohesión social, participación e inclusión comunitaria – diseño participativo – zonas para todas las edades – espacios culturales – áreas para mascotas – acceso digital	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Resiliencia individual y colectiva	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación:	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
					Grupos especialmente afectados:	
Seguridad ciudadana percibida (incivismo, delincuencia)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Autonomía o autorresponsabilidad del individuo	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Otros (especificar)						
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
FACTORES CONDUCTUALES (hábitos de vida)						
Actividad física	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Alimentación saludable	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Consumo de tabaco	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Consumo de alcohol	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Consumo de sustancias ilegales	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	

ASPECTOS A EVALUAR	IMPACTO SIGNIFICATIVO				JUSTIFICACIÓN DE INCLUSIÓN/ANOTACIONES	
	SI		NO	DUDOSO		
	Positivo	Negativo				
Otras conductas adictivas (adicciones sin sustancia. Ej., juego <i>online</i> , adicciones tecnológicas, etc.)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Práctica de sexo seguro	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Participación en actividades sociales, intergeneracionales y culturales (encuentros vecinales, actividades entre generaciones, eventos culturales comunitarios)	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Sueño	☐	☐	☐	☐	SÍ ☐ /NO ☐ Justificación: Grupos especialmente afectados:	
Otros (especificar)						
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		

Herramienta para la planificación y gestión de la EIS

Los siguientes datos servirán como base para algunas de las demás herramientas y recursos. No obstante, es posible que sea necesario ajustar las conclusiones iniciales después de revisar y completar otras secciones.

Detalles sobre la planificación y gestión de la EIS (3,28,30)	Registro de información
Gobernanza	
Plazos de la EIS - Definir las escalas de tiempo de la toma de decisiones de la propuesta (incluidos los momentos en que se adoptan las decisiones cruciales). - Alinear el calendario de la EIS con esas escalas temporales para asegurar que sus resultados puedan incorporarse a la decisión final.	
¿La evaluación debe ser un ejercicio interno o se debe encargar a alguien que la realice?	
¿Debe crearse un equipo de coordinación / responsable de la EIS ? Nota: Complete las filas sombreadas en un tono más claro solo si la respuesta es afirmativa.	☐ Sí ☐ No
Composición del equipo ¿Quién debería participar? - Proponer un máximo de 12 miembros - Incluir a las personas responsables de la toma de decisiones de la propuesta	
Responsabilidades - Persona coordinadora del equipo - Limitación de competencias, si procede (por ejemplo, ausencia de capacidad para tomar decisiones finales)	
Fecha y lugar de las reuniones	
Funciones Indique qué persona/s o entidad/es se encargará(n) de las siguientes tareas (según corresponda):	
Revisión de literatura científica (p. ej., PubMed)	
Revisión de prioridades sanitarias	
Perfil de la comunidad / datos de referencia	
Revisión del contexto de política de salud	

Analizar si la propuesta está alineada con los planes, estrategias y prioridades de salud pública vigentes.	
Consulta con partes interesadas / revisión de documentación relevante sobre los determinantes priorizados	
Revisión normativa / cumplimiento normativo Comprobar si la propuesta cumple con la legislación vigente en salud, medio ambiente, accesibilidad, igualdad, etc.	
Identificación de indicadores de seguimiento pertinentes	
Tareas administrativas y logísticas (convocatorias, reservas, envíos)	
Redacción de documentos/informes (como informe de cribado o documento final de EIS de la parte promotora)	
Control de calidad de los documentos/informes (interno o externo)	
Difusión de resultados	
Evaluación de la evidencia, conclusiones y recomendaciones	
Seguimiento y ajuste de medidas según los resultados de la EIS	
Evaluación del proceso de la EIS (cuándo y por quién)	
Recursos financieros y humanos disponibles ¿Qué recursos se prevén para implementar la EIS?: • Recursos humanos (elaboración y revisión de EIS) • Costes logísticos (espacios, traslados, dietas...) • Costes asociados a la difusión de los resultados • Costos de evaluación del proceso	
Proceso	
Nivel	☐ Nivel estratégico (políticas, estrategias, planes o programas nuevos o modificados). ☐ Nivel de proyecto (proyectos de desarrollo individuales).
Tipo de EIS ¿Qué tipo de evaluación es necesaria y/o posible en el tiempo disponible?	☐ Mini o de escritorio ☐ Rápida ☐ Completa
Acotación del alcance Indicar si la determinación del alcance afecta a todo el proceso o solo a algunas fases. Justificar decisiones (qué se incluye y qué no, y por qué)	
Herramientas que se utilizarán Ej. Anexo 6...	
Datos que serán recopilados	

• Tipo de pruebas: literatura, datos de referencia, conocimientos de expertos o comunidad. • Naturaleza de la evidencia: técnica, cualitativa, comunitaria. • Métodos para: - Recopilar pruebas - Formular medidas	
¿Quiénes son las partes interesadas y qué métodos se utilizarán para recopilar sus conocimientos y perspectivas?	
¿Cómo se presentarán los resultados de la EIS? (por ejemplo, lista de verificación y/o narrativa razonada) ¿Cómo se difundirán los resultados de la EIS?	
Presentación de documentos/informes: ¿existen mecanismos de aseguramiento de la calidad?	
¿Existen mecanismos para revisar el proceso de EIS, reflexionar sobre él y supervisar su influencia y resultados? En caso afirmativo, indique el plan general o esquema previsto.	
Objetivos y enfoque	
¿Cuál es la justificación de la EIS ? Considere, ¿cuál es la pregunta que debe ser respondida por la evaluación? Por ejemplo: para comprender o evidenciar los impactos en la salud; informar o influir en una decisión; mejorar el impacto en la salud y el bienestar, desarrollar un plan de evaluación y seguimiento, o todo lo anterior / otro.	
Objetivos de salud de la propuesta	
¿En qué elementos de la propuesta debe centrarse la evaluación? La herramienta de cribado identifica los elementos de la propuesta con mayor potencial de generar impactos en la salud, priorizando aquellos que requieren un análisis más detallado. En la fase de determinación del alcance, esta selección se refina, matizando qué aspectos específicos deben ser evaluados en profundidad y estableciendo criterios para su análisis.	
¿Existen otras zonas o comunidades, más allá de la zona de influencia principal, que puedan verse afectadas y deban ser incluidas en el análisis? Justifique su inclusión si procede (por ejemplo, por efectos acumulativos, exposición prolongada o desigualdades territoriales)	

Anexo 6. Descripción de los impactos a analizar

Tras la determinación del alcance, es necesario evaluar si existe evidencia y datos suficientes para realizar un análisis cuantitativo, cualitativo o, en su defecto, mantener los efectos bajo vigilancia durante la implementación de la propuesta.

Para ello, se ha empleado una **matriz de descripción** que permite analizar los posibles efectos de la propuesta sobre los determinantes de salud, diferenciando por poblaciones de interés. Este análisis inicial ayuda a:

- **Desarrollar un plan de análisis** y un primer esbozo de plan de vigilancia, ajustable conforme avance la evaluación.
- **Optimizar recursos**, determinando si ciertos análisis pueden realizarse de manera conjunta en diferentes poblaciones.
- **Identificar impactos acumulativos y sinérgicos**, evaluando cómo los efectos interactúan dentro de la propuesta.

La clasificación de impactos se puede realizar mediante distintas estrategias, según la solidez de la evidencia y la disponibilidad de datos. En el caso práctico presentado, se ha empleado una matriz de estratificación, aunque también podrían utilizarse clasificaciones, diagramas o redes de relaciones.

Caso práctico

Se plantea un **proyecto** de transformación de una zona descampada en una zona verde en el entorno urbano de Madrid, que incluirá una zona de ejercicio, un área infantil y mesas de merendero. Durante la fase de determinación del alcance, se han identificado los siguientes aspectos clave:

Poblaciones de interés	Efectos esperados sobre el entorno	Respuesta en salud
- Población infantil - Residentes a 1Km del área de intervención - Personas con movilidad reducida	1. Aumento de instalación deportiva 2. Aumento de espacios de reunión 3. Mejora de calidad del aire	a. Cohesión social b. Enfermedad cardiovascular c. Enfermedades infecciosas

A partir de la tabla, se analiza cómo los cambios en el entorno (instalaciones deportivas, espacios de reunión y calidad del aire) pueden influir en distintas respuestas en salud (cohesión social, enfermedad cardiovascular y enfermedades infecciosas), diferenciando por población de interés.

Metodología

Se ha utilizado una **matriz de estratificación 3x3**, cruzando el nivel de evidencia científica y técnica con la disponibilidad de datos cuantitativos. Se emplea el siguiente código de colores:

Evidencia				Dato cuantitativo
-	intermedio = (i)	+		
			-	
			(i)	
			+	

A partir de esta matriz, se han realizado valoraciones específicas para los tres grupos de población: población infantil, población residente a 1 km del área de la propuesta y personas con movilidad reducida.

Población infantil

Se ha revisado la **evidencia** científica de los últimos 7 años, priorizando revisiones sistemáticas y metaanálisis:

- Instalaciones deportivas:**
 La evidencia sobre su relación con la **cohesión social** es débil, aunque algunos artículos sugieren un posible efecto positivo por lo que la valoraremos de intermedio al ser una población vulnerable (i) (39)
 En cambio, se encuentra abundante evidencia (+) sobre su impacto en la reducción del riesgo de **enfermedad cardiovascular**.
 Para **enfermedades infecciosas**, la evidencia es escasa y limitada (-) al contexto de la COVID-19.
- Espacios de reunión:**
 No hay evidencia sólida sobre su efecto en **cohesión social** en población infantil (-). Sin embargo, algunos estudios sobre **población general** sugieren un posible impacto positivo, que podría extrapolarse con precaución (40,41).
 Se ha descrito que el fortalecimiento de las conexiones sociales puede mejorar la **salud cardiovascular** (+) (42).
 No se ha encontrado evidencia significativa sobre **enfermedades infecciosas** (-).
- Calidad del aire:**
 No se encontró evidencia sobre su relación con la **cohesión social** infantil (-).
 Sí existe evidencia sobre su impacto en la **salud cardiovascular** (+) y en **enfermedades infecciosas**, especialmente respiratorias (+) (43–49).

Matriz de evidencia de población infantil:

	a (cs)	b (cv)	c (inf)
1 (dep)	i	+	-
2 (reu)	-	+	-
3 (aire)	-	+	+

Disponibilidad de datos

- Cohesión social: No existen datos explotables a nivel del ayuntamiento de Madrid (-).
- Enfermedad cardiovascular: Datos disponibles (+)

- Enfermedades infecciosas: Datos especialmente protegidos. Accesibles bajo solicitud (i).

Matriz de disponibilidad de dato de población infantil:

	a (cs)	b (cv)	c (inf)
1 (dep)	-	+	i
2 (reu)	-	+	i
3 (aire)	-	+	i

Conclusión de la descripción:

	a (cs)	b (cv)	c (inf)
1 (dep)			
2 (reu)			
3 (aire)			

Población general residente a 1 km del área de la propuesta

Se ha revisado la **evidencia** científica de los últimos 7 años, priorizando revisiones sistemáticas y metaanálisis:

- *Instalaciones deportivas:*
La evidencia sobre su relación con la **cohesión social** no es muy abundante, pero se reconoce el beneficio del deporte en general, especialmente en deportes colectivos. Por ello, podemos esperar impactos en el mismo sentido ya que estas instalaciones incentivan la realización de deportes de equipo (+) (50,51)
Existe amplia evidencia sobre su efecto positivo en la **salud cardiovascular** (+) (52,53).
En cuanto a **enfermedades infecciosas**, aunque hay poca evidencia directa, sí se encuentra evidencia sólida que respalda que la realización de actividades deportivas mejora los resultados en salud vinculados a brotes de enfermedades infecciosas por lo que, facilitar el acceso a instalaciones deportivas puede mejorar los resultados en este sentido en la población general (i) (54).
- *Espacios de reunión:* No hay evidencia sólida sobre su impacto directo.
Sin embargo, se reconoce que una mayor socialización puede mejorar la **cohesión social** (i) y reducir **riesgos cardiovasculares** (i) (41, 55–56).
Respecto a **enfermedades infecciosas**, el aumento del contacto social podría aumentar las oportunidades de transmisión, pero la evidencia recogida es mayoritariamente de la experiencia en el manejo del COVID-19 (i) (57–59).
- *Calidad del aire:*
Poca evidencia sobre **cohesión social** (-).
Se encuentra ampliamente documentada su influencia en **enfermedades cardiovasculares** (+) y **respiratorias** (+) (60–62).

Matriz de evidencia de población general:

	a (cs)	b (cv)	c (inf)
1 (dep)	+	+	i

2 (reu)	i	i	i
3 (aire)	-	+	+

Disponibilidad de datos población general

- Cohesión social: Dificultad para encontrar datos específicos en Madrid (-).
- Enfermedad cardiovascular: Datos disponibles (+)
- Enfermedades infecciosas: Datos disponibles en el portal del IESP (+)

Matriz de disponibilidad de dato de población general:

	a (cs)	b (cv)	c (inf)
1 (dep)	-	+	+
2 (reu)	-	+	+
3 (aire)	-	+	+

Conclusión de la descripción:

	a (cs)	b (cv)	c (inf)
1 (dep)			
2 (reu)			
3 (aire)			

Población con movilidad reducida

Existe poca evidencia consolidada sobre los efectos de los factores evaluados en los resultados en salud de esta población en concreto. Se esperan resultados en la misma dirección que los descritos para población general, pero al no haber una evidencia sólida, la matriz de evidencia para esta población queda de la siguiente manera:

	a (cs)	b (cv)	c (inf)
1 (dep)	i	i	-
2 (reu)	-	-	-
3 (aire)	-	i	i

Los datos no se presentan con facilidad estratificados por el rasgo de movilidad por lo que su disponibilidad se ve reducida. La matriz de disponibilidad de dato quedará de la siguiente forma:

	a (cs)	b (cv)	c (inf)
1 (dep)	-	i	i
2 (reu)	-	i	i
3 (aire)	-	i	i

Por lo que la conclusión de la descripción sería la siguiente:

	a	b	c
1			
2			
3			

Lo que sugiere que esta población debe someterse a una vigilancia especial, ya que al no tener referencias claras debemos ser capaces de identificar efectos específicos de las acciones a desarrollar en esta población en caso de que estos ocurrieran.

Conclusiones

Los resultados de esta primera aproximación sugieren que las medidas propuestas para la población residente a menos de 1Km de la propuesta serán efectivos para todos los grupos poblacionales explorados.

Se detecta un **efecto acumulativo** en esta población, ya que se ve afectada simultáneamente por el aumento de instalaciones deportivas, la creación de espacios de reunión y la mejora de la calidad del aire. Debido a esta acumulación de impactos, se requiere un análisis más detallado.

La enfermedad cardiovascular es, especialmente, el factor en salud que más impacto va a recibir por la propuesta.

Descripción de los impactos y propuesta de evaluación

1. Impacto sobre la cohesión social debido al aumento de instalaciones deportivas en población infantil, población general y población con movilidad reducida: propuesto para incluir en el **Plan de Vigilancia**.
2. Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de instalaciones deportivas, el aumento de la oportunidad de reunión y el aumento de la calidad del aire en población infantil y general: Propuesto para **evaluación completa**.
3. Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de instalaciones deportivas, el aumento de la oportunidad de reunión y el aumento de la calidad del aire en población con movilidad reducida: propuesto para incluir en el **Plan de Vigilancia**.
4. Impacto sobre enfermedades infecciosas de las instalaciones deportivas, el aumento de la oportunidad de reunión y la calidad del aire en población general: propuesto para **evaluación completa**.
5. Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de las instalaciones deportivas, el aumento de la oportunidad de reunión y la calidad del aire en población infantil y de movilidad reducida: propuesto para incluir en el **Plan de Vigilancia**.

Anexo 7. Propuesta de análisis de susceptibilidad de la población

El análisis de la susceptibilidad permite valorar la capacidad de diferentes grupos poblacionales para adaptarse a los cambios derivados de una propuesta. No todos los atributos tienen el mismo peso en todos los contextos, por lo que se propone un sistema de ponderación.

Metodología

1. **Asignación de pesos:** Se sugiere que un grupo compuesto por personas expertas y representantes de partes interesadas puntúe la relevancia de cada atributo de susceptibilidad (escala de 1 a 5), seleccionando así los cinco atributos más relevantes para la propuesta. Dos de los atributos deberán quedar fuera de consideración en esta valoración.

Para facilitar la determinación de esos pesos se utilizará una tabla como la que se propone. En esta tabla tenemos un identificador por atributo de susceptibilidad y una columna por cada persona que este involucrada en la valoración de los atributos. El total de la valoración será la suma de las valoraciones aportadas por las personas expertas y la media el peso final del atributo.

Identificador (ID)	Atributos	Val1	Val2	Val3	Val4	Val5	Total	Media
A	Accesibilidad a SNS							m _A
B	Privación de instalaciones							m _B
C	Barreras físicas							m _C
D	Exposición y estado de salud							m _D
E	Aceptabilidad							m _E
F	Resiliencia							m _F
G	Afección a recursos compartidos							m _G

2. **Valoración de susceptibilidad:** Se asignan puntuaciones a cada atributo por impacto analizado, utilizando una matriz estructurada (ver Tabla 3).

En esta tabla se representan los distintos atributos, junto con los pesos asignados en el paso anterior. Para cada atributo se establece una puntuación que refleja la susceptibilidad de la población implicada en el impacto correspondiente. A mayor puntuación, mayor será la susceptibilidad de la población evaluada.

Para poder estandarizar esta medida entre 0 y 1 y permitir la comparación entre impactos, es necesario identificar el valor máximo y mínimo que puede alcanzar la puntuación total de susceptibilidad. La delimitación de este intervalo será clave para el cálculo posterior del valor estandarizado.

Tabla 3. Puntuación de atributos

Signo	A - Accesibilidad al SNS Condicionado por peso m_A	B - Privación de instalaciones Condicionado por peso m_B	C - Barreras físicas Condicionado por peso m_C	D - Exposición y estado de salud Condicionado por peso m_D	E - Aceptabilidad Condicionado por peso m_E	F - Resiliencia Condicionado por peso m_F	G - Afección a recursos compartidos Condicionado por peso m_G
- : se prevé que el impacto tenga un efecto negativo sobre la población + : se prevé que el impacto tenga un efecto positivo sobre la población	1: Su efecto sobre la accesibilidad al SNS es limitado 2: Su efecto sobre el SNS puede modificar determinantes en salud 3: Su efecto en el SNS impacta directamente sobre la salud 4: Su efecto sobre el SNS afecta al suministro de sanidad a la población afectada	1: Tiene un efecto modesto sobre el acceso a las instalaciones 2: Tiene un efecto medio sobre el acceso a las instalaciones 3: Tiene un gran efecto sobre el acceso a las instalaciones	1: Aumenta el esfuerzo necesario para acceder a una instalación 2: Dificulta significativamente el acceso a una instalación 3: Imposibilita el acceso a una instalación	1: Supone un cambio leve en la exposición o agente determinante para la salud 2: Supone un cambio medio en la exposición o agente determinante para la salud 3: Supone un cambio alto en la exposición o agente determinante para la salud	1: Grado de aceptación alto 2: Grado de aceptación medio 3: Grado de aceptación bajo	1: El impacto puede ser absorbido por la población expuesta 2: El impacto no puede ser absorbido por la población expuesta	0: No afecta a un recurso compartido de manera directa 1: Si afecta a un recurso compartido de manera directa
VALOR MÁXIMO	$m_A \times 4 = X_A$	$m_B \times 3 = X_B$	$m_C \times 3 = X_C$	$m_D \times 3 = X_D$	$m_E \times 3 = X_E$	$m_F \times 2 = X_F$	$m_G \times 1 = X_G$

VALOR MÍNIMO	$m_A \times 1 = Y_A$	$m_B \times 1 = Y_B$	$m_C \times 1 = Y_C$	$m_D \times 1 = Y_D$	$m_E \times 1 = Y_E$	$m_F \times 1 = Y_F$	$m_G \times 0 = Y_G$
Puntuación máxima posible	$X_A + X_B + X_C + X_D + X_E + X_F + X_G = X$						
(Suma de las puntuaciones máximas posibles de cada uno de los atributos multiplicados por sus pesos)							
Puntuación mínima posible	$Y_A + Y_B + Y_C + Y_D + Y_E + Y_F + Y_G = Y$						
(Suma de las puntuaciones mínimas posibles de cada uno de los atributos multiplicados por sus pesos)							

3. **Cálculo de la susceptibilidad de cada impacto (Z_x):** Por cada impacto se da una puntuación por atributo, ponderada por los pesos calculados. De tal manera que el cálculo de la susceptibilidad total sigue la siguiente estructura:

Impacto 1= $m_A \times$ puntuación del atributo A + $m_B \times$ puntuación del atributo B + $m_C \times$ puntuación del atributo C + $m_D \times$ puntuación del atributo D + $m_E \times$ puntuación del atributo E + $m_F \times$ puntuación del atributo F + $m_G \times$ puntuación del atributo G = (Z_1)

4. **Cálculo del valor estandarizado:** Es importante para la comparación entre susceptibilidades de distintas propuestas. La puntuación total obtenida para cada impacto se transforma en una escala de 0 a 1 mediante la fórmula:

$$\text{Valor estándar} = \frac{\text{Valor obtenido} - \text{Valor min}}{\text{Valor max} - \text{Valor min}} = \frac{Zx - Y}{X - Y}$$

5. **Determinación del nivel de susceptibilidad:** Esto permite priorizar los impactos en función de los efectos sobre la susceptibilidad de la población. Según el valor estandarizado obtenido, se clasifica el nivel de susceptibilidad como:

Valor estandarizado	Determinación de susceptibilidad para impactos de signo negativo	Determinación de susceptibilidad para impactos de signo positivo
0 - 0,25	Compatible	Compatible
0,26 - 0,5	Moderado	Moderado
0,6 - 0,75	Severo	Oportuno
0,76 - 1	Crítico	Esencial

Una vez dados los pesos se usará una **matriz** como herramienta de representación del proceso de asignación de puntuaciones de atributos a cada uno de los impactos descritos dentro de la propuesta, así como la susceptibilidad resultante.

Impacto	Signo	A	B	C	D	E	F	G	Total (Z_x)	Estándar	Susceptibilidad
	Elija un signo.										Elija un nivel.
	Elija un signo.										Elija un nivel.
	Elija un signo.										Elija un nivel.
	Elija un signo.										Elija un nivel.
	Elija un signo.										Elija un nivel.
	Elija un signo.										Elija un nivel.

Caso práctico

Para el mismo proyecto del anexo 6 se calculan los pesos de los atributos de susceptibilidad.

ID	Atributos	Val1	Val2	Val3	Val4	Val5	Total	Media
A	Accesibilidad a SNS	0	0	0	0	0	0	0
B	Privación de instalaciones	5	5	5	5	5	25	5
C	Barreras físicas	0	0	0	0	0	0	0
D	Exposición y estado de salud	1	2	1	4	3	11	2,2
E	Aceptabilidad	4	1	3	3	4	15	3
F	Resiliencia	2	3	4	2	1	12	2,4
G	Afección a recursos compartidos	3	4	2	1	2	12	2,4

Para nuestro caso práctico los atributos de Accesibilidad al SNS y las barreras físicas quedan fuera de consideración en la evaluación. Se utilizará como tabla de asignación de puntos a los atributos la propuesta que se encuentra en la Tabla 3.

Puntuación máxima posible	37,8
(Suma de las puntuaciones máximas posibles de cada uno de los atributos multiplicados por sus pesos)	
Puntuación mínima posible	12,6

(Suma de las puntuaciones mínimas posibles de cada uno de los atributos multiplicados por sus pesos)	
--	--

Recordamos los impactos descritos propuestos para evaluación completa:

1. Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de instalaciones deportivas en población infantil
2. Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la oportunidad de reunión en población infantil
3. Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la calidad del aire en población infantil
4. Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de instalaciones deportivas en población general
5. Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la oportunidad de reunión en población general
6. Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la calidad del aire en población general
7. Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de instalaciones deportivas en población general
8. Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la oportunidad de reunión en población general
9. Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la calidad del aire en población general

La matriz de determinación del grado de susceptibilidad quedaría de la siguiente manera:

Impacto	Signo	A	B	C	D	E	F	G	Total (Z_x)	Estándar	Susceptibilidad
1	+	0	5	0	2,2	3	2,4	2,4	15	0,09	Compatible
2	+	0	5	0	2,2	3	2,4	0	12,6	0	Compatible
3	+	0	15	0	4,4	3	2,4	2,4	27,2	0,57	Oportuno
4	+	0	15	0	6,6	3	2,4	2,4	29,4	0,67	Oportuno
5	+	0	10	0	4,4	3	2,4	0	19,8	0,29	Moderado
6	+	0	15	0	6,6	3	2,4	2,4	29,4	0,67	Oportuno
7	+	0	15	0	2,2	3	4,8	0	25	0,49	Moderado
8	-	0	5	0	6,6	9	4,8	2,4	27,8	0,60	Severo
9	+	0	15	0	2,2	3	4,8	0	25	0,49	Moderado

Anexo 8. Propuesta de análisis de la magnitud del impacto

El análisis de la magnitud busca estimar la intensidad del cambio que puede provocar la propuesta en la salud de la población. Puede abordarse mediante métodos **cuantitativos, cualitativos o mixtos**, según el tipo de datos disponibles, el contexto territorial y poblacional, y la naturaleza del impacto.

Dada esta variabilidad, **no existe un único protocolo válido** para todas las situaciones. En muchos casos, una valoración completa será difícil o incluso imposible. Por ello, se recomienda apoyarse en la bibliografía científica existente con dos objetivos:

1. **Determinar qué parámetros de magnitud son medibles** (por ejemplo, escala, exposición, duración...) y cómo analizarlos según los datos disponibles.
2. **Inferir la magnitud del impacto sobre la salud** en base a revisiones sistemáticas, metaanálisis u otros estudios de calidad (cohorte, ensayos, caso-control).

Una vez estimada la magnitud de cada impacto, se establece una clasificación basada en su efecto esperado y su signo (positivo o negativo, previamente determinado en la fase de susceptibilidad):

Impacto negativo	Impacto positivo	Justificación
No determinable		El cambio previsto no es lo suficientemente significativo como para generar un efecto mensurable en la salud de la población objeto, según la evidencia disponible. No debe confundirse con la ausencia de datos o la imposibilidad de análisis. De hecho, puede existir información científica o modelizaciones que indiquen la dirección del efecto (beneficio o perjuicio), pero si se estima que el resultado de la implementación del PEPPP no genera una modificación lo suficientemente robusta como para aseverar una respuesta en salud cuantificable, es baja o incierta, se considera no determinable a efectos de clasificación. Todos los impactos clasificados como no determinables deben incluirse en el Plan de Vigilancia, con el fin de monitorizar posibles efectos reales tras la implementación y disponer de evidencia para futuras evaluaciones. Siempre que sea posible, se recomienda acompañar esta categoría de una justificación cualitativa que incluya la dirección esperada del efecto, el grado de certeza, y los supuestos clave en los que se basa la estimación.
No deseable	Deseable	El cambio es lo suficientemente grande como para generar un efecto sobre la salud de la población objeto, pero existen otras fuentes que generan el mismo impacto.

Severo	Muy deseable	El cambio es lo suficientemente grande como para generar un efecto en la salud de la población objeto y no existen otras fuentes de impacto relacionadas.
--------	--------------	---

Caso práctico

Recuperamos los impactos identificados en Anexo 6 y 7:

1. Impacto positivo sobre incidencia de enfermedades cardiovasculares por el aumento de instalaciones deportivas en población infantil
2. Impacto positivo sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la oportunidad de reunión en población infantil
3. Impacto positivo sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la calidad del aire en población infantil
4. Impacto positivo sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de instalaciones deportivas en población general
5. Impacto positivo sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la oportunidad de reunión en población general
6. Impacto positivo sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la calidad del aire en población general
7. Impacto positivo sobre enfermedades infecciosas por el aumento de instalaciones deportivas en población general
8. Impacto negativo sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la oportunidad de reunión en población general
9. Impacto positivo sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la calidad del aire en población general

Instalaciones deportivas y enfermedad cardiovascular

Recordamos que, según la descripción del proyecto, un área descampada va a cambiar a zona verde y va a ser provista de instalaciones deportivas al aire libre.

Uno de los parámetros que pueden determinar la magnitud del impacto es la **escala**. En este caso, según la descripción del proyecto, la superficie destinada a ejercicio físico es de 115m².

Como partimos de un área descampada, el incremento en escala del espacio destinado a actividad física será de 115m².

Según la evidencia, un estudio de cohortes encontró una reducción del 30% en el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular debido a la presencia de instalaciones deportivas (63), por lo que podemos determinar que la implantación de esta medida contribuirá a mejorar la salud cardiovascular de la población que vive a 1km de las inmediaciones de la propuesta.

Podemos, por tanto, determinar que este efecto es **muy deseable**.

Mantenemos esta magnitud de impacto para las dos poblaciones propuestas ya que en la población infantil estos beneficios esperados tienen un mayor impacto en su calidad de vida a largo plazo.

Aumento de espacios de reunión y enfermedad cardiovascular

Recordamos que, un área descampada va a cambiar a zona verde con mesas de merendero.

Se estima que las personas que utilizan espacios verdes en su día a día para el ocio social tienen una reducción de entre un 20% y un 30% en el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares (64,65).

Dado que pasamos de no tener ningún tipo de comodidad en este sentido a disfrutar de espacio verde con instalaciones para la realización del ocio consideramos que la magnitud de este impacto es **deseable** para la población general e infantil.

Calidad del aire y enfermedad cardiovascular

Recordamos que, un área descampada va a cambiar a área verde. Esto supondrá un cambio en la concentración del material particulado.

Parámetro considerado: **exposición** al factor de riesgo.

Actualmente, la concentración media de $PM_{2,5}$ en la zona es de $25 \mu g/m^3$ diarios. Tras la implementación de la propuesta, se ha estimado que esta concentración podría reducirse a una media de $17 \mu g/m^3$ diarios, lo que supone una disminución de $8 \mu g/m^3$.

La evidencia científica disponible indica que por cada incremento de $10 \mu g/m^3$ en los niveles de $PM_{2,5}$ se produce un aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares (66). Este valor **no debe entenderse como un umbral**, sino como la **unidad de medida del efecto estimado**. Reducciones menores también se asocian a una disminución proporcional del riesgo. Así, una reducción de $8 \mu g/m^3$ —como la estimada en este caso— puede implicar un beneficio para la salud.

No obstante, considerando la magnitud del cambio y la evidencia disponible, se concluye que no se espera un efecto suficientemente significativo a nivel poblacional como para ser mensurable. Por ello, este impacto se clasifica como **no determinable**, y se propone su integración en el Plan de Vigilancia para la población general.

Nota aclaratoria: El término no determinable no implica la ausencia de datos o herramientas para estimar el impacto, sino que, según la magnitud del cambio prevista y la evidencia disponible, no se espera un efecto en salud claramente observable o cuantificable a nivel poblacional. No debe confundirse con no medible ni con no cuantificable.

Recomendación metodológica: La calidad del aire es uno de los determinantes más frecuentes con impacto significativo en salud. Se recomienda que los equipos de EIS cuenten con al menos una persona experta en aire y salud, familiarizada con herramientas como AIRQ+, para facilitar el análisis y la estimación de beneficios esperados.

Por otro lado, dado que los niños se encuentran en una etapa de desarrollo y son más susceptibles a contaminantes ambientales, es razonable inferir que esta mejora en la calidad del aire puede tener un impacto significativo en su salud a largo plazo. Por tanto, para este grupo poblacional, se determina un efecto **deseable**.

Instalaciones deportivas y enfermedad infecciosa

Recordamos que, un área descampada va a cambiar a zona verde y va a ser provista de instalaciones deportivas al aire libre.

Se ha descrito que la realización de deporte mejora las condiciones del sistema inmune para la población general. Sin embargo, no se sabe cómo afecta la disponibilidad de estas instalaciones deportivas al sistema inmune, por lo que la magnitud de este impacto es **no determinable**.

Dado a que la actividad deportiva se realiza al aire libre no podemos determinar que vaya a haber interacciones diferentes a las que se pueden registrar al aumento de espacios de reunión y enfermedad infecciosa en población general.

Aumento de espacios de reunión y enfermedad infecciosa

Recordamos que, un área descampada va a cambiar a zona verde con mesas de merendero.

Estas mesas aumentan la probabilidad de la celebración de reuniones alrededor de ellas. La gran mayoría de artículos recientes que estiman este riesgo se basan en datos extraídos de la Pandemia de COVID-19. Las conclusiones son una elevación de entre un 70-80%, casi 7 veces más probable un contagio por medio de este tipo de reuniones que si no se produjeran (67). Dado que no estamos en una situación parecida y que el impacto tiene signo negativo se estima que este impacto tiene una magnitud **no deseable**.

Calidad del aire y enfermedad infecciosa

Recordamos que un área descampada va a transformarse en zona verde. Esto supondrá un cambio en la concentración del material particulado.

Uno de los parámetros que pueden determinar la magnitud de un impacto es la **exposición** al factor de riesgo. Actualmente, la concentración media de PM_{2,5} en la zona es de 25 µg/m³ diarios. Tras la implementación de la propuesta, se ha estimado que esta concentración podría reducirse a una media de 17 µg/m³ diarios, lo que supone una disminución de 8 µg/m³.

Un metaanálisis reciente encontró que por cada incremento de 10 µg/m³ en los niveles de PM_{2,5}, el riesgo de enfermedad infecciosa respiratoria aumentaba en torno a un 1,5%, junto con un potencial deterioro de la respuesta inmunitaria (68). Este valor no representa un umbral, sino una referencia del efecto observado. Reducciones menores, como la estimada, podrían asociarse con mejoras en salud, pero no permiten estimar con precisión un efecto mensurable en la población general.

Por tanto, se concluye que este impacto es **no determinable** en términos de magnitud, y se propone su integración en el Plan de Vigilancia para todos los grupos poblacionales.

Anexo 9. Propuesta para la caracterización del impacto

Recapitulamos los criterios necesarios para el análisis de la significación explicados en el cuerpo de esta guía:

- Resultados de evaluación de susceptibilidad y magnitud
- Consenso científico
- Cambios en la situación basal

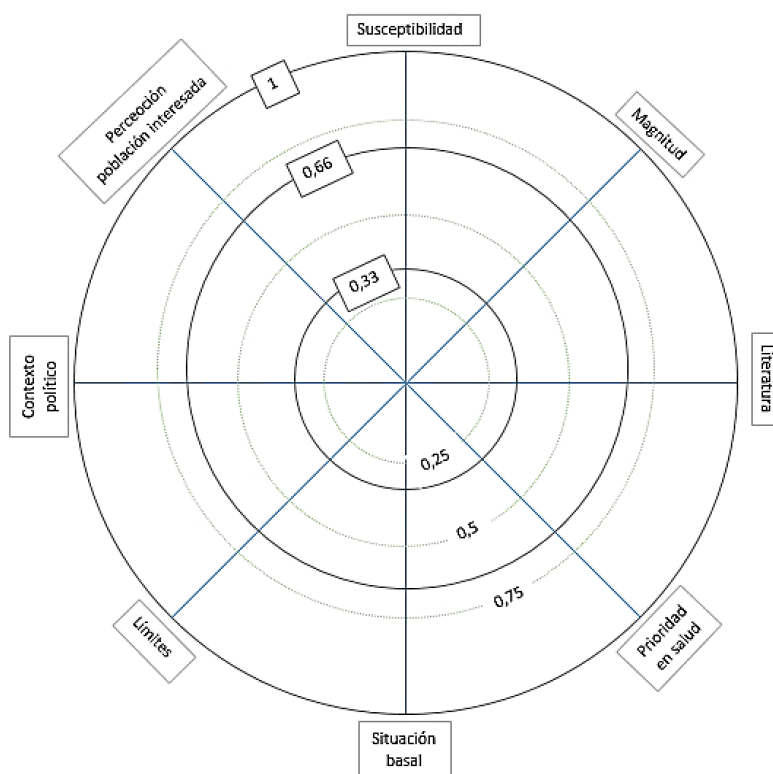
- Prioridades en salud
- Contexto sociopolítico
- Límites regulatorios
- Percepción de la población

Gracias al trabajo desarrollado hasta este punto de la evaluación, en los apartados de participación ciudadana, alcance y análisis, podemos transformar estos parámetros en **valores cuantitativos** siguiendo la tabla 4.

Tabla 4. Asignación de valores para la caracterización de la significación.

Aspecto de significación	Valor cualitativo	Valor cuantitativo
Susceptibilidad	Obtenido desde el análisis	Obtenido desde el análisis
Magnitud	No determinable	0
	Deseable	0,33
	No deseable	0,66
	Severo/Muy deseable	1
Consenso científico	Sin evidencia	0
	Evidencia en bibliografía gris	0,33
	Evidencia científica parcial	0,66
	Evidencia científica consolidada	1
Cambios en la situación basal	Magnitud no determinable/ Magnitud deseable o muy deseable	0
	Magnitud no deseable con probable mitigación	0,25
	Magnitud no deseable sin probable mitigación	0,5
	Magnitud severa con probable mitigación	0,75
	Magnitud severa sin probable mitigación	1
Prioridades en políticas de salud	No incluido	0
	Incluido en líneas de trabajo de gobierno	0,33
	Incluido en planes estratégicos	0,66
	Incluido en proyectos de ley	1
Contexto sociopolítico	No influye en iniciativas ni políticas preexistentes	0
	Influye de manera indirecta en una iniciativa en salud	0,25
	Influye de manera directa en una iniciativa en salud	0,5
	Influye de manera indirecta sobre alguna política	0,75
	Influye de manera directa sobre alguna política	1
Límites regulatorios	No afecta al cumplimiento de los límites o umbrales propuestos por legislación vigente	0
	Afecta parcialmente al cumplimiento de los límites o umbrales propuestos por legislación vigente	0,33
	Afecta significativamente al cumplimiento de los límites o umbrales propuestos por legislación vigente	0,66
	Modifica los límites o umbrales propuestos por la legislación vigente	1
Percepción de la población	Indiferencia de los colectivos afectados hacia el impacto	0
	Implicación escasa de los colectivos afectados hacia el impacto	0,33
	Implicación moderada de los colectivos afectados hacia el impacto	0,66
	Gran implicación de los colectivos afectados hacia el impacto	1

Una vez asignados los valores cuantitativos a cada criterio, se utiliza un **gráfico radial de 8 ejes** para representar visualmente el nivel de significación de cada impacto.



Una vez colocada la puntuación en el diagrama se calculará el área del polígono que forme.

Sabiendo que el radio de la circunferencia es 1, podemos normalizar el resultado obtenido. El valor del área del octógono regular intrínseco a la circunferencia es de 2,84 (área del polígono si todos los aspectos son altamente significativos). Fórmula de normalización:

$$\text{Valor significancia} = \frac{\text{área del polígono}}{2,84}$$

Esto nos permitirá obtener un **valor final entre 0 y 1**, que facilita la **priorización de los impactos** según su nivel de efecto y significación. A partir de este valor, se podrá **clasificar cada impacto** en una de las siguientes categorías:

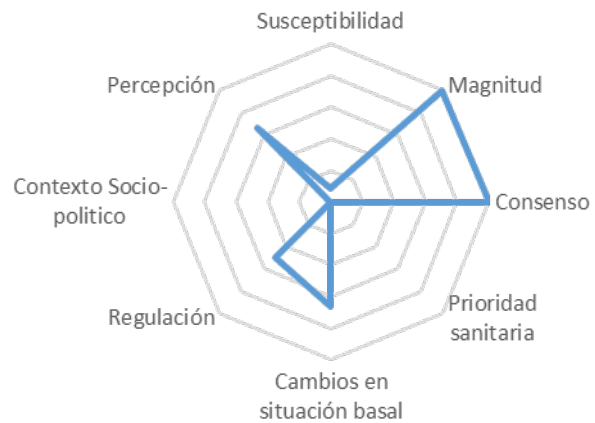
Valor estandarizado	Significación para impacto negativo	Significación para impacto positivo
0 - 0,25	Compatible	Compatible
0,26 - 0,5	Moderada	Moderada
0,6 - 0,75	Severa	Oportuna
0,76 - 1	Crítica	Esencial

Los impactos caracterizados como “compatibles” o “moderados” se considerarán no significativos. Los caracterizados como “severos” o “críticos” se considerarán significativos y serán finalmente propuestos para la elaboración de medidas o recomendaciones que disminuyan su significación.

Caso práctico

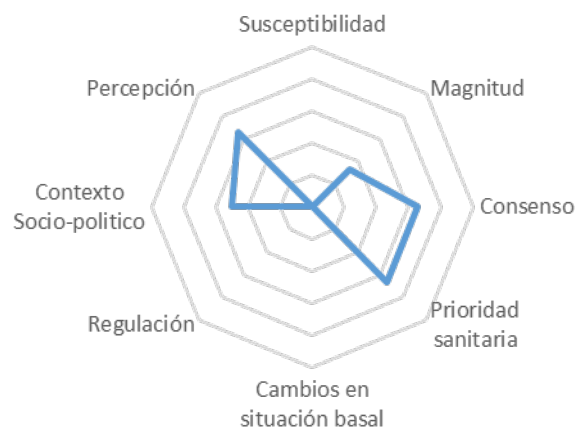
Impacto 1	
Susceptibilidad	0,09
Magnitud	1
Consenso	1
Prioridad política	0
Cambios en situación basal	0,66
Regulación	0,5
Contexto sociopolítico	0
Percepción	0,66

Impacto 1
 área: 0,53
 S= 0,18



Impacto 2	
Susceptibilidad	0
Magnitud	0,33
Consenso	0,66
Prioridad política	0,66
Cambios en situación basal	0
Regulación	0
Contexto sociopolítico	0,5
Percepción	0,66

Impacto 2
 área: 0,35
 S= 0,12



Impacto 3	
Susceptibilidad	0,58
Magnitud	0
Consenso	1
Prioridad política	0,66
Cambios en situación basal	0
Regulación	0,66
Contexto Sociopolítico	0,5
Percepción	0,66

Impacto 3

área: 0,60

S= 0,21

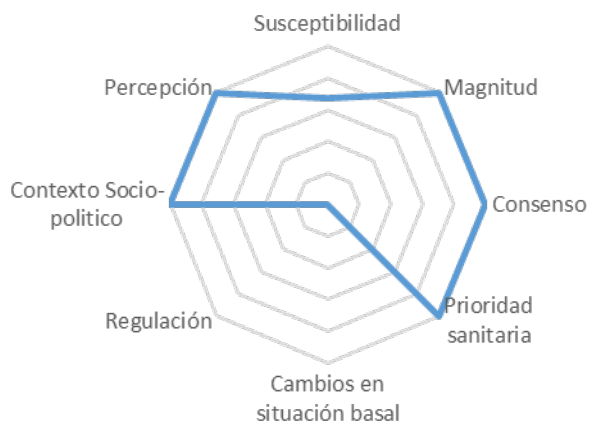


Impacto 4	
Susceptibilidad	0,67
Magnitud	1
Consenso	1
Prioridad política	1
Cambios en situación basal	0
Regulación	0
Contexto Sociopolítico	1
Percepción	1

Impacto 4

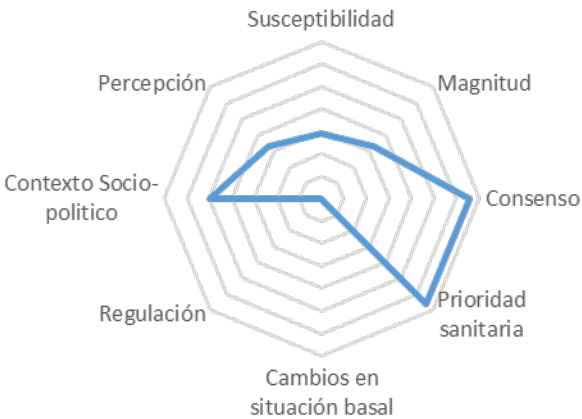
área: 1,54

S= 0,54



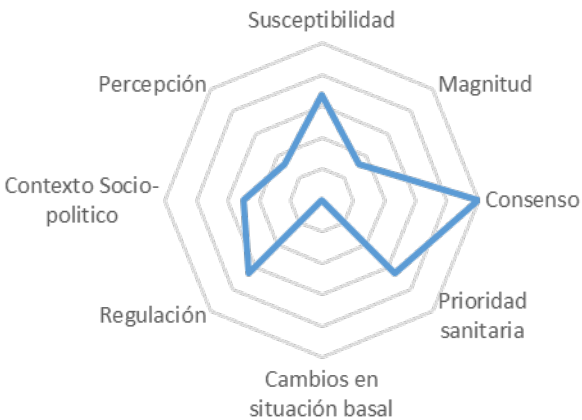
Impacto 5	
Susceptibilidad	0,29
Magnitud	0,33
Consenso	0,66
Prioridad política	0,66
Cambios en situación basal	0
Regulación	0
Contexto sociopolítico	0,5
Percepción	0,33

Impacto 5
área: 0,36
S= 0,12



Impacto 6	
Susceptibilidad	0,67
Magnitud	0,33
Consenso	1
Prioridad política	0,66
Cambios en situación basal	0
Regulación	0,66
Contexto sociopolítico	0,5
Percepción	0,33

Impacto 6
área: 0,68
S= 0,33

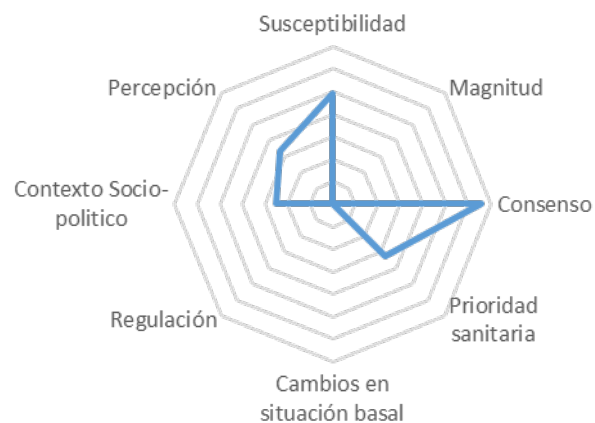


Impacto 7	
Susceptibilidad	0,49
Magnitud	0
Consenso	0,66
Prioridad política	0,33
Cambios en situación basal	0
Regulación	0
Contexto sociopolítico	0,25
Percepción	0,33

Impacto 7

área: 0,16

S= 0,06

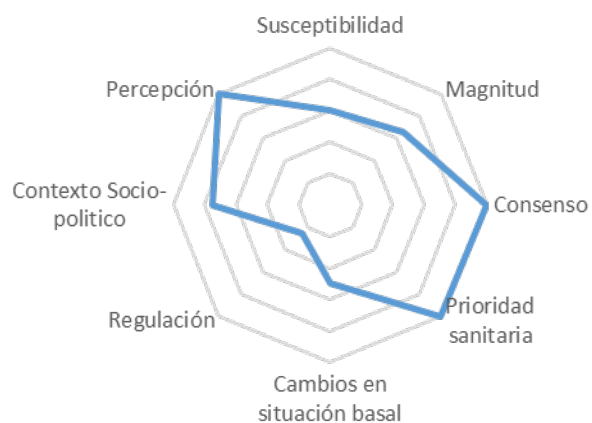


Impacto 8	
Susceptibilidad	0,60
Magnitud	0,66
Consenso	1
Prioridad política	1
Cambios en situación basal	0,5
Regulación	0,25
Contexto sociopolítico	0,75
Percepción	1

Impacto 8

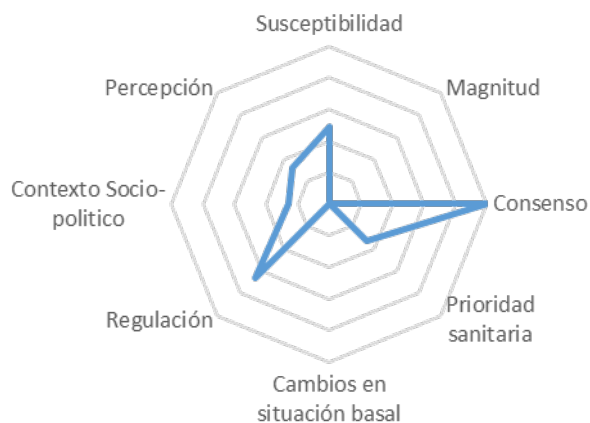
área: 1,50

S= 0,53



Impacto 9	
Susceptibilidad	0,49
Magnitud	0
Consenso	1
Prioridad política	0,33
Cambios en situación basal	0
Regulación	0,66
Contexto sociopolítico	0,25
Percepción	0,33

Impacto 9
 área: 0,26
 S= 0,09



La clasificación queda de la siguiente manera:

Impacto	Significación	Signo	Clasificación	Propuesta de medida
4	0,54	+	Oportuno	No
8	0,53	-	Severo	Si
6	0,24	+	Compatible	No
3	0,21	+	Compatible	No
1	0,18	+	Compatible	No
2	0,12	+	Compatible	No
5	0,12	+	Compatible	No
9	0,09	+	Compatible	No
7	0,06	+	Compatible	No

Conclusiones

- Se han identificado **dos impactos severos**, uno de ellos con **signo negativo**, que requiere el diseño de medidas correctoras:
 - Impacto 8: **Enfermedades infecciosas por aumento de espacios de reunión (población general)**.
- El **impacto 4**, aunque también severo, es **positivo**, por lo que se destaca como uno de los **principales beneficios esperados** del proyecto.
- El resto de los impactos analizados se clasifican como **compatibles**, sin necesidad de intervención adicional más allá de la vigilancia planificada.

Anexo 10. Propuesta para la difusión de análisis y resultados

Se propone un informe tipo en el que, a partir de la evaluación completa de los impactos, se recojan los siguientes elementos:

- a) **Número de impactos llevado a evaluación sobre diferentes resultados en salud:** número de veces que un determinante o respuesta en salud se ha visto involucrado en una evaluación completa dentro del proceso de análisis
- b) **Poblaciones relacionadas con los impactos evaluados:** número de veces que una población se ha visto involucrada en una evaluación completa dentro del proceso de análisis
- c) **Conclusión sobre la caracterización de impactos significativos:** número de impactos según su caracterización
- d) **Número de impactos con propuesta de medida:** número de impactos negativos para los que se han formulado medidas dirigidas a reducir su nivel de significación, o impactos positivos para los que se han planteado acciones que potencien sus efectos beneficiosos
- e) **Impactos que se deben de recoger en el Plan de Vigilancia:** se incluirán no sólo las descritas en la primera parte del análisis sino todos los impactos que no han mostrado significación en la evaluación completa (caracterización “compatible” o “moderada”)

Tipo de propuesta (política, estrategia, plan, programa o proyecto):	
Título de la propuesta:	
Número total de impactos llevados a evaluación completa:	
Determinante o respuesta en salud con mayor impacto en la propuesta	
Población más impactada por la propuesta	
Conclusión de caracterización	
Impactos con propuestas de medidas	
Impactos incluidos en el Plan de Vigilancia	

Caso práctico

Tipo de propuesta (Plan, política, estrategia, programa): Proyecto	
Título de la propuesta: “Recuperación de área descampada en zona urbana de la ciudad de Madrid”	
Número total de impactos llevados a evaluación completa: 9	
Determinante o respuesta en salud con mayor impacto en la propuesta	Enfermedad cardiovascular: 6 impactos relacionados Enfermedad infecciosa: 3 impactos relacionados
Población más impactada por la propuesta	Población general: 6 impactos relacionados

	Población infantil: 3 impactos
Conclusión de caracterización	Impactos de carácter severo: 1 Impactos de carácter oportuno: 1 Impactos de carácter compatible: 7
Impactos con propuestas de medidas	
- Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la oportunidad de reunión en población general	
Impactos incluidos en el Plan de Vigilancia	
- Impacto sobre la cohesión social debido al aumento de instalaciones deportivas en población infantil - Impacto sobre la cohesión social debido al aumento de instalaciones deportivas en población general - Impacto sobre la cohesión social debido al aumento de instalaciones deportivas en población con movilidad reducida - Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de instalaciones deportivas en población con movilidad reducida - Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la oportunidad de reunión en población con movilidad reducida - Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por aumento de la calidad del aire en población con movilidad reducida - Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de las instalaciones deportivas en población infantil - Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la oportunidad de reunión en población infantil - Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la calidad del aire en población infantil - Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de las instalaciones deportivas en población de movilidad reducida - Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la oportunidad de reunión en población de movilidad reducida - Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la calidad del aire en población de movilidad reducida - Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de instalaciones deportivas en población infantil - Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la oportunidad de reunión en población infantil - Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la calidad del aire en población infantil - Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la oportunidad de reunión en población general - Impacto sobre la enfermedad cardiovascular por el aumento de la calidad del aire en población general - Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de instalaciones deportivas en población general - Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la calidad del aire en población general	

Anexo 11. Descripción y caracterización de las medidas

Ficha para la descripción de medidas

Cada medida propuesta debe describirse de forma precisa utilizando los siguientes campos:

Campo	Descripción
Identificador de la medida (Código o nombre corto)	
Impacto asociado	
Naturaleza (Preventiva, de mitigación o compensación para impactos negativos y de potenciación para impactos positivos)	
Descripción de la medida	
Momento de ejecución	
Recursos necesarios para su ejecución	
Gobernanza	

Valoración de la medida

Una vez descrita, cada medida se someterá al mismo proceso de análisis que el impacto al que responde (véanse Anexos 7, 8 y 9), con las siguientes especificaciones:

Signo de la medida:

Siempre **positivo (+)**.

Atributos de susceptibilidad modificados para la evaluación de medidas:

- Aceptación de la medida:
 1. Grado de aceptación bajo
 2. Grado de aceptación medio
 3. Grado de aceptación alto
- Resiliencia poblacional:
 1. La medida no puede ser absorbida por la población expuesta
 2. La medida puede ser absorbida por la población expuesta

Cálculo del impacto residual

Una vez caracterizadas las medidas propuestas se aplicará la siguiente ecuación para el cálculo de impacto residual:

$$\text{Impacto residual} = \text{Caracterización del impacto} + \sum_{i=0}^n \text{Caracterización de la(s) medida(s)}$$

Todas las medidas propuestas para impactos positivos generarán una potenciación del efecto que será más beneficioso cuanto mayor se acerque a una significancia caracterizada de “oportuno” o “esencial”. La interpretación del impacto residual en este caso es simple ya que al impacto positivo se le suma la caracterización de la medida dando lugar siempre a escenarios donde los resultados son mayores que 0.

Para los impactos negativos, la interpretación del impacto residual dependerá del rango en el que se encuentre su resultado, que puede generar impactos de 3 tipos diferentes; 1) Resultado compatible o moderado; 2) Resultado severo o crítico; 3) Resultado positivo.

Interpretación de resultados para los impactos residuales en impactos negativos:

Escenario	Significado
Resultado compatible o moderado (0, -0,5)	Medida(s) suficiente(s)
Resultado severo o crítico (-0,5, -1)	Medida(s) insuficiente(s)
Resultado positivo (>0)	Medida que genera un impacto positivo en la propuesta

Caso práctico

Recordamos que el único impacto con necesidad de ejecutar una medida es el que se genera sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la oportunidad de reunión en población general. En este sentido, se proponen dos medidas:

Medida 1	
Impacto asociado	Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la oportunidad de reunión en población general
Naturaleza	Prevención
Descripción de la medida	Facilidad de acceso a mascarillas para personas con enfermedad respiratoria, especialmente niños. Acceso a la información que alerte del riesgo de no usar mascarilla en caso de infección respiratoria.
Momento de ejecución	Asistencial, previo al uso de la instalación como punto de reunión
Recursos necesarios para su ejecución	Mascarillas en atención primaria e información a los profesionales sanitarios sobre la intervención a ejecutar
Gobernanza	Intervención sobre Atención Primaria

Medida 2	
Impacto asociado	Impacto sobre enfermedades infecciosas por el aumento de la oportunidad de reunión en población general
Naturaleza	Mitigación
Descripción de la medida	Cierre temporal de área de reunión
Momento de ejecución	Situación epidemiológica sobre enfermedades infecciosas descontrolada
Recursos necesarios para su ejecución	Marco legislativo favorable (estado de alarma o excepción)
Gobernanza	Gobierno autonómico

Caracterización de la **susceptibilidad**:

Medida	Signo	A	B	C	D	E	F	G	Total (Z_x)	Estándar	Susceptibilidad
1	+	0	5	0	4,4	2	4,8	2,4	18,6	0,27	Moderado
2	+	0	5	0	6,6	3	2,4	2,4	19,4	0,27	Moderado

Caracterización de la **magnitud**:

- Sobre la **medida 1**: Según los estudios consultados (69,70) se ha descrito que el uso de mascarillas reduce a la mitad la probabilidad de infección respiratoria, por lo que se considera el efecto **muy deseable**.
- Sobre la **medida 2**: Según los estudios consultados (71) se ha descrito que el confinamiento reduce aproximadamente un 66% la probabilidad de infección respiratoria, por lo que se considera un efecto **muy deseable**.

Caracterización de la **significación**:

Medida	Valor Susceptibilidad	Magnitud	Consenso	Prioridad política	Situación basal	Regulación	Contexto SP	Percepción
1	0,27	1	0,66	0,66	0	0	0,5	1
2	0,27	1	0,66	0,66	0	0	0,75	1

Medida	Area	S
1	0,76	0,27
2	0,84	0,3

Impacto residual:

Recordamos que la caracterización del impacto negativo sobre enfermedades infecciosas por aumento de oportunidad de reunión en población general fue de $-0,53$. La suma de las caracterizaciones de las medidas es de $+0,57$.

$$\text{Impacto residual} = -0,53 + 0,57 = 0,04$$

Resultado: El impacto residual es **positivo**, por lo que se concluye que la combinación de ambas medidas **contribuye positivamente al proyecto**.

Anexo 12. Modelo para la recogida y resolución de propuestas controvertidas

Se propone la utilización de la siguiente tabla para sistematizar la gestión de conflictos y propuestas controvertidas durante la EIS:

Conflicto	Motivación del conflicto	Organismo relacionado	Justificación del equipo EIS	Decisión

Para facilitar su cumplimentación, cada entrada deberá incluir:

1. **Conflicto:** Identificación precisa del texto afectado (ejemplo: “desde el segundo párrafo de la pág. 60 hasta el punto 7.3 de la pág. 61”).
2. **Motivación:** resumen breve de la disconformidad.
3. **Organismo relacionado:** Identificación de la parte implicada (correo electrónico).
4. **Justificación:** Argumentación técnica del equipo EIS respecto a la propuesta.
5. **Decisión:** Resolución adoptada tras la valoración del conflicto por parte del equipo EIS.

Anexo 13. Sistematización del Plan de Vigilancia

Impacto relacionado	<i>Impacto con el que se relaciona la iniciativa de vigilancia</i>		
Indicador	<i>Indicador seleccionado para la vigilancia</i>	Interacción con otros Planes de Vigilancia	<i>Listado de propuestas que comparten indicador</i>
Recursos necesarios	Materiales	<i>Materiales necesarios para realizar la vigilancia</i>	
	Humanos	<i>Cantidad y perfil del profesional relacionado con la vigilancia</i>	
Gobernanza	<i>Organismo responsable</i>	Organismos secundarios	<i>Colaboradores necesarios</i>
Población objeto	<i>Población vulnerable objeto</i>		
Umbral de alerta	<i>Límite de alerta</i>	Acción ante alerta	<i>Medidas a tomar al superar el límite de alerta</i>
Umbral de alarma	<i>Límite de alarma</i>	Acción ante alarma	<i>Medidas a tomar al superar el límite de alarma</i>
Calendario	<i>Días de seguimiento de la vigilancia</i>		
Consolidación	<i>Momento de cese de vigilancia</i>		

Anexo 14. Declaración de Impacto en Salud (DIS)

Parte promotora		
Identificación de expediente		
Título de propuesta		
Declaración	Favorable	☐
	Favorable condicionada	☐
	Desfavorable	☐
Observaciones		

de de 20 ,

Fdo.: La Autoridad Sanitaria Competente

Anexo 15. Directrices y recursos claves seleccionados para orientar el desarrollo del proceso de EIS

Esta sección presenta una selección no exhaustiva de los recursos disponibles para respaldar a promotores y técnicos evaluadores en el desarrollo e implementación de EIS. Estos recursos han sido cuidadosamente considerados en la elaboración de la guía técnica. Se presentan en tablas, que incluyen el título del documento en español, el autor, la descripción y, en su caso, el enlace al sitio web donde esté disponible. Mediante esta iniciativa, también se busca la divulgación de las guías, herramientas y recursos pertinentes de cada CC. AA., así como de otros países y organizaciones internacionales.

Recursos internacionales

Recurso	Página web de la OMS sobre EIS
Autor	OMS
Descripción	El sitio web de EIS de la OMS proporciona una perspectiva general sobre qué es una EIS y detalla las herramientas y métodos que pueden emplearse para llevarla a cabo.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Cuantificación de impactos en salud relacionados con evaluación es de políticas relacionadas con químicos en la Unión Europea (2025)
Autor	Chinchio Eleonora et al.
Descripción	Repaso de las diferentes metodologías usadas para evaluar las diferentes políticas relacionadas con químicos y sus diferentes impactos en la salud humana.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Documento de experiencia de desarrollo de modelo de implementación de EIS (2024)
Autor	Monica O’Mullane et al
Descripción	Experiencia de mejora de evaluación intersectorial llevada a cabo por académicos de distintas universidades de Irlanda y Reino Unido.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Guía práctica para la Asociación EuroHealthNet sobre la realización e implementación de EIS con un enfoque de equidad (2024)
---------	--

Autor	EuroHealthNet - Asociación europea para la Salud, la Equidad y el Bienestar
Descripción	Documento que proporciona información sobre metodologías, recursos, buenas prácticas y recomendaciones para garantizar la implementación y adopción exitosas de las EIS centradas en la equidad. Su objetivo es llenar un vacío en los recursos disponibles reuniendo evidencia y experiencia sobre cómo garantizar que la equidad sea un componente central de las EIS.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Posibilitar la implementación de la EIS en Portugal (2023)
Autor	Oficina Regional de la OMS para Europa, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Dr. Ricardo Jorge (INSA)
Descripción	Informe que resume los conocimientos actuales sobre los métodos y enfoques de la EIS reconocidos a nivel internacional, explorando también la práctica de la EIS en otros países europeos. Ofrece consejos prácticos sobre cómo implementar la EIS utilizando la experiencia y las estructuras institucionales ya establecidas en Portugal. Este documento proporciona una lista de recursos relacionados con el proceso general de la EIS, así como orientación detallada sobre cómo abordar cada paso de su metodología, que incluye cribado, alcance, evaluación, elaboración de informes y seguimiento y evaluación de la EIS.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Elementos Mínimos y Normas Prácticas para la EIS (2022)
Autor	Sociedad de Profesionales de la Evaluación del Impacto en la Salud (SOPHIA)
Descripción	El documento define los elementos clave y esenciales de una EIS, ofreciendo orientación sobre los requisitos mínimos necesarios para que un estudio se considere una EIS (Elementos Mínimos). Además, establece estándares para cada paso en la metodología de la EIS, proporcionando puntos de referencia aspiracionales para una práctica efectiva (Estándares de Práctica) y guiando a los profesionales sobre la mejor manera de llevar a cabo las EIS.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Principios de Buenas Prácticas Internacionales. EIS (2021)
Autor	Asociación Internacional para la Evaluación del Impacto (IAIA)
Descripción	Un documento conciso que ofrece una sólida panorámica de los principios fundamentales de una EIS, incluyendo el proceso, los métodos y las herramientas comúnmente empleadas.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Guía para la EIS (2021)
----------------	--------------------------------

Autor	Instituto de Salud Pública de Irlanda
Descripción	Guía que proporciona una visión general completa sobre cómo llevar a cabo las EIS. Incluye explicaciones detalladas y orientación técnica. Ha sido avalado por la Asociación Internacional para la Evaluación de Impacto (IAIA) y la Asociación Europea de Salud Pública (EUPHA).
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	EIS y planes de desarrollo local (PDL): un conjunto de herramientas para la práctica (2021)
Autor	Unidad de Apoyo a la EIS de Gales
Descripción	Orientación sobre cómo vincular el desarrollo de políticas y la EIS y cómo se unen en la práctica.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Marco de Revisión de la Garantía de Calidad para la EIS (2020)
Autor	Unidad de Apoyo a la EIS de Gales (WHIASU), Salud Pública de Gales (PHW)
Descripción	El documento proporciona un marco práctico para apoyar y guiar a los evaluadores en la revisión de la calidad de una EIS. El documento está dirigido a un público más amplio, incluidos las personas responsables de la formulación de políticas o la toma de decisiones, los comisionados, los especialistas en salud pública o salud ambiental, los funcionarios de planificación y los consultores privados.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Documento marco sobre el tratamiento de la salud humana en la EIA conforme a lo establecido en la Directiva de la UE 2011/92/UE modificada por la 2014/52/UE (2020)
Autor	IAIA & EUPHA
Descripción	Proporciona a las autoridades de salud de la UE conocimientos sobre la EIA conforme a la Directiva EIA, así como principios y buenas prácticas para abordar adecuadamente la salud en la EIA.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	EIS en la ordenación del territorio. Guía para los equipos de salud pública y planificación de las autoridades locales (2020)
Autor	Salud Pública de Inglaterra (PHE, por sus siglas en inglés)
Descripción	Guía que describe los resultados de salud y bienestar que se ven influenciados a través de la planificación y cómo estos resultados pueden optimizarse y considerarse en evaluaciones de impacto.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Guía para profesionales sobre la EIS (2016)
Autor	Red Escocesa de EIS y la Desigualdad (SHIIAN)
Descripción	Orientación que proporciona una visión general sobre cómo llevar a cabo las EIS, proporcionando una descripción en un lenguaje sencillo de los componentes y pasos esenciales de una EIS. El Apéndice contiene listas de verificación para identificar las poblaciones y los determinantes de la salud.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	Herramienta de Planificación de Equidad y Herramienta de Evaluación de Equidad de EIS (2016)
Autor	Sociedad de Profesionales de la EIS (SOPHIA)
Descripción	La Herramienta de Planificación de la Equidad ayuda a los profesionales de la EIS a planificar cómo abordar la equidad para cada uno de los pasos de la metodología de la EIS y proporciona consejos sobre quién hacerlo en la práctica. La Herramienta de Evaluación de la Equidad de las EIS es una herramienta reflexiva para el proceso de evaluación de las EIS a través de la provisión de métricas y sugerencias para los métodos de recopilación de datos. Las herramientas y materiales sobre la participación de las partes interesadas también son útiles para garantizar la equidad en salud.
Enlace	Ambas herramientas están disponibles en inglés aquí .

Recurso	EIS. Una guía práctica (2011)
Autor	Unidad de Apoyo a la EIS de Gales (WHIASU)
Descripción	Guía que ofrece una panorámica de cómo realizar EIS, brindando una descripción clara y accesible de los elementos y procesos fundamentales de una EIS. Además, el Apéndice incluye listas de verificación para identificar las poblaciones afectadas y los factores determinantes de la salud. WHIASU ofrece un sitio web con orientación, recursos y evaluaciones de impacto completas, además de noticias e información para el desarrollo profesional. En su apartado de recursos, incluye herramientas publicadas para cada fase del proceso de EIS.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recurso	EIS: Una guía práctica (2007)
Autor	Universidad de Nueva Gales del Sur (UNSW)
Descripción	Es una guía para realizar EIS. Explica conceptos, beneficios, y los pasos metodológicos de la EIS, como el cribado, alcance, identificación, evaluación, recomendaciones y seguimiento. Promueve la equidad, la participación comunitaria y la integración de la salud en la toma de decisiones sobre proyectos, políticas y programas.

Enlace	Disponible en inglés aquí .
---------------	---

Recurso	Documento de consenso de Gotemburgo de 1999 sobre la EIS (1999)
Autor	Centro Europeo de Políticas Sanitarias de la OMS, Oficina Regional de la OMS para Europa
Descripción	El documento inicial que delinea los conceptos fundamentales de la EIS y propone un enfoque práctico para su implementación, con el propósito de establecer un entendimiento general sobre la EIS. Aunque fue elaborado en 1999, sigue siendo una de las principales referencias utilizadas, orientando la aplicación de la EIS en la práctica.
Enlace	Disponible en inglés aquí .

Recursos nacionales

Recurso	Recomendaciones para avanzar en Evaluación de Impacto en Salud con un enfoque de equidad y promoción de la salud (2025)
Autor	Ministerio de Sanidad
Descripción	Este documento reúne recomendaciones para fortalecer la EIS en España, situando la salud y la equidad como principios centrales. Las propuestas se articulan en tres ámbitos: desarrollo legislativo, modelos organizativos y herramientas, formación y comunicación para facilitar su aplicación efectiva.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Guía de evaluación rápida del impacto en la salud (2023)
Autor	Ministerio de Sanidad
Descripción	Ofrece una orientación sobre el abordaje de EIS rápida y se dirige a aquellas personas responsables del diseño y desarrollo de propuestas de acciones de la administración pública que requieren de Memoria de Análisis de Impacto Normativo (MAIN).
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Manual de estándares urbanísticos para potenciar la salud en nuestras ciudades (2023)
Autor	Junta de Andalucía
Descripción	Ofrece información sobre las relaciones entre parámetros urbanísticos y los impactos en salud y recoge estándares consensuados a partir de los cuales se considera que el impacto en salud está suficientemente optimizado
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Caja de herramientas: Cómo analizar el impacto en la salud y la equidad en salud de las iniciativas municipales (2021)
Autor	Comunidad Valenciana
Descripción	Adaptación de una herramienta de cribado de la EIS a nivel local. Metodología y herramientas para la realización de EIS de políticas locales, a nivel local, incluyendo la perspectiva de equidad en el proceso.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Herramienta de EIS (2019)
Autor	Aragón
Descripción	Herramienta elaborada por el grupo de trabajo de EIS del Departamento de Sanidad de Aragón, tras un proceso de revisión de otras ya existentes con el objetivo de facilitar la decisión acerca de la pertinencia o no de la realización de una EIS de la iniciativa sobre la que se aplica, así mismo sirve para reflexionar y hacer recomendaciones.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Criterios generales para una vivienda y urbanismo saludable (2018)
Autor	Departamento de Salud de Cataluña
Descripción	Monografía que evidencia el impacto de la vivienda, la edificación y el urbanismo en la salud.
Enlace	Disponible en catalán aquí .

Recurso	Cuestionario Fem Salut? (2017)
Autor	Comunidad Valenciana
Descripción	Herramienta para la evaluación simplificada del impacto en la salud de las políticas del Consell.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Test Salud - Guía para la cumplimentación del formulario (2016)
Autor	Departamento de Salud de Cataluña
Descripción	Primera formulación del Test Salud, basada en otras herramientas de cribado y con la idea de hacer una primera prueba en un conjunto inicial de 5 a 10 políticas públicas antes de proponerlo para la utilización habitual.
Enlace	Disponible en catalán aquí .

Recurso	Diseño y Validación de una herramienta de cribado para la EIS de las políticas autonómicas (2016)
Autor	Departamento de Salud del Gobierno Vasco
Descripción	Proyecto de investigación destinado a validar una herramienta de cribado de EIS de las políticas públicas sectoriales, que permitió avanzar en el trabajo intersectorial, conocer las barreras y elementos clave para su desarrollo y los determinantes sociales a los que va dirigida una parte de la acción de gobierno.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Manual para la EIS de proyectos sometidos a instrumentos de prevención y control ambiental en Andalucía (2015)
Autor	Junta de Andalucía
Descripción	Guía metodológica que sirve de asesoramiento para realizar la valoración de impacto en la salud (VIS), dando cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto autonómico de EIS. Se dirige a cualquier interesado, con el fin de que sirva como herramienta y elemento de apoyo para las personas promotoras y profesionales en todo lo concerniente al procedimiento, análisis y valoración prospectiva de los impactos en salud de las actuaciones.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Manual para la EIS de los instrumentos de planeamiento urbanístico en Andalucía (2015)
Autor	Junta de Andalucía
Descripción	Guía metodológica que sirve de asesoramiento para realizar y redactar la VIS de los instrumentos de planeamiento urbanístico. Se dirige a cualquier interesado, con el fin de que sirva como herramienta y elemento de apoyo para las personas promotoras y profesionales en todo lo concerniente al procedimiento, análisis y valoración prospectiva de los impactos en salud de las actuaciones.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Herramienta de cribado para la EIS (2014)
Autor	Ministerio de Sanidad
Descripción	Herramienta de cribado de EIS para la evaluación de propuestas de políticas públicas nacionales.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	Herramienta de cribado para la EIS de las políticas públicas sectoriales (2014)
Autor	Departamento de Salud del Gobierno Vasco

Descripción	Herramienta de identificación de impactos en los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud para su aplicación en la EIS y en otras actuaciones de ámbito autonómico, local y comunitario.
Enlace	Disponible aquí .

Recurso	La salud en la evaluación de impactos ambientales. Guía metodológica. (2011)
Autor	SESA
Descripción	Documentos que ofrecen instrumentos que ayudan a resolver los problemas sanitarios de origen ambiental, entre los que se destaca la guía metodológica para la detección y valoración de riesgos para la salud en las evaluaciones ambientales de planes, programas, proyectos y actividades. Se dirige a los técnicos de salud ambiental y de la Administración y a aquellas empresas públicas o privadas que tienen entre sus objetivos minimizar el impacto en la salud de los factores ambientales.
Enlace	Disponible aquí .

Fuentes de información necesarias para la EIS

Los departamentos gubernamentales, las autoridades locales y los grupos comunitarios y voluntarios pueden ser valiosas fuentes de datos para una EIS. La comunidad local y otras partes interesadas pueden aportar información cualitativa y conocimientos prácticos que no se encuentran en otros lugares, brindando una perspectiva única sobre cómo la propuesta podría afectar la salud (3) .

En este sentido, es esencial crear un **Repositorio de EIS**, que se conciba como una plataforma activa y accesible a todos, que permita compartir experiencias de evaluación de manera continua. Este repositorio centralizaría los sistemas de apoyo existentes, como SIG, procedimientos, guías, informes o resultados de evaluaciones realizadas. Su objetivo sería facilitar la explotación eficiente de los datos y el intercambio de mejores prácticas, promoviendo aprendizajes útiles para futuras EIS.

Orientación sobre el uso de fuentes oficiales

La selección de fuentes de información debe basarse en criterios de oficialidad, fiabilidad y accesibilidad pública. Las tablas que se presentan a continuación pretenden servir de orientación práctica, indicando ejemplos de fuentes institucionales a nivel nacional, autonómico y local que pueden emplearse para elaborar perfiles poblacionales y contextuales.

- Espectro socioeconómico

Parámetro	Unidad Geográfica de Medición(I)	Periodicidad
Población por edad	Sección censal(II)	Actualización anual
Población extranjera		
Sexo de la población		

Tamaño medio de los hogares	Municipios	Actualización cada 3 meses
Nivel de estudios(III)	Sección censal(II)	Actualización anual
Situación laboral(IV)	Sección censal(II)	Actualización anual
Ocupados por sector económico	Provincia	Actualización Trimestral
Consumo eléctrico	Distrito	Actualización cada 10 años(V)
Núcleos familiares por tipo de pareja (de hecho, de derecho, mismo sexo, distinto sexo)	Provincias	Actualización cada 10 años(V)
Viviendas con ejecución hipotecaria iniciada según estado de la vivienda	Comunidades y Ciudades Autónomas	Actualización trimestral
Encuesta de población activa	Comunidades y Ciudades Autónomas	Actualización trimestral
Ganancia salarial anual por trabajador	Comunidades y Ciudades Autónomas	Actualización anual
% de población en riesgo de pobreza o exclusión social	Comunidades Autónomas	Actualización anual
Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar (> 10%) como porcentaje del total de gastos de los hogares	Comunidades Autónomas	Anual
I Unidad geográfica más pequeña disponible para ese conjunto de datos		
II Unidad geográfica administrativa más pequeña		
III Población mayor de 15 años		
IV Población mayor de 16 años		
V última actualización 2021		
*Todos los datos reflejados en esta tabla se pueden extraer del INE		

- Acceso a instalaciones

Es probable que en estadísticas provinciales y municipales esta información se muestre más precisa y completa (disponibilidad y tipos de locales, supermercados, parques y zonas verdes, geolocalización de hospitales, etc.).

Parámetro	Unidad Geográfica de Medición(I)	Periodicidad	Fuente
Centros educativos por Comunidades y Ciudades Autónomas y Nivel educativo	Comunidad Autónoma	Anual	INE

Institutos, Centros y unidades de organización	Localidad	Anual	Ministerio de Ciencia, innovación y universidades (Consejo Superior de Investigaciones Científicas)
Museos y colecciones	Municipio	Anual	Ministerio de Cultura
Juzgados y tribunales	Municipio	Anual	Ministerio de la presidencia, justicia y relaciones con las cortes
Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada	Comunidad Autónoma	Anual	Ministerio de Sanidad
Sistema de Información de Atención Primaria	Comunidad Autónoma	Anual	Ministerio de Sanidad
Aeropuertos	Nacional	Anual	Ministerio de Transporte y movilidad sostenible (HERMES)
Puertos	Nacional	Anual	Ministerio de Transporte y movilidad sostenible (HERMES)
Carreteras	Nacional	Anual	Ministerio de Transporte y movilidad sostenible (HERMES)
Ferrocarriles	Nacional	Anual	Ministerio de Transporte y movilidad sostenible (HERMES)
Número de estaciones de Servicio por tipo de carburante	Provincia	Anual	Ministerio de Transporte y movilidad sostenible (Observatorio del transporte y la logística en España)
Número de líneas de autobús por área metropolitana y ámbito (urbano capital, otros urbano y metropolitano)	Áreas metropolitanas	Anual	Ministerio de Transporte y movilidad sostenible (Observatorio del transporte y la logística en España)
Número de vehículos por área metropolitana, tipo de autobús (articulado, microbús y estándar) y ámbito (urbano capital, otros urbano y metropolitano)	Áreas metropolitanas	Anual	Ministerio de Transporte y movilidad sostenible (Observatorio del transporte y la logística en España)
Universidades públicas y privadas	Provincia	Anual	Ministerio de Universidades
Dependencias policiales por provincias	Provincias	Anual	Ministerio del interior
Dependencias de la Guardia Civil	Dirección por provincias	Anual	Ministerio del interior
Instalaciones y espacios deportivos por tipología	Comunidad Autónoma	Última actualización 2010	Consejo Superior de deportes

Registro estatal de Centros Docentes No Universitarios	Localidad	Anual	Ministerio de Educación, Formación profesional y deportes
Necesidad insatisfecha de atención médica	Comunidad Autónoma	Anual	INE
Problemas de la vivienda según sexo y grupo de edad	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE

- Datos contextuales

Al igual que en el caso anterior, los datos agregados de las CCAA tienen una mayor precisión y permiten la definición de indicadores y umbrales de diagnóstico. Un ejemplo claro de ese tipo de tratamiento del dato se da en el “Manual de estándares urbanísticos para potenciar la salud en nuestras ciudades” desarrollado por la Dirección General Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía en el año 2023.

Parámetro	Unidad Geográfica de Medición(I)	Periodicidad	Fuente
Usurpaciones por allanamiento	Provincias	Anual	Ministerio del interior
Hechos probados (contra las personas, contra la libertad, contra la libertad sexual, relaciones familiares, patrimonio, seguridad colectiva, etc.)	Provincias	Anual	Ministerio del interior
Abastecimiento de agua de consumo	Municipal	Anual	Ministerio de Sanidad (SINAC)
Calidad sanitaria de las aguas de baño (marítimas y continentales)	Zona de baño / municipio	Temporada de baño (anual)	Ministerio de Sanidad (NÁYADE)
Alertas por sucesos de temperaturas altas	Provincias	En periodo de activación del plan de temperaturas	Ministerio de Sanidad
% de zonas verdes urbanas, instalaciones deportivas y de ocio	Áreas urbanas	Cada 8 años (no actualizado desde 2014)	Instituto Geográfico Nacional
% Zonas naturales	Municipales	Cada 8 años (no actualizado desde 2014)	Instituto Geográfico Nacional
Espacios Naturales Protegidos	Nacional	Anual	

			Sistema de Información Geográfica del Banco de Datos de la Naturaleza (MITERD)
Visor de Calidad del Aire	Estaciones puntuales	Diferentes parámetros con diferente periodicidad	MITERD
Población urbana expuesta a contaminación del aire (micropartículas PM10 y PM2,5)	Municipios de más de 50mil habitantes	Anual y diario	INE
Cantidad de residuos urbanos recogidos clasificados por tipo de residuo, periodo y comunidades autónomas	Comunidad autónoma	Anual (última actualización 2021)	INE
Mapa de zonificación por municipio de radón	Municipio	Año 2017	Centro de Seguridad Nuclear MITECO: Zonificación ambiental para energías renovables: Eólica y Fotovoltaica CA Madrid, 2022: resumen ejecutivo memoria y anexos zonificacion ftv madrid.pdf
Plan de vigilancia entomológica: Aedes y Cullex	Municipal	Anual	Ministerio de Sanidad
Plan de vigilancia entomológica: Garrapatas	Municipal	Anual	Ministerio de Sanidad
Estadística general de incendios forestales	Provincias	2021 (actualización no consolidada anual)	MITERD
Inventario de presas y embalses	Por cuenca hidrográfica	2015	MITERD
Mapas de peligrosidad y riesgo de inundación	Nacional	Cada 6 años	MITERD
Seguimiento de la sequía	Nacional	Monitorización continua	AEMET
Centrales nucleares en España	Municipal	-	MITERD
Vertidos en aguas superficiales	Demarcación hidrográfica	anual	MITERD

Problemas de la vivienda según sexo y grupo de edad	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Emisiones radioeléctricas	Comunidad Autónoma	Anual	Ministerio de asuntos económicos y transformación digital
Niveles de polen atmosférico por tipo de polen	Municipio / estación de medida	Diaria en temporada de polinización	Redes palinológicas autonómicas (p. ej. Red Palinocam, Comunidad de Madrid)
Mapa Nacional de Riesgos y catálogo de riesgos de protección civil	Nacional	Actualización periódica	Sistema Nacional de Protección Civil / RENAIN (Ministerio del Interior)
Catálogos autonómicos de riesgos de protección civil (p. ej. PLATERCAM)	Comunidad Autónoma / municipio	Actualización periódica	Servicios de Protección Civil de las CCAA

- Datos en salud

A nivel de CCAA tenemos disponible gracias al Ministerio de Sanidad un visor que recoge los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (vinculados estrechamente a la Encuesta Nacional de Sanidad). Estos parámetros constituyen el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de fuentes de datos gestionadas por otros organismos oficiales. La lista se compone de 184 indicadores divididos en diferentes dimensiones (bienestar, enfermedad, mortalidad, determinantes socioeconómicos, estilos de vida, determinantes medioambientales y algunos indicadores del funcionamiento intrínseco del SNS). Estos datos se recogen desde 1990.

No obstante, además de los datos recogidos por el Ministerio de Sanidad, existen fuentes estadísticas que recogen más datos adyacentes presentados en la siguiente tabla:

Parámetro	Unidad Geográfica de Medición(I)	Periodicidad	Fuente
Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico	Provincia	Anual	INE
Índice de masa corporal población adulta según sexo y grupo de edad. Población de 18 y más años	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE

Exposición al humo de tabaco en lugares cerrados según sexo y grupo de edad	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Información tabla Consumo de bebidas alcohólicas según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Ejercicio físico en el trabajo o actividad principal según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a labores del hogar	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Sedentarismo en tiempo de ocio según sexo y grupo de edad	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Nivel de actividad física según sexo y grupo de edad. Población de 15 a 69 años	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Tiempo libre diario frente a una pantalla según sexo y grupo de edad. Población de 1 a 14 años	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Patrón de consumo de determinados alimentos según sexo y grupo de edad. Población de 1 y más años	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Frecuencia de cepillado dental según sexo y grupo de edad. Población de 3 y más años	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Estado de la dentadura según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE

Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y Comunidad Autónoma	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Accidentes en los últimos 12 meses	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Utilización de gafas o lentillas según sexo	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Tipo de problema que limita las actividades de la vida cotidiana según sexo	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Utilización de audífono según sexo	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Dificultad en la movilidad según sexo	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Dificultad para recordar o para concentrarse según sexo	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Máximo nivel de dificultad para realizar alguna Actividad Básica Vida Diaria según sexo	Comunidad Autónoma	Cada 5 años	INE
Porcentaje de personas de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas al menos una vez por semana	Comunidad Autónoma	Anual	Plan Nacional sobre Drogas
Porcentaje de personas de 15 y más años que se declaran fumadoras diarias	Comunidad Autónoma	Anual	Plan Nacional sobre Drogas
Porcentaje de población de 15 a 64 años que reconoce consumo de Cánnabis o Cocaína en los últimos doce meses	Comunidad Autónoma	Anual	Plan Nacional sobre Drogas

Entornos y activos saludables (recursos comunitarios, equipamientos y servicios)	Municipio / zona básica de salud	Actualización continua	“Localiza Salud” (Ministerio de Sanidad) y herramientas autonómicas equivalentes
Indicadores de vigilancia de riesgos ambientales para la salud (temperaturas extremas, calidad del aire, aguas de baño, vectores, etc.)	Comunidad Autónoma / municipio	Diferente según indicador	Sistemas de información de vigilancia de riesgos ambientales para la salud de las CC. AA.

Referencias

1. European Observatory on Health and Policies. Health in All Policies Prospects and potentials. Public Health. 2006. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/health-in-all-policies-prospects-and-potentials>
2. Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, Kemp L. Health Impact Assessment: A practical guide. Sydney; 2007. Disponible en: <http://www.hiaconnect.edu.au>
3. Pyper R, Cave B, Purdy J, McAvoy H. Health Impact Assessment Guidance: A Manual. Standalone Health Impact Assessment and health in environmental assessment. Dublin and Belfast; 2021.
4. European Commission. Better Regulations Toolbox. 2023. Disponible en: https://commission.europa.eu/document/download/9c8d2189-8abd-4f29-84e9-abc843cc68e0_en?filename=BR%20toolbox%20-%20Jul%202023%20-%20FINAL.pdf
5. Gobierno de España. Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental. 2013. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12913>
6. Parlamento Europeo. Diario Oficial n° L 197. Directiva 2001/42/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de junio de 2001, relativa a la evaluación de los efectos de determinados planes y programas en el medio ambiente. Parlamento Europeo; 2001. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2001/197/L00030-00037.pdf>
7. World Health Organization. Health Promotion Glossary of Terms. 2021. World Health Organization; 2021.
8. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) de Salud. 2012. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
9. Bever E, Dills J, Lindberg R, Whitehead S. Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment, Version 4. Society of Practitioners of Health Impact Assessment (SOPHIA). 2022. Disponible en: <http://www.healthedpartners.org/MEPS/>
10. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 1946. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
11. American Veterinary Medical Association. One Health: A new Professional Imperative. 2008
12. World Health Organization. One Health. 2023. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1
13. Pan-European Commission on Health and Sustainable Development. Statement – A bold new strategy for health and sustainable development in the light of pandemics. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news/item/10-09-2021-statement-a-bold-new-strategy-for-health-and-sustainable-development-in-the-light-of-pandemics>
14. Rodríguez Rasero F, Moya Rueno L, Vela Ríos J, Candau Bejarano A. Manual para la evaluación de impacto en salud de proyectos sometidos a instrumentos de prevención y

- control ambiental en Andalucía. 2015. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/manual_prevision_control_ambiental02.pdf
15. Dahlgren G, Whitehead M. The main Determinants of Health model. 1991. Disponible en: https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf
 16. Gil Luciano A, Campos Esteban P, Martín-Pérez Rodríguez A, Benedicto Subirá C, Cabeza Irigoyen E, Ramos Monserrat M, et al. Lista de chequeo para el análisis de la equidad en Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) de Salud. 2022. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/news/>
 17. Instituto Nacional de Estadística. Glosario de terminus. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/?L=0>
 18. Centre for Intersectional Justice (CIJ) commissioned by the European Network Against Racism (ENAR). Intersectional discrimination in Europe: relevance, challenges and ways forward. 2019.
 19. Gobierno de España. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>
 20. European Centre for Health Policy, World Health Organization. Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. 1999. Disponible en: <https://hiap.goeg.at/sites/hiap.goeg.at/files/2019-10/Gothenburg%20Consensus%20Paper.pdf>
 21. Winkler M, Villani F, Knoblauch A, Cave B, Divall M, Ramesh G, et al. Health impact assessment international best practice principles. 2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/352573139_Health_impact_assessment_international_best_practice_principles_International_Association_for_Impact_Assessment
 22. United Nations Treaty Collection. Protocol on strategic environmental assessment to the convention on environmental impact assessment in a transboundary context. 2017.
 23. EuroHealthNet. Advancing equity through Health Impact Assessments- Guide for the EuroHealthNet Partnership on conducting and implementing Health Impact Assessments with an equity focus. 2024. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/2024/05/EuroHealthNet_Guidance_Health_Impact_Assessment_through_an_equity_lens.pdf
 24. Ministerio de Sanidad. Guía para la Evaluación rápida de Impacto en Salud en la elaboración de normativas. 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/guia_EvaluacionRapidaImpactoenSalud.pdf
 25. Congreso de los diputados. PROYECTO DE LEY 121/000029 Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Congreso de los Diputados; 2024.

26. Ponencia de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones para avanzar en Evaluación de Impacto en Salud con un enfoque de equidad y promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/recomendacionesEIS_enfoqueEquidadYPromocionSalud.pdf
27. World Health Organization Regional Office for Europe. Enabling the implementation of health impact assessment in Portugal. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7335-47101-68892>
28. Chadderton C, Elliott E, Green L, Lester J, Williams G. Health Impact Assessment: A practical guide. 2011. Disponible en: www.whiasu.wales.nhs.uk
29. Martín-Olmedo P, Correquino MJS, Ordóñez-Iriarte JM. La Evaluación de Riesgos en Salud. Guía metodológica. 2016. Disponible en: <https://fcen.uncuyo.edu.ar/upload/laevaluacionderiesgosensalud1.pdf>
30. Public Health Wales. Scoping template-determining the governance, process, objectives and focus for the HIA. 2020. Disponible en: www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/3/
31. Sandín Vázquez M, Pastor A, Molina de la Fuente I, Conde Espejo P, Sureda X. Using photovoice to generate policy recommendations to improve the alcohol urban environment: A participatory action research project. *Health Place*. 2023 4:103131. doi: 10.1016/j.healthplace.2023.103131. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37847983/>
32. Wabule A. Beyond Rules of Procedures: Utilising Participatory Action Research (PAR) to Enhance Reflective Practice and Normative Professionalism. *Syst Pract Action Res* 33, 393–408 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11213-019-09494-9>. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11213-019-09494-9>
33. Auriacombe CJ, Sithomola MT. The use of participatory action research in a participative democracy: In critique of mechanisms for citizen participation. *International Journal of Social Sciences and Humanity Studies*. 2020;12(1):50-65. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ijsshs/issue/52543/676845>
34. Folesani G, Galetti M, Ranzieri S, Petronini PG, La Monica S, Corradi M, Cavallo D. Interaction between occupational radon exposure and tobacco smoke: a systematic review. *Expert Rev Respir Med*; 16(7):787-800. doi: 10.1080/17476348.2022.2108795. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17476348.2022.2108795>
35. Prabhu A, Obi KO, Rubenstein JH. The synergistic effects of alcohol and tobacco consumption on the risk of esophageal squamous cell carcinoma: A meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(6):822-7. doi: 10.1038/ajg.2014.71. Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2014/06000/the_synergistic_effects_of_alcohol_and_tobacco.10.aspx

36. Zmirou-Navier D. Health and the Environment: Understanding the Linkages and Synergies. In: *The Well-being Transition: Analysis and Policy*. Palgrave Macmillan, Cham; 2021. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-67860-9_4
37. Boobis A, Budinsky R, Collie S, Crofton K, Embry M, Felter S, Hertzberg R, Kopp D, Mihlan G, Mumtaz M, Price P, Solomon K, Teuschler L, Yang R, Zaleski R. Critical analysis of literature on low-dose synergy for use in screening chemical mixtures for risk assessment. *Crit Rev Toxicol*. 2011;41(5):369-83. doi: 10.3109/10408444.2010.543655. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/10408444.2010.543655%3Fcasa_token%3Dh8ZkspsvltcAAAAA:NKrDdBVO1u9d0Zkkosw_WcDDYsNvHshs_eO9fYPvCQoYeQVB84J_alQMXHcVHH9yhzehpYHxclzew&hl=es&sa=T&oi=ucasa&ct=ucasa&ei=8VQgaarSDJvJieoPr_S7mAQ&scisig=ABGrvjI8svsS_bB5gaMQpVHNnM8P
38. Ministerio de Sanidad Servicios sociales e Igualdad. Desarrollo de una herramienta de cribado para la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) de políticas nacionales. Madrid; 2014. Disponible en: <http://www.equityaction-project.eu/tools/>
39. Deng J, Liu T, Long Z. Factors affecting outdoor physical activity (OPA) in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*. 2024; 10(21):e38859. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e38859. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39524901/>
40. Mouratidis K, Poortinga W. Built environment, urban vitality and social cohesion: Do vibrant neighborhoods foster strong communities? *Landsc Urban Plan*. 2020; 103951. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204620301225>
41. Jennings V, Bamkole O. The Relationship between Social Cohesion and Urban Green Space: An Avenue for Health Promotion. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 452. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030452>. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/3/452/htm>
42. Daniels KM, Schinasi LH, Auchincloss AH, Forrest CB, Diez Roux A V. The built and social neighborhood environment and child obesity: A systematic review of longitudinal studies. *Prev Med*. 2021;153:106790. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106790.. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34506813/>
43. Chong-Neto HJ, Filho NAR. How does air quality affect the health of children and adolescents?. *J Pediatr (Rio J)*;101 Suppl 1(Suppl 1):S77-S83. doi: 10.1016/j.jped.2024.11.009.. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755724001621>
44. Weyde KV, Krog NH, Oftedal B, Magnus P, White R, Stansfeld S, Øverland S, Aasvang GM. A Longitudinal Study of Road Traffic Noise and Body Mass Index Trajectories from Birth to 8 Years. *Epidemiology*. 2018;29(5):729-738. doi: 10.1097/EDE.0000000000000868. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6072373/>
45. Bloemsma LD, Wijga AH, Klompmaaker JO, Janssen NAH, Smit HA, Koppelman GH, et al. The associations of air pollution, traffic noise and green space with overweight throughout childhood: The PIAMA birth cohort study. *Environ Res*. 2019; 169:348-356.

- <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.11.026>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001393511830392X>
46. Dondi A, Carbone C, Manieri E, Zama D, Del Bono C, Betti L, et al. Dondi A, Carbone C, Manieri E, Zama D, Del Bono C, Betti L, Biagi C, Lanari M. Outdoor Air Pollution and Childhood Respiratory Disease: The Role of Oxidative Stress. *Int J Mol Sci*. 2023;24(5):4345. doi: 10.3390/ijms24054345. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/5/4345/htm>
 47. Liu K, Zhang H, Bo Y, Chen Y, Zhang P, Huang C, Yu Z, Gao Z. Ambient air pollution and Children's health: An umbrella review. *Atmos Pollut Res*. 2024; 15(6):102108. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1309104224000734>
 48. Lee KK, Bing R, Kiang J, Bashir S, Spath N, Stelzle D, Mortimer K, Bularga A, Doudeles D, Joshi SS, Strachan F, Gumy S, Adair-Rohani H, Attia EF, Chung MH, Miller MR, Newby DE, Mills NL, McAllister DA, Shah ASV. Adverse health effects associated with household air pollution: a systematic review, meta-analysis, and burden estimation study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(11):e1427-e1434. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30343-0. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069303/>
 49. Boogaard H, Patton AP, Atkinson RW, Brook JR, Chang HH, Crouse DL, Fussell JC, Hoek G, Hoffmann B, Kappeler R, Kutlar Joss M, Ondras M, Sagiv SK, Samoli E, Shaikh R, Smargiassi A, Szpiro AA, Van Vliet EDS, Vienneau D, Weuve J, Lurmann FW, Forastiere F. Long-term exposure to traffic-related air pollution and selected health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Environ Int*. 2022;164:107262. doi: 10.1016/j.envint.2022.107262. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35569389/>
 50. Bradford C, Martin D, J Loughran K, Robertson N, Carne A, Skidmore N, L Harrison S. The impact of sport on the physical, psychological and social wellbeing of people with chronic breathlessness: A mixed-methods systematic review. *Clin Rehabil*. 2023;37(12):1611-1636. doi: 10.1177/02692155231190770. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37518887/>
 51. Gao Z, Chee CS, Omar Dev RD, Liu Y, Gao J, Li R, Li F, Liu X, Wang T. Social capital and physical activity: a literature review up to March 2024 *Front Public Health*. 2025;12;13:1467571. doi: 10.3389/fpubh.2025.1467571. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40013056/>
 52. Cereijo L, Gullón P, Del Cura I, Valadés D, Bilal U, Badland H, Franco M. Exercise facilities and the prevalence of obesity and type 2 diabetes in the city of Madrid. *Diabetologia*. 2022;65(1):150-158. doi: 10.1007/s00125-021-05582-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709424/>
 53. Cereijo L, Gullón P, Del Cura I, Valadés D, Bilal U, Franco M, Badland H. Exercise facility availability and incidence of type 2 diabetes and complications in Spain: A population-based retrospective cohort 2015–2018. *Health Place*. 2023;81:103027. doi: 10.1016/j.healthplace.2023.103027. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37087897/>
 54. Chastin SFM, Abaraogu U, Bourgois JG, Dall PM, Darnborough J, Duncan E, Dumortier J, Pavón DJ, McParland J, Roberts NJ, Hamer M. Effects of Regular Physical Activity on the

- Immune System, Vaccination and Risk of Community-Acquired Infectious Disease in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med.* 2021;51(8):1673-1686. doi: 10.1007/s40279-021-01466-1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33877614/>
55. Hong A, Sallis JF, King AC, Conway TL, Saelens B, Cain KL, et al. Linking green space to neighborhood social capital in older adults: The role of perceived safety. *Soc Sci Med.* 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29727748/>
 56. Liu XX, Ma XL, Huang WZ, Luo YN, He CJ, Zhong XM, Dadvand P, Browning MHEM, Li L, Zou XG, Dong GH, Yang BY. Green space and cardiovascular disease: A systematic review with meta-analysis. *Environ Pollut.* 2022; 15;301:118990. doi: 10.1016/j.envpol.2022.118990. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35181451/>
 57. Jiang B, Yang Y, Chen L, Liu X, Wu X, Chen B, Webster C, Sullivan WC, Larsen L, Wang J, Lu Y. Green spaces, especially nearby forest, may reduce the SARS-CoV-2 infection rate: A nationwide study in the United States. *Landsc Urban Plan.* 2022;228:104583. doi: 10.1016/j.landurbplan.2022.104583. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36158763/>
 58. Fournet F, Simard F, Fontenille D. Green cities and vector-borne diseases: emerging concerns and opportunities. *Euro Surveill.* 2024;29(10):2300548. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.10.2300548. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38456216/>
 59. Ciupa T, Suligowski R. Green-Blue Spaces and Population Density versus COVID-19 Cases and Deaths in Poland. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 20;18(12):6636. doi: 10.3390/ijerph18126636. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34203108/>
 60. de Bont J, Jaganathan S, Dahlquist M, Persson Å, Stafoggia M, Ljungman P. Ambient air pollution and cardiovascular diseases: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *J Intern Med.* 2022;291(6):779-800. doi: 10.1111/joim.13467. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35138681/>
 61. Jia Y, Lin Z, He Z, Li C, Zhang Y, Wang J, Liu F, Li J, Huang K, Cao J, Gong X, Lu X, Chen S. Effect of Air Pollution on Heart Failure: Systematic Review and Meta-Analysis *Environ Health Perspect.* 2023;131(7):76001. doi: 10.1289/EHP11506. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37399145/>
 62. Mayntz SP, Rosenbech KE, Mohamed RA, Lindholt JS, Diederichsen ACP, Frohn LM, Lambrechtsen J. Impact of air pollution and noise exposure on cardiovascular disease incidence and mortality: A systematic review. *Heliyon.* 2024; 28;10(21):e39844. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e39844. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39524794/>
 63. Chandrabose M, Rachele JN, Gunn L, Kavanagh A, Owen N, Turrell G, Giles-Corti B, Sugiyama T. Built environment and cardio-metabolic health: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Obes Rev.* 2019;20(1):41-54. doi: 10.1111/obr.12759. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30253075/>

64. Hartig T, Astell-Burt T, Bergsten Z, Amcoff J, Mitchell R, Feng X. Associations between greenspace and mortality vary across contexts of community change: a longitudinal ecological study. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(6):534-540. doi: 10.1136/jech-2019-213443. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/74/6/534>
65. Nazish A, Abbas K, Sattar E. Health impact of urban green spaces: a systematic review of heat-related morbidity and mortality. *BMJ Open* 2024;14:e081632. doi: 10.1136/bmjopen-2023-081632. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/>
66. Krittanawong C, Qadeer YK, Hayes RB, Wang Z, Thurston GD, Virani S, Lavie CJ. PM2.5 and cardiovascular diseases: State-of-the-Art review. *J Cardiol Cardiovasc Risk Prev*. 2023; 12;19:200217. doi: 10.1016/j.ijcrp.2023.200217. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37869561/>
67. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Environmental Health Matters Initiative. Airborne Transmission of SARS-CoV-2: Proceedings of a Workshop—in Brief. Staudt A, Saunders J, Pavlin J, Shelton-Davenport M, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33119244/>
68. Orr A, Kendall RL, Jaffar Z, Graham J, Migliaccio CT, Knudson J, Noonan C, Landguth EL. A systematic review and meta-analysis on the association between PM2.5 exposure and increased influenza risk. *Front Epidemiol*. 2025; 11;5:1475141. doi: 10.3389/fepid.2025.1475141. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12021895/>
69. Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en espacios interiores. 2022.
70. Centro de Coordinación de Alertas y emergencias Sanitarias. Efectividad de las medidas preventivas para el control de la transmisión. 2021.
71. Reina J, Arcay RM, Busquets M, Machado H. Impacto de las medidas higiénicas y de distanciamiento social frente al SARS-CoV-2 sobre las infecciones respiratorias causadas por otros virus. *Rev Esp Quimioter*. 2021;34(4):365-370. doi: 10.37201/req/017.2021. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8329571/>

Madrid, marzo 2026

Esta guía ha sido elaborada por técnicos cuya participación ha sido voluntaria y *pro bono*, gestionando el grupo de trabajo con fondos propios de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral.