

2024

INFORME DEL IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

ANTEPROYECTO DE
LEY DE VIVIENDA

DE ARAGÓN



Relación de participantes:

Departamento de Sanidad.

- Inmaculada Sanz. Sección de Programas de Salud. Servicio Provincial de Sanidad Zaragoza.
- Teresa López. Servicio planificación, determinantes y promoción. DG Salud Pública.
- Marta Sarto. Servicio de Prevención y Programas de Salud Pública. DG Salud Pública.
- Carmen Montaña. Servicio de Vigilancia. DG Salud Pública.
- Federico Arribas. DG Asistencia Sanitaria.
- Giselle Pérez. Médica Residente
- Alba Gallego. Médica Residente
- Cristina Nicolau. Médica Residente.
- Pilar Rodrigo. DG Asistencia Sanitaria.
- María José Rabanaque. Profesora Titular de Salud Pública. Universidad de Zaragoza.

Coordinación:

- Nuria Gayán. Dirección General de Salud Pública
- Mercedes Febrel. Servicio de Planificación, Determinantes y Promoción. Dirección General de Salud Pública.
- Francisco Javier Faló. Unidad de Evaluación de Impacto en Salud. DG Salud Pública

Referentes Departamento de Fomento, Vivienda, Logística y Cohesión Social (promotor de la iniciativa):

- Miguel Guerrero, Jefe de Servicio de Asuntos Jurídicos y Coordinación Administrativa, Secretaría General Técnica.
- Dolores Miguel, Asesora Técnica en la Dirección General de Vivienda.

Índice

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 2. ¿QUE ES LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD? | 5 |
| 3. ANTEPROYECTO DE LEY DE VIVIENDA EN ARAGÓN | 7 |
| 3.1 Contenido del anteproyecto de ley | 7 |
| 3.2 ¿Qué objetivos se propone el anteproyecto de ley?..... | 8 |
| 4. METODOLOGÍA SEGUIDA PARA REALIZAR EL INFORME DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE VIVIENDA EN ARAGÓN.. | 10 |
| 5. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y DOCUMENTAL..... | 12 |
| 6. PARTICIPANTES EN LA EIS | 14 |
| 7. INFORME DEL IMPACTO EN LA SALUD DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE LA VIVIENDA DE ARAGÓN..... | 15 |
| 1. ANTEPROYECTO DE VIVIENDA DE ARAGÓN | 15 |
| 2. EVIDENCIA. | 16 |
| 2.1 Relación entre vivienda y salud..... | 16 |
| 2.2 El impacto en una situación de crisis económica y desigualdad social. La inseguridad en el acceso y la tenencia de la vivienda. | 19 |
| 2.3 Grupos especialmente afectados por las dificultades en la vivienda. | 20 |
| 2.4 Experiencias de intervenciones en políticas o programas de vivienda con enfoque de salud | 21 |
| 2.5 Ideas relevantes para el análisis. | 22 |
| 3. IMPACTOS EN SALUD DE LA INICIATIVA | 23 |
| 4. INFORME FINAL SOBRE EL IMPACTO EN LA SALUD DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE VIVIENDA EN ARAGÓN... 24 | |
| 4.1 RESUMEN DE IMPACTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS. | 24 |
| 4.2 RECOMENDACIONES..... | 26 |
| ANEXO 1. HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA EVALUACIÓN RÁPIDA DE IMPACTO EN SALUD | 31 |
| ANEXO 2. HERRAMIENTA DE EIS EN ARAGÓN..... | 32 |
| ANEXO 3. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA | 53 |

1. INTRODUCCIÓN

Desde la Dirección General de Salud Pública se está trabajando en la implantación de la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) de acuerdo con lo regulado en el artículo 52 de la ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón. En ella se establece que, *“en los casos que se determine se realizará informe preceptivo y vinculante de evaluación del impacto en salud respecto de normas, planes, programas y proyectos, tanto de organismos públicos como de entidades privadas”*.

La EIS responde al principio de Salud en Todas las Políticas, recogido en el artículo 3.1 de la mencionada Ley de Salud Pública, mediante el cual *las actuaciones de salud pública tendrán en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables, disuadiendo, en su caso, de las que supongan riesgos para la salud y garantizando un alto nivel de protección de la salud*. Por ello, las políticas públicas que incidan sobre la salud valorarán esta circunstancia conciliando sus objetivos con la protección y mejora de la salud.

En España ha habido experiencias puntuales de Evaluación de Impacto en Salud, pero todavía es desigual y escaso su desarrollo en las diferentes comunidades autónomas. En Aragón, en el marco de lo previsto en el Plan de Salud de Aragón 2030, se está impulsando el desarrollo de la EIS. Así, se ha creado en el último decreto, 39/2024, de 28 de febrero, de estructura del departamento de Sanidad, la denominada Unidad de Evaluación de Impacto en Salud. Son sus competencias la planificación e implementación de los procesos de evaluación de impacto en salud (EIS) en Aragón, el desarrollo normativo, la formación y capacitación y la coordinación en esta materia.

De esta manera, también se da continuidad a un grupo de trabajo en la Dirección General de Salud Pública que ha recorrido un camino en los últimos años, elaborando procedimientos y herramientas y aplicándolas para la evaluación de *“La Estrategia Aragonesa de la Bicicleta”* (2021), impulsada por la Dirección General de Transportes del Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda y del *“Anteproyecto de Ley de Participación de la Comunidad Educativa en los Centros Docentes en Aragón”* (2022) coordinado por la Dirección General de Innovación y Formación Profesional en el Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

El documento que se desarrolla a continuación realiza una valoración del impacto en la salud del *Anteproyecto de Ley de Vivienda en Aragón* (APL) impulsado por el Departamento de Fomento, Vivienda, Logística y Cohesión Social del Gobierno de Aragón. Como se explicará, aunque la idea inicial, como así se propuso, era realizar una EIS, diversas razones la han dificultado optando por realizar un análisis diferente que también finalice con unas recomendaciones. Éstas ayudarán a entender el impacto de la vivienda en la salud de la población aragonesa maximizando sus beneficios y paliando sus perjuicios y siempre con un enfoque de equidad teniendo en cuenta las poblaciones más vulnerables.

2. ¿QUE ES LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD?

La Evaluación de Impacto en Salud (EIS) se define como una combinación de procedimientos métodos y herramientas mediante las que una política, programa o proyecto puede ser evaluado en función de sus potenciales efectos en la salud de la población y de la distribución de éstos en dicha población (WHO-ECHP 1999). Tiene como objeto reducir las desigualdades en salud y fomentar el bienestar para lo cual tiene en cuenta el contexto socioeconómico y político, la posición social de los individuos y las circunstancias personales, además del nivel de cohesión y el capital social.

Es un mecanismo que, de forma prospectiva, busca predecir los posibles impactos positivos o negativos sobre la salud de la población de acuerdo con los principios de equidad, intersectorialidad, participación, eficiencia y eficacia y sirve para informar y mejorar la toma de decisiones. La EIS trata de fundamentarse en la evidencia científica y en la síntesis multimetodológica (cuantitativa y cualitativa).

El proceso de evaluación de impacto en salud conlleva varias fases:

- 1. Cribado:** En esta etapa, se valora si la iniciativa a evaluar puede tener impacto relevante en términos de salud y el valor añadido que puede aportar una EIS, teniendo en cuenta el tiempo requerido y los recursos disponibles. Se trata de valorar la necesidad, pertinencia y la viabilidad para poder realizarla.
- 2. Diseño:** Cuando en la fase de cribado se considera adecuado realizar una EIS, se identifica una metodología de trabajo, definiendo los objetivos, determinantes y grupos de población a considerar, métodos y herramientas, recursos disponibles y calendario.
- 3. Evaluación:** Es la fase en la que se identifican, analizan y estiman los posibles impactos, considerando la evidencia y conocimiento disponible, sobre las relaciones entre los determinantes afectados por la iniciativa.
- 4. Informe de impactos y recomendaciones:** En esta etapa se debaten y elaboran las recomendaciones con los responsables de la propuesta y otros agentes clave. Finalmente, se elabora el informe de EIS en el que deben constar los posibles impactos positivos, negativos y las propuestas.
- 5. Evaluación y seguimiento:** Esta última fase sirve para evaluar el proceso llevado a cabo y el impacto de las recomendaciones sobre la decisión final, definiendo un plan para evaluar con posterioridad la capacidad predictiva de la EIS y los resultados en salud de la intervención.

La EIS puede ser diferente según el alcance o nivel de profundidad en su diseño y su aplicación que depende del tipo de la iniciativa a evaluar, la magnitud y relevancia de sus posibles impactos, así como los recursos, capacidades y tiempo disponible para realizar la EIS. Existe por ello todo un continuo que va desde EIS más sencillas, que pueden realizarse en unos días/semanas a partir de una revisión básica de la literatura y una consulta rápida a algún experto(s) y/o agente(s) clave(s); hasta EIS más complejas que requieren varios meses de ejecución y procedimientos de recopilación/análisis de evidencia más exhaustivos, incluyendo la generación de nueva evidencia cuantitativa y cualitativa.

La Evaluación de Impacto en Salud se plasma en un informe final que recoge recomendaciones para reducir las desigualdades en salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, de forma que se minimicen los impactos negativos y maximicen los impactos positivos de la iniciativa de que se trate.

3. ANTEPROYECTO DE LEY DE VIVIENDA EN ARAGÓN

Como dice el anteproyecto en su exposición de motivos, “casi nadie cuestiona ya que, para el conjunto de España, uno de los problemas más perentorio, y de más graves consecuencias sociales, es el que afecta a la vivienda”.

Existe controversia en cuanto al diagnóstico y, por tanto, más aún en cuanto a las posibles soluciones para resolver la situación. Sigue siendo mayoritario el convencimiento de que el problema es el precio de la vivienda, inasumible para muchos sectores de la población, tanto en venta como en alquiler. El problema deriva de dos realidades: una evidente falta de oferta, agravada por el hecho de que la participación pública en las promociones es prácticamente nula, y una legislación inadecuada basada en su conjunto en trasladar la responsabilidad de la solución a los propietarios.

Durante al menos los últimos sesenta años, en Aragón como en el resto de España, el modo en que se ha afrontado “el problema de la vivienda” desde la administración, se ha centrado en el impulso de mecanismos tendentes a incentivar el acceso a un hogar en régimen de propiedad, lo que ha conducido a que todos los recursos públicos dispuestos a este fin se hayan patrimonializado, finalmente, por quienes han adquirido “en pleno dominio” viviendas “sociales” en sus diferentes versiones a lo largo de los tiempos (viviendas acogidas, de protección oficial, protegidas de Aragón, de precio tasado o de régimen especial).

El texto explica que una ley de vivienda, bien entrado ya el siglo XXI, no solo debe contemplar los formatos que hemos conocido durante los últimos sesenta años: Libre y protegida, con sus diferentes tipologías (especial, general, precio tasado, etc.). Modos que, por supuesto, también deben regularse en una ley genérica sobre la vivienda, simplificando no solo su contenido sino, sobre todo, los procedimientos de calificación, estableciendo limitaciones de precio compatibles con la viabilidad de sus promociones y comprometiendo las ayudas que requiera su viabilidad. Pero ya no son las únicas tipologías a contemplar, las viviendas públicas de alquiler asequible, garantes de la formación de un verdadero parque público, deben ser objeto prioritario de la ley y, también, otros modos, además de las viviendas sociales, con un contenido estrictamente asistencial que las diferencia claramente de las viviendas protegidas.

Las singularidades que caracterizan a Aragón no coinciden con las de otras Comunidades Autónomas de España y obligan a que la Ley Aragonesa de Vivienda dé sus propias respuestas. Ello lleva a matizar significativamente la ley estatal 12/2023, por el derecho a la vivienda, pensada, para atender las necesidades de territorios con estructuras demográficas, sociales y económicas muy diferentes a las nuestras, especialmente las de municipios de gran población.

3.1 Contenido del anteproyecto de ley

El texto, en su estado actual de redacción, se estructura en seis títulos, uno preliminar y cinco más, incluyendo sus correspondientes artículos, además de disposiciones adicionales, transitorias, derogatorias y finales, según la siguiente estructura:

El Título Preliminar regula las disposiciones de carácter general, tales como el objeto de la ley, sus principios políticos rectores, los objetivos que persigue, las definiciones básicas de las diferentes tipologías, la función social, que incluye el concepto de desocupación y las medidas de compatibilidad entre el derecho al uso de una vivienda digna y los que asisten a los propietarios de las mismas, las

competencias de las diferentes escalas de la administración y la participación de las sociedades instrumentales públicas.

El Título Primero incluye las determinaciones relativas a las diferentes tipologías de vivienda que contempla la presente ley. Incluye las condiciones que las caracterizan, los procedimientos para su calificación, si procede, los posibles promotores, las reservas de suelo para aquellas que cuenten con algún tipo de protección pública, las clases de suelo en que pueden promoverse, los derechos de tanteo y retracto, y las competencias e intervención de las diferentes administraciones y sus sociedades instrumentales.

El Título Segundo contiene las determinaciones correspondientes a la política del Gobierno de Aragón en materia de vivienda, que incluye todo lo relativo a Planificación en materia de vivienda, programas específicos, instrumentos especiales de ordenación y planeamiento urbanístico, colaboración entre instituciones y con el sector privado y compromisos de ayudas a la promoción y la demanda.

El Título Tercero se refiere a los derechos y deberes con relación a la actividad y uso de las viviendas, tales como la obligación de cumplir con la función social de la vivienda, actuación sobre viviendas desocupadas, protección de los derechos de propiedad frente a ocupaciones irregulares, calidad de la edificación de viviendas, su conservación, condiciones constructivas y libro de la edificación, derecho a la información en su condición de consumidores, y protección de sus derechos en la comercialización tanto en régimen de venta como de alquiler.

El Título Cuarto contiene las normas que afectan a la participación en la política de vivienda de los diferentes actores que intervienen en esta materia, tales como promotores, constructores, técnicos y otros agentes inmobiliarios.

Finalmente, el Título Quinto se dedica a la protección de la legalidad y está integrado por dos capítulos: el primero regula lo relativo a competencias y labores de inspección, y el segundo contempla lo relativo al régimen sancionador.

3.2 ¿Qué objetivos se propone el anteproyecto de ley?

Desde el convencimiento de que la solución al problema de la vivienda no puede centrarse en la limitación de los derechos de los propietarios privados de viviendas que, sin duda, deben someterse al cumplimiento del fin social de estos bienes, sino que debe ponerse el acento en el impulso público que asegure el incremento sustancial del parque de viviendas, muy en particular el público, el Anteproyecto de Ley aragonesa de vivienda se centra en los siguientes objetivos:

- Poner gratuitamente a disposición de la promoción de viviendas cuantos suelos de titularidad pública estén ociosos.
- Garantizar la disponibilidad de recursos presupuestarios para contribuir a la promoción de nuevas viviendas, mediante iniciativa pública directa o en régimen de colaboración con la iniciativa privada.
- Garantizar la disponibilidad de recursos presupuestarios para ayudar a los demandantes de vivienda, a fin de que no deban destinar a la satisfacción de esta necesidad más allá del 30% de sus ingresos.
- Ofrecer soluciones diferenciadas atendiendo a las características y necesidades de cada municipio, desde los de gran a los de muy pequeña población.

- Regular con criterios adaptados a las circunstancias sociales actuales las habitualmente calificadas como viviendas protegidas.
- Contemplar modos habitacionales complementarios, o alternativos, públicos o privados, adaptados a las actuales demandas sociales, tales como alojamientos para trabajadores del sector productivo (turístico u otros) o modos de vivienda en las que no solo se comparte el espacio físico sino, también, aficiones, actividades sociales y estilos de vida, los comúnmente conocidos como “cohousing” o “coliving”
- Regular la condición, y régimen de uso, de las viviendas sociales, que nada tienen que ver con las protegidas, concepto de vivienda relacionado con la asistencia social necesaria para sectores de la población extremadamente vulnerables.

Según la propuesta estudiada resolver el déficit de vivienda en Aragón, estimado en no menos de doce mil unidades, va a requerir un esfuerzo sostenido y constante durante un plazo que en ningún caso va a ser menor de quince años, plazo durante el que han de mantenerse activos cuantos medios y herramientas contempla el AP de ley para lograr el objetivo básico de ampliar el parque de viviendas, muy en particular el público, con preferencia hacia la modalidad de alquiler. Esfuerzo que no debe asumir la Administración en solitario, sino que requiere la implicación activa de cuantos agentes privados operan en materia de vivienda.

4. METODOLOGÍA SEGUIDA PARA REALIZAR EL INFORME.

La metodología seguida fue la comentada en el apartado 2, adaptada a los requisitos de tiempo, recursos y material de los que se disponía y consistió en:

1. Presentación, de la Iniciativa por parte del Equipo coordinador del anteproyecto al grupo de trabajo. En esta primera reunión se discutió la restricción temporal que el promotor de la norma planteaba. Para poder incorporar recomendaciones el proceso tendría que estar acabado a finales de noviembre. EL grupo evaluador se constituyó en reunión el 14 de octubre.
2. Aplicación de la *“Herramienta de Cribado para la Evaluación Rápida de Impacto en Salud”* (anexo 1), propuesta en el documento del Ministerio de Sanidad, *“Guía para la Evaluación Rápida de Impacto en Salud en la Elaboración de Normativas”* de 2023.
En la cumplimentación de la herramienta todos los integrantes asignaron puntuaciones mayores de 11 (recomendación de efectuar una EIS). De esta manera se entendió oportuna la realización de una evaluación.
3. Establecimiento del alcance y programación de la EIS del Anteproyecto de Ley de Vivienda de Aragón.
4. Análisis de datos mediante una búsqueda bibliográfica. Se exploró la existencia de evidencia sobre las iniciativas similares y búsqueda de Evaluaciones de Impacto en Salud realizadas sobre normas equivalentes. Dada la limitación de tiempo se descartó un análisis cualitativo del APL. Una vez revisado el texto, ante la escasa información encontrada, se elaboró una rejilla de análisis en la que se trataba de identificar los avances que supone este anteproyecto en relación con la regulación previa existente. La rejilla no pudo ser cumplimentada finalmente por los referentes del departamento promotor.
5. Revisión de actas y aportaciones realizadas en el proceso de participación en el que se incluyeron grupos e instituciones relacionadas y/o afectadas. Este proceso fue la alternativa ante la imposibilidad de incorporar un análisis cualitativo, dado que requiere un tiempo del que no se disponía (habitualmente supone la realización de entrevistas a referentes identificados o dinámicas de grupos focales en las que participen colectivos e instituciones afectados).
6. Aplicación de la *Herramienta de Evaluación de Impacto en Salud en Aragón* (anexo 2) para el análisis del impacto en salud de la iniciativa. Se realizó en sesiones presenciales en las que participó el grupo de EIS, pero no pudo incorporarse ningún referente del departamento promotor.
7. Debate y elaboración del informe final incorporando los impactos positivos y negativos y formulando las recomendaciones.

Si bien la intención inicial del grupo fue realizar una Evaluación de Impacto en Salud del Anteproyecto de Ley, en un formato rápido o abreviado, durante el proceso descrito se decidió modificar el producto resultante del trabajo, dada la imposibilidad de poder realizar una EIS metodológicamente correcta. Esto se debió a que:

- ✓ El tiempo disponible para el establecimiento de recomendaciones no podía superar finales de noviembre, puesto que el APL quería ser aprobado en consejo de gobierno, para su remisión a las Cortes de Aragón a principios de diciembre. Se disponía, por ello, de 5-6 semanas, plazo muy limitado para realizar una revisión de un tema complejo y ambicioso.

- ✓ Era necesario incorporar al grupo evaluador un enfoque de la disciplina o sector objeto a valorar (departamento promotor) que permitiera establecer criterios o recomendaciones con conocimiento pormenorizado de la propuesta. Este aspecto, de trascendencia, por diversas razones no pudo materializarse.
- ✓ Por la premura de tiempo no ha podido contarse con la necesaria participación de las personas o colectivos afectados, no se pudo desarrollar un análisis cualitativo del APL y, si bien se había contado con las propuestas del proceso de participación, éstas habían tenido una escasa orientación a la mirada de la salud o bienestar de la población.

Por ello, en el grupo de EIS, se acordó generar un informe con recomendaciones y conclusiones que mantenga el espíritu de la Evaluación de Impacto pero que se ajuste al conocimiento científico y a lo trabajado y discutido por el grupo de EIS en este entorno con limitaciones. Se ha considerado fundamental poder realizar aportaciones al texto con la idea de que la salud se contemple no solo en el anteproyecto de ley sino en los futuros desarrollos reglamentarios, e identificando las desigualdades de la población ante este importante determinante que es la vivienda.

El proceso ha supuesto un total de seis sesiones, con el correspondiente trabajo de los miembros del grupo entre reuniones. En todo momento, las decisiones fueron debatidas y tomadas por consenso. Se ha desarrollado entre el 14 de octubre y el 27 de noviembre, si bien los contactos y reuniones entre departamentos empezaron unas semanas antes y el documento presente puede ser objeto de alguna revisión en redacción o aspectos formales con posterioridad.

5. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y DOCUMENTAL.

Para la búsqueda de evidencia científica y de otras EIS existentes en proyectos similares se realizó una revisión bibliográfica con los siguientes descriptores combinados que se fueron completando conforme avanzaba el proceso de búsqueda:

- Vivienda- hogar- house/housing- home
- Evaluación de impacto en salud- EIS- Health Impact Assesment- HIA
- Equidad – - Bienestar – Salud / Equity – Wellness/ wellbeing/welfare-Health
- Ley- legislación- regulación- políticas- Law-Legislation-regulation -policies

A su vez, todos los descriptores anteriores se combinaron con los términos “Evidence / Evidencia” para realizar nuevas búsquedas.

Se utilizaron diferentes bases de datos, revistas científicas y páginas web. Se completaron las referencias con búsquedas manuales, no sistematizadas, que incorporaron nuevos documentos. La bibliografía se distribuyó entre los integrantes del grupo que elaboraron fichas y resúmenes a partir de las cuales se redactaron los hallazgos de evidencia más relevantes relacionados con el anteproyecto de ley que figuran, a continuación, en el correspondiente apartado del informe.

La búsqueda bibliográfica ha tenido un resultado limitado en los descriptores relativos a políticas, legislación, etc. evidenciando la necesidad de avanzar en la publicación de nuevo conocimiento en esta área, en el futuro. Es más amplio el conocimiento adquirido y publicado en aspectos como calidad de vivienda y salud o entorno urbanístico y salud que no ha sido objeto específico de esta iniciativa legislativa.

Se incluyen en la documentación seleccionada revisiones sistemáticas, estudios observacionales, análisis generales o análisis de modelos o intervenciones.

Si bien los contenidos se pueden clasificar según diferentes criterios, los documentos revisados los podemos ubicar en 4 bloques. Es una división teórica, más que real, porque en todos ellos se identifican ejes de desigualdad, poblaciones vulnerables y, en los artículos publicados a partir del 2009, las referencias a la crisis (en formatos diferentes como accesibilidad, inestabilidad o privación económica):

1. Documentos relacionados con la accesibilidad, la inestabilidad en la propiedad o la ocupación de la vivienda y/o la crisis económica. (9)
2. Documentos que repasan la relación entre vivienda y salud revisando algunos de sus determinantes o conceptualizando la relación. (8)
3. Documentos que identifican una o varias iniciativas/políticas de vivienda y miden o evidencian su impacto. (5)
4. Documentos que reflexionan específicamente sobre la Evaluación de Impacto en Salud de iniciativas de vivienda. (3)

De cada uno de los documentos seleccionados se elaboró una ficha en la que se recogen, además de la referencia correspondiente, año de publicación, delimitación geográfica, población a la que se refiere, síntesis de la evidencia y conclusiones que aporta.

Para la revisión de las aportaciones de instituciones y organizaciones en la fase de participación social también se utilizaron descriptores que ayudaran a identificar los aspectos más relevantes aportados. Se buscaron los conceptos salud/bienestar/salubridad/calidad/temperatura/calefacción/ruido/ /refrigeración/urbanismo/mujer/rural/inmigración/mayores/infancia.

Esta búsqueda no ha identificado aportaciones relacionadas con la idea de salud y bienestar, aunque pueda haber elementos, objeto de aportación y discusión, que indiscutiblemente la afectan.

6. PARTICIPANTES EN LA EIS

La EIS ha sido realizada por un grupo en el que se ha buscado la multidisciplinariedad. Específicamente, estaba integrado por profesionales del Departamento de Sanidad y de la Universidad de Zaragoza con formación en diferentes áreas del conocimiento relacionadas con los sistemas de información, promoción o protección de la salud, sistemas de salud, evaluación, documentación, prevención de la enfermedad, salud comunitaria, comunicación y formación en materia de salud, etc. La media de personas asistentes a las reuniones presenciales ha sido de 9.

Como se ha comentado se ha evidenciado una limitación en la participación del enfoque vivienda, aunque todo el proceso, conforme avanzaba, se ha ido compartiendo con el departamento promotor de la iniciativa.

7. INFORME DEL IMPACTO EN LA SALUD DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE LA VIVIENDA DE ARAGÓN.

1. ANTEPROYECTO DE LEY DE VIVIENDA DE ARAGÓN.

El Anteproyecto de Ley se propone como respuesta adaptada al territorio aragonés frente a un problema de gran dimensión social como es la gran dificultad por una parte importante de la población de acceder a una vivienda en nuestro territorio. El texto identifica de manera concreta la población joven como la especialmente afectada y vincula esta circunstancia a las dificultades de emancipación y de construcción de un proyecto vital de futuro. También evidencia las limitaciones al desarrollo económico que supone la imposibilidad de acceder a vivienda de la población trabajadora en un mercado donde se detecta un claro déficit de oferta sobre todo de vivienda de protección y social.

El texto describe que el propósito de avanzar en la accesibilidad de vivienda requiere un esfuerzo que no debe asumir la Administración en solitario, sino que requiere la implicación activa de cuantos agentes privados operan en materia de vivienda. Impulso y esfuerzo que ha de basarse en la utilización de todos, o algunos, de los mecanismos relacionados a continuación, en orden a ofrecer la mejor solución a cada problema específico, y en atención a las circunstancias de cada comarca y municipio, y a las de los diferentes sectores de la población, destinatarios de la política de Aragón en materia de vivienda.

Así, se proponen las siguientes líneas de trabajo:

- Colaboración y coordinación de las diferentes administraciones públicas con capacidad para intervenir en la actividad relacionada con la vivienda: Administración central, autonómica, Diputaciones provinciales, comarcas y municipios.
- Formulación de Planes y Programas en los que habrán de concretarse las promociones necesarias, para su ejecución por periodos de entre cuatro y seis años, atendiendo a las necesidades específicas de los sectores más vulnerables, muy en particular el de los jóvenes a fin de favorecer su emancipación a edades más tempranas de las actuales, y adaptados a las circunstancias de las diferentes tipologías de los municipios de Aragón:
 - a) Su capital, Zaragoza, en donde residen la mitad de los aragoneses, en la que son especialmente viables fórmulas de construcción en régimen de cesión o derecho de superficie, y uso preferente en alquiler.
 - b) Otros municipios con población superior a tres mil habitantes (otros treinta y nueve) para los que son viables modos de promoción en los que, mediando procedimientos de colaboración con la iniciativa privada, su viabilidad está mejor garantizada admitiendo fórmulas de uso inicial en alquiler, pero con opción a compra.
 - c) Resto de municipios, con población inferior a tres mil habitantes (casi otros setecientos) en los que el peso de la inversión necesaria para la promoción de viviendas deberá soportarlo la Administración, y en los que será básico el apoyo de Gobierno de Aragón, no solo en lo económico sino, también, en la gestión de procedimientos administrativos, técnicos y jurídicos.
 - d) Municipios en los que, con independencia de su población, se requiere un especial esfuerzo por razón de la demanda adicional que generan particulares actividades económicas, la turística como principal referencia.

- Garantía de un desarrollo sostenible del territorio de Aragón armonizando el uso racional del suelo y dando preferencia a promociones que mejor contribuyan a la regeneración de los cascos urbanos consolidados, frente a opciones de nuevos desarrollos de suelos.
- Puesta a disposición del cumplimiento de las políticas de vivienda en Aragón cuantos recursos requiera su efectividad, entre ellos los suelos necesarios, en particular de titularidad pública, y comprometiendo igualmente las aportaciones públicas necesarias.
- Consumo racional y sostenible del suelo y preferencia por la rehabilitación, de edificaciones y entornos urbanos, así como la utilización de suelos ya urbanizados, frente a nuevos desarrollos.
- Fomento de la colaboración con la iniciativa privada, incluido el llamado tercer sector, que puede procurar no solo su experiencia y capacitación en la promoción de viviendas sino, también, los recursos económicos y la inversión que, junto a la de origen público, posibilite el objetivo de ampliación de parques de vivienda, públicos y privados, en régimen de venta y en arrendamiento.

2. EVIDENCIA.

En este apartado se expone un resumen del conocimiento obtenido de los documentos revisados en la bibliografía. Se ha estructurado en cinco apartados. En el primero se repasa la relación entre la vivienda y la salud de la población e intenta explicar cuáles son los procesos o factores que explican esta relación. En el segundo se analiza cómo pueden influir en la salud de la comunidad las situaciones de crisis recientemente vividas en las que se intensifican los problemas de tenencia y accesibilidad a una vivienda digna y las desigualdades. En el tercero se identifican los grupos de población que se muestran especialmente afectados, dada la inequidad con la que se presenta este determinante de salud. En el cuarto apartado se recogen las experiencias de iniciativas promovidas en diferentes países y contextos intentando identificar aquellos elementos útiles en nuestro ámbito. Por último, el quinto apartado intenta concluir lo más destacado de todos los anteriores.

2.1 Relación entre vivienda y salud.

La vivienda y su entorno se han identificado desde hace muchos años como factores, cuya influencia en la salud de la población es incuestionable. Así, todos los modelos que describen los llamados “determinantes sociales” incluyen vivienda y urbanismo. (Commission on Social Determinants of Health, 2009 y Dahlgren G y Whitehead, 1991)

Su impacto se puede identificar en diferentes niveles (Solar, O y Irwin, A, 2010). Los “determinantes estructurales”, nos referimos a las políticas o los modelos económicos y sociales, y los llamados “intermedios”, como la disponibilidad de renta, el país de procedencia, la edad, el género o el territorio condicionan la vivienda en la que habitamos y por tanto nuestro nivel de salud y bienestar.

Como consecuencia, la vivienda que nos acoge puede ayudarnos a explicar cuándo, cómo y de qué enfermamos o morimos. Por supuesto que esta interpretación nunca se debe hacer de manera aislada. Como hemos dicho, este factor se interrelaciona con otros, como la situación laboral, la alimentación, el nivel de renta o educativo, la proximidad a entornos verdes o industriales, etc. La desigual distribución de estos factores genera, a su vez, las desigualdades en la salud. Por ello, las poblaciones más vulnerables, mayores, niños/jóvenes, inmigrantes, personas en paro o con un trabajo precario son los que se encuentran en una situación más sensible y desfavorable y sufren o pueden sufrir peor nivel de bienestar y salud.

“La calidad y el entorno de las viviendas se encuentran entre los principales motivos de inequidades por causas ambientales. Las malas condiciones habitacionales son uno de los mecanismos a través de

los cuales las desigualdades sociales y ambientales se traducen en inequidades sanitarias que, a su vez, afectan aún más a la calidad de vida y el bienestar.” (Directrices de la OMS sobre vivienda y salud, 2022)

Sabemos que las condiciones de la vivienda, calidad del aire, humedad, temperatura, calidad del agua, ruido, etc. influyen en la aparición y evolución de muchos problemas respiratorios, asma, complicaciones circulatorias, determinan la frecuentación de los servicios sanitarios o explican, junto a otros factores, problemas de salud mental, como ansiedad, depresión o problemas de sueño. (Thomson, H et al., 2003, Howden-Chapman, P et al. 2023). Además, en un escenario de cambio climático, en el que estamos inmersos, el papel de la vivienda y el urbanismo es modulador del impacto que este fenómeno tiene en la salud de la población. Factores como sostenibilidad o eficiencia energética están vinculados al estado de salud de la comunidad. (Vargas Marcos, F. et al., 2021)

La OMS, en sus directrices sobre vivienda y Salud (2022) identifica y prioriza 5 líneas de intervención donde la evidencia científica es sólida respecto al impacto que las medidas tienen en el bienestar de la población que son: hacinamiento, frío y aislamiento en interiores, calor en interiores, seguridad y traumatismos en el hogar y accesibilidad, pensando en personas con deficiencias funcionales. Además, establece criterios para reducir la exposición a factores ambientales negativos de naturaleza física, química o biológica.

Novoa et al., 2014, proponen un modelo, Figura 1, que ayuda a entender y explicar cómo se establece esta relación y los mecanismos que imbrican vivienda y salud. Coinciden con otros autores (Rolfe, S. et al., 2020 y D’Alessandro, D., 2020) que explican y organizan los impactos según se relacionen con las características de seguridad y accesibilidad de la vivienda, calidad, características sociales y económicas del entorno y factores ambientales y urbanísticos del sitio donde se ubican.

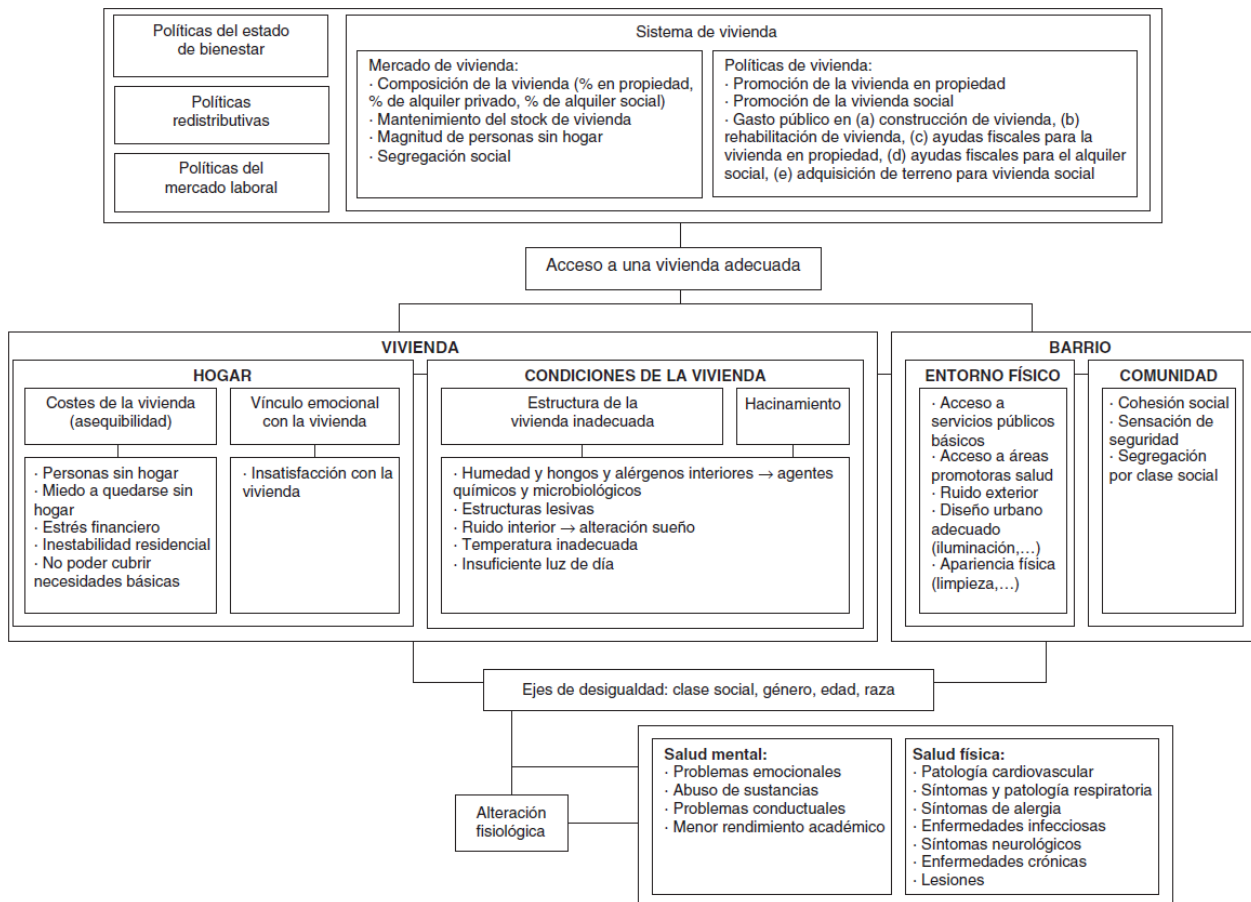


Figura 1. Determinantes de la relación entre vivienda y salud.

Este modelo integra las características de calidad de la vivienda, con todo lo que se relaciona con su accesibilidad y tenencia y sus interacciones físicas y sociales con su entorno o barrio. Es necesario contemplar todos estos aspectos para entender el fenómeno de la vivienda y su relación con la salud.

Es verdad que la evidencia publicada ha incidido más en todo aquello relacionado con los aspectos ambientales, de calidad y habitabilidad, aunque le queda recorrido, (Mesa-Frías, M., 2014) y, menos en lo que tiene que ver con los determinantes estructurales, económicos, sociales y a las políticas públicas.

No es muy abundante la experiencia de evaluaciones en políticas de vivienda dirigidas a la población, aunque si hay consenso sobre la conveniencia y el impacto positivo de las intervenciones de salud pública y, por tanto, en la idoneidad de realizar Evaluación de Impacto en Salud (Bonney, X., 2007 y Thomson, H. et al., 2003). Iniciativas recientes de Evaluación de Impacto en Salud de políticas de rehabilitación (Andiarena, M. et al., 2023) de barrios socialmente deprimidos destacan efectos positivos en la salud en poblaciones desfavorecidas al intervenir en mejoras de aislamiento térmico de las viviendas, accesibilidad a los inmuebles, seguridad y confortabilidad en el interior y en el barrio.

La realización de mejoras en viviendas tiene efectos positivos en salud mental, física y respiratoria mientras que intervenciones que propician reubicaciones y realojos suelen tener un impacto negativo, incluyendo aquellas que propician procesos de gentrificación, es decir, cuando una intervención

implica la salida del barrio o el entorno a las personas que siempre han vivido allí, facilitando la entrada a nuevos ocupantes. Este efecto tiene especial impacto en las poblaciones más mayores incrementando la mala salud percibida, el incremento de procesos crónicos y el empeoramiento de la salud mental. (Vasquez-Vera, H., et al. 2021 y Santos, CJ. et al., 2024)

El entorno físico, aunque no es objeto específico del anteproyecto de ley de vivienda, tiene una fuerte relación con la salud y, por tanto, la planificación urbana es especialmente relevante implicando, niveles de ruido, accesibilidad a servicios, proximidad a zonas verdes, generación de islas de calor, niveles de contaminación del aire, proximidad a activos de salud, como factores que modulan enfermedades crónicas, frecuentación a servicios sanitarios, bienestar emocional o nivel de salud auto percibida (Fundación FOESSA, 2023 y ONU-Hábitat, 2021). Este impacto no es homogéneo en la población y presenta mayor incidencia en poblaciones vulnerables entre los que la literatura identifica mayores, madres y niños. Además, el “barrio” puede reforzar de cohesión social o es crucial para el sentimiento de seguridad. En estos casos permite mejorar la salud en sus habitantes, aunque también puede ser negativo cuando lo que se percibe es lo contrario, inseguridad, violencia o segregación social.

2.2 El impacto en una situación de crisis económica y desigualdad social. La inseguridad en el acceso y la tenencia de la vivienda.

En los últimos años, tal como destaca el anteproyecto de ley, uno de los mayores problemas de las políticas de vivienda es el rápido crecimiento de precios, por encima del IPC. Esta situación, junto a un déficit de vivienda construida y sobre todo de vivienda protegida y social está generando un grave problema social de accesibilidad a una vivienda digna. Y esta circunstancia se produce tanto en compraventa como en alquiler. El preámbulo de la norma identifica a la población joven, entre otras vulnerables, como una de las poblaciones diana y sensibles a esta situación. Este aspecto genera un enorme retraso en la edad de emancipación y, por tanto, en materializar un proyecto familiar, lo que, a su vez, según el anteproyecto normativo, ocasiona un índice de natalidad extraordinariamente bajo y un acelerado envejecimiento poblacional

El Informe FOESSA, 2023 sobre Ingresos y Gastos explica que, si en 1987 una familia debía destinar el conjunto de sus ingresos de 2,9 años para comprar una vivienda, hoy son necesarios 7,7 años de renta bruta del hogar para acceder a dicho derecho a través de la compra. Una situación que está desbordando la capacidad de muchas familias. Y en este contexto, el alquiler, identificado como la única vía posible para cada vez más familias, se ha encarecido hasta en un 44% en los últimos años, convirtiéndose en un factor asfixiante para casi la mitad de las familias que viven en este régimen: un tercio de la población en alquiler sufre estrés moderado y el 16% estrés extremo. De esta manera cada vez es mayor el porcentaje que supone el gasto en viviendas y suministro sobre el gasto total. Si en 2006 los hogares dedicaban un 25% del presupuesto a sufragar su vivienda y suministros, en 2022 deben dedicar un 32,5% del mismo, y este porcentaje es todavía mayor en población desfavorecida (42,6%) frente a los grupos sociales con mayor capacidad adquisitiva (27%). Este hecho influye sobre otros determinantes de salud, dado que para mantener el gasto en este capítulo se tiene que detraer el dinero destinado a alimentación, calefacción, ocio, gastos no previstos, etc.

En los últimos años la crisis económica del 2008, la pandemia por Covid y la persistencia de factores estructurales de desigualdad y pobreza han sido objeto de estudio por numerosos autores que se han centrado en el impacto que tienen para la salud los problemas de accesibilidad a la vivienda, así como el fenómeno de los desahucios o la pérdida del hogar.

Así, en una revisión sistemática (Chen, KL. Et al., 2022) a propósito de las políticas, en USA, Canadá y Reino Unido, que mejoran la accesibilidad y la estabilidad en la vivienda, encuentran mejores resultados en salud frente a la infección por Covid cuando se interviene sobre moratorias en desalojo de vivienda o ayudas o asistencias para el alquiler reduciendo la incidencia o mejorando su pronóstico y mortalidad.

En general, hay consenso en que las condiciones de inseguridad y accesibilidad deficiente a la vivienda empeoran la salud física y mental (Vasquez-Vera, H., et al. 2021). En un estudio en 2019 en Granada realizado en personas que sufrieron una ejecución hipotecaria identificaron impactos en salud mental, ansiedad, depresión problemas, de sueño, empeoramiento de enfermedades crónicas siendo mayor el impacto cuanto peor era la situación socioeconómica de la familia y mayor es el número de personas que la componen (Bernal solano, M., 2019). Aun constatando las diferencias geográficas y culturales, los problemas de accesibilidad a un hogar presentan un patrón común a los diferentes territorios mostrando siempre un impacto negativo en las personas que los sufren, tanto en salud como en calidad de vida relacionándose habitualmente con otros determinantes como son empleo, territorio o renta (Mwoka et al. 2021, Santos, CJ. et al., 2024, Gum-Rveong, P. et al., 2023 y Mason, KE., 2024).

2.3 Grupos especialmente afectados por las dificultades en la vivienda.

Respecto al género, un artículo sobre la relación entre situación laboral e inseguridad en la vivienda en Barcelona, (Reyes, A. et al., 2021) destaca que los efectos negativos de la inseguridad residencial sobre la salud son más evidentes en las mujeres que en los hombres, mientras que los efectos negativos del desempleo son más evidentes en estos últimos. Los resultados sugieren una interacción de la inseguridad residencial y la situación laboral, siendo mayores los efectos negativos en la salud mental de los hombres desempleados sin prestación. Hay una clara diferencia de género en el impacto. Por todo ello para abordar la crisis habitacional y sus efectos sobre la salud se requieren políticas de vivienda integrales que incorporen este enfoque y que incluyan otras dimensiones, como el empleo.

Diferentes estudios se han centrado también en la identificación de otros grupos vulnerables. Niños, jóvenes y madres son sensibles a la inseguridad habitacional, incluyendo desalojo o mudanza forzada, alojamiento temporal, exposición a comportamiento problemático, hacinamiento o malas condiciones. En una revisión sistemática de impacto en la salud de la inseguridad en la vivienda en Reino Unido (Hock, ES. et al., 2024) se detecta un profundo impacto en niños y jóvenes. Se incluyeron impactos relacionados con la escuela, psicológicos, financieros y de bienestar familiar, viajes diarios de larga distancia y malas condiciones de vida, todo lo cual podría exacerbar aún más la inseguridad habitacional.

Un análisis de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos concluyó que gran parte de la diferencia entre las tasas de mortalidad infantil de Estados Unidos y Europa estaba asociada con la mayor prevalencia de partos prematuros en Estados Unidos. Los partos prematuros son la causa más común de mortalidad infantil en las naciones altamente industrializadas y están

vinculados causalmente con factores de estrés psicosocial crónicos y agudos que enfrentan las mujeres embarazadas y determinantes políticos de la salud.

Entre numerosos estudios de investigación que destacan las condiciones socioeconómicas como determinantes de la salud, la vivienda se ha identificado como un determinante social primario que afecta el estado de salud de las personas, lo que lleva a los académicos a conceptualizar la vivienda segura y estable como una “vacuna” determinante social crítica para promover la salud.

Se pueden identificar tres vías principales por las que la vivienda influye directamente en la salud materna e infantil. Estas vías incluyen las condiciones y la *habitabilidad de la vivienda*, el *efecto del barrio* (relacionado con la ubicación de la vivienda) y la *estabilidad/asequibilidad de la vivienda*. Estos tres factores también desempeñan un papel importante en la afectación de los resultados de salud materna e infantil. (Reece, J., 2021)

Respecto al impacto en los mayores, un estudio (Santos, CJ, 2024) examina cómo la inseguridad habitacional afecta la salud física, mental y bienestar de adultos mayores en un contexto de gentrificación en la ciudad de Porto. Utiliza datos de la cohorte EPIPorto (2022) para identificar cómo las condiciones de vivienda, la asequibilidad y la estabilidad influyen en factores como la soledad, la calidad de vida, la función cognitiva y los hábitos de sueño. La percepción positiva del envejecimiento disminuye en aquellos que viven en viviendas sociales o en áreas con altos niveles de contaminación y violencia. La calidad de vida disminuyó en individuos con: viviendas sin calefacción, con problemas de humedad, ruido o contaminación, gasto excesivo en vivienda (más del 40% de sus ingresos) o inseguridad financiera afectando tanto a la salud como al bienestar general.

En un análisis de políticas de vivienda en 5 municipios suecos (Heller, C et al., 2022) se repasa la necesidad de proporcionar vivienda asequible y accesibles para personas mayores diversificando los modelos de tenencia y relacionándolos siempre con un entorno que facilite la accesibilidad a servicios.

2.4 Experiencias de intervenciones en políticas o programas de vivienda con enfoque de salud.

En cuanto a las intervenciones analizadas hay un alto grado de coincidencia en la propuesta de iniciativas para intentar paliar los efectos negativos de la vivienda en la calidad de vida y salud de la población.

En general, los resultados en las intervenciones en vivienda mejoran sensiblemente sus resultados en salud cuando se complementan estas políticas con intervenciones como políticas de rehabilitación, ayudas a la renta, apoyo legal ayudas al alquiler o compra incrementar políticas de favorecer vivienda asequible (Chen, KL. et al., 2025)

Una síntesis de revisiones sistemáticas que examinan intervenciones sobre vivienda y salud en países de la OCDE (Gibson, M. et al. 2011), evaluando su impacto en la reducción de desigualdades en salud identifica cómo las condiciones de vivienda y vecindario afectan la salud a través de tres caminos: condiciones internas de la vivienda (temperatura, humedad, seguridad), características del área (desigualdad económica, seguridad, acceso a servicios) y tipo de tenencia de vivienda (alquiler vs propiedad).

Las mejoras en eficiencia energética y calefacción muestran impactos positivos claros en la salud, particularmente en la salud respiratoria y mental, cuando se aplican a grupos vulnerables como ancianos y personas enfermas.

Trasladar a las familias de vecindarios de mayor pobreza a áreas más seguras puede mejorar la salud mental y reducir la exposición a la violencia. Sin embargo, esto no resuelve los problemas estructurales en los vecindarios de origen.

Las evaluaciones de programas de regeneración sugieren que es difícil medir su impacto debido a la complejidad de las intervenciones y la falta de seguimiento prolongado.

No se encontraron revisiones sistemáticas sobre el impacto de intervenciones en tenencia de vivienda (alquiler vs propiedad) aunque hay estudios (Vasquez-Vera, H., et al. 2021) que identifican como factores de bienestar para las personas que viven en alquiler social el trato del arrendatario, las características de la vivienda, la calidad del vecindario y su situación económica.

En el medio y largo plazo, el desarrollo de políticas de promoción de la vivienda social y de ayudas al pago del alquiler puede contribuir a disminuir las desigualdades en salud relacionadas con la vivienda (Novoa et al., 2009). Además, es necesario incorporar la investigación cualitativa y contar siempre con la participación de las personas afectadas y con un enfoque local. (Thomson, H., 2003)

Aunque sigue habiendo brechas de conocimiento en torno a estrategias preventivas en materia de vivienda y sus resultados en salud, es importante implicar el enfoque de salud en las iniciativas legislativas y en la redacción de códigos y normas para que incluyan el conocimiento sobre viviendas saludables y poder dar apoyo a la población y a entidades y colectivos que promueven iniciativas relacionadas con la vivienda. La experiencia del Comité Conjunto de Vivienda y Salud de la APHA (Asociación Americana de Salud Pública) es muy positiva. Esta iniciativa requiere un enfoque intersectorial. (Krieger y Higgins, 2002 y Daponte Codina, A. et al 2016)

2.5 Ideas relevantes para el análisis.

En resumen, aunque queda un largo recorrido respecto a la investigación de la relación entre vivienda y salud, dada la complejidad del tema y los múltiples factores que le afectan, se asienta ya una base conocimiento con algunas ideas claras:

- **Queda bien establecida una relación entre diferentes elementos relacionados con la vivienda y su impacto en la salud: calidad, habitabilidad, accesibilidad, sostenibilidad, entorno de barrio tanto físico como social, costes económicos y tenencia determinan la calidad de vida y el nivel de salud, físico y mental, de la ciudadanía.**
- **Como en otros determinantes, se observa una desigual distribución de los problemas de vivienda. Son poblaciones especialmente vulnerables: niños, mujeres, mayores, personas en situación de pobreza o de privación económica, desempleados o trabajadores precarios, entre otros.**
- **El abordaje de los problemas de vivienda debe ser contemplado con una mirada amplia y conectarlo con otros determinantes políticos, económicos, sociales o ambientales. Así, situación laboral, nivel socioeconómico, pobreza o marginación deben abordarse de manera**

complementaria a iniciativas o políticas de vivienda. Por ello, políticas de regeneración urbana, reactivación de la vivienda social o rehabilitación han de simultanearse con medidas en el ámbito social y laboral o líneas de ayudas económicas dirigidas a los más vulnerables.

- **Determinadas políticas necesitan de más experiencias evaluativas que las analicen. Es importante la incorporación de la mirada de salud y bienestar en los procesos de diseño y de implementación e incorporar procesos de participación e implicación de las comunidades y personas afectadas por las mismas.**
- **Los modelos de intervención descritos tienen un fuerte componente cultural y geográfico y siempre hay que enmarcarlos en las realidades sociales y políticas de cada territorio. Independientemente del entorno y las poblaciones objeto de estudio hay amplias coincidencias en los hallazgos encontrados y las posibles soluciones a las que se alude en los párrafos anteriores.**

3. IMPACTOS EN SALUD DE LA INICIATIVA

El anteproyecto de ley no contempla efectos directos sobre la salud de la población, pero el análisis realizado por el grupo de trabajo sí que identifica posibles aspectos positivos y negativos.

Los positivos se agrupan alrededor de la idea de mejorar la accesibilidad a una vivienda digna al aumentar la oferta en el mercado. Un mercado que puede ver incrementada la cantidad de vivienda pública, de protección y social. Esto podría contribuir de una manera importante a disminuir tensiones y problemas en determinados grupos de población, especialmente identificados, como jóvenes o población trabajadora con dificultades para acceder a un cobijo próximo a sus puestos de trabajo.

Este impulso lleva aparejado también el incremento de actividad económica y de empleo y, por tanto, generación de riqueza. El impacto local puede ser especialmente relevante.

La generación de vivienda, de alquiler o en propiedad, complementada por ayudas, puede contribuir a que las personas con mayores necesidades estabilicen su situación social y, por consiguiente, a mejorar su bienestar.

Incrementar el parque de vivienda social dota a las instituciones públicas de una herramienta para atender necesidades básicas y para responder a contingencias extraordinarias no previstas.

Por otro lado, el anteproyecto podría mejorar incorporando la mirada de salud al texto. Este enfoque tendría que incluir a los grupos más sensibles como mayores, infancia y mujer en situación de vulnerabilidad o poblaciones en situación de privación social.

En apartados anteriores se ha revisado cómo la vivienda, en su relación con la salud, debe contemplar de manera fundamental la accesibilidad a la misma, pero no puede obviar los elementos de calidad, seguridad o sostenibilidad y su relación con el entorno (barrio, ordenación urbana). Por ello, es importante, que en el texto del APL o, en documentos que lo desarrollen, al menos se establezcan las referencias que asienten esta idea.

Habrá que estar atentos para que el posible crecimiento económico en el sector o en el empleo vaya dirigido a disminuir, en lo posible, las desigualdades sociales, protegiendo a los más necesitados y, para ello, es importante huir de modelos especulativos de los que la historia reciente nos ha permitido aprender.

4. INFORME FINAL SOBRE EL IMPACTO EN LA SALUD DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE VIVIENDA EN ARAGÓN.

4.1 RESUMEN DE IMPACTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

I.- IMPACTOS POSITIVOS

1. Cualquier intervención en vivienda que contemple mejorar la accesibilidad a la misma conlleva mejorar la salud mental y el bienestar emocional. La revisión bibliográfica es coincidente en este aspecto. A mejores condiciones de vivienda y su entorno y de accesibilidad a la misma, mejor salud percibida, menor frecuentación de servicios sanitarios o menos procesos crónicos. Las mejoras pueden ser muy positivas en aspectos como:
 - Stress psicosocial
 - Bienestar emocional
 - Conciliación de la vida familiar y laboral
 - Apoyo, cohesión social y participación (redes familiares, vecinales y sociales)
 - Resiliencia individual y colectiva
2. El anteproyecto plantea incrementar la disponibilidad de suelo y facilitar la promoción de viviendas de nueva construcción. Esto permitiría ampliar la deficitaria oferta de vivienda libre y también de protección oficial y social, lo que redundaría en una mejor accesibilidad a una vivienda digna. El impacto podría ser especialmente relevante en población joven y en población con capacidad adquisitiva media y baja. También en colectivos especialmente desprotegidos sensibles a situaciones de emergencia sobrevenidas (sintecho, personas damnificadas por catástrofes naturales o víctimas de violencia o desalojadas de su hogar).
3. El APL plantea medidas según el tamaño del municipio identificando y respondiendo a la diversidad territorial. Residentes en el ámbito rural podrían beneficiarse si se ejecutan las iniciativas destinadas a municipios más pequeños y también hay claras expectativas positivas en núcleos urbanos de mayor tamaño. Mejorará la accesibilidad a la vivienda y con ello los beneficios de salud de la población.
4. Las previsiones de construcción a corto y medio plazo permiten presuponer un impacto positivo en un determinante estructural de la salud básico, el mercado de trabajo. La oferta de empleo, tanto en construcción como en industrias y servicios auxiliares, puede generar empleo directo. Esta reactivación puede ser de mayor impacto en hombres, cuya presencia laboral en esta actividad es mayoritaria, e inmigrantes, dado que tienen mayor representación porcentual en este sector.

5. Facilitar vivienda puede favorecer la estabilidad y accesibilidad al empleo en territorios donde la falta de vivienda las dificulta. Disponer de vivienda de calidad es un requisito para la fijación de empleo, tanto en servicios públicos (profesores, profesionales sanitarios, trabajadores públicos) como en trabajadores ligados a iniciativas emprendedoras (proyectos empresariales de diferente magnitud, iniciativas de servicios, turísticas, hosteleras...).
6. La propuesta puede facilitar la retención de la riqueza en el área local. Una parte de los beneficios se puede quedar en el área donde se impulsen las promociones de las viviendas generando empleo e incremento de actividad económica y favoreciendo el asentamiento en el territorio.

II.- IMPACTOS NEGATIVOS.

En grupos de población

El APL identifica algunas poblaciones como objetivos inequívocos de la política de vivienda, pero obvia algunas cuya importancia es básica en la estructura social y que son, habitualmente poblaciones objetos de especial sensibilidad en las políticas de salud. Nos referimos a mujeres, niños y mayores. Han sido objeto de manera reiterada en estudios y trabajos sobre el impacto en salud, identificándolos como especialmente sensibles a los mismos.

1. En el caso de las mujeres, cuando están viviendo en ciertas condiciones sociales y económicas (viudedad/soledad, mujeres con hijos/as, violencia de género, bajo nivel de renta o de pensiones) experimentan con mayor frecuencia e intensidad déficits de salud cuando surgen problemas de tenencia o accesibilidad a la vivienda. Esta relación está descrita, sobre todo, para aspectos relacionados con la salud mental, bienestar emocional, ciclos de sueño/descanso, enfermedades crónicas o salud auto percibida.
Una explicación puede ser el papel que la mujer juega en nuestra sociedad en materia de cuidados en el entorno familiar y un hogar digno es un elemento básico en esta representación social. Normalmente esta carencia se relaciona con déficit en otros determinantes como puede ser el empleo, la renta disponible, redes sociales protectoras, entre otros.
2. La infancia también puede estar especialmente desprotegida en situaciones problemáticas de vivienda, tanto por el impacto de las deficiencias en la calidad, o en el riesgo de accidentes, como en todo lo relacionado con los problemas de capacidad de acceder a una vivienda en alquiler o propiedad. Cambios frecuentes pueden ocasionar problemas de adaptación en el entorno educativo y social, así como impactos en la salud física.
Niños y mayores, con sistemas inmunitarios inmaduros o senescentes son más sensibles a problemas ambientales.
3. En una sociedad envejecida, tal y como se reconoce en el propio proyecto normativo, es una limitación no contemplar específicamente a esta población. Si bien los problemas de accesibilidad a la tenencia de vivienda son diferentes a otros grupos de población es verdad que requieren medidas adecuadas ligadas a la rehabilitación para mejorar las condiciones del entorno o para adaptar las mismas a las limitaciones típicas de la edad. La edad también puede agravar las limitaciones de accesibilidad, tanto física como económica, a servicios o bienes o infraestructuras). El pronóstico y evolución de procesos crónicos, la salud percibida, el bienestar emocional tienen estrecha relación con estas

circunstancias.

En relación con los determinantes de salud

1. Respecto a la vivienda y su situación material (estado de la vivienda y/o del edificio) y de su comunicación (distancia a bienes, servicios e infraestructuras), el proyecto normativo no lo contempla en el texto. Sabemos que la calidad de la vivienda determina la exposición a contaminantes biológicos, al aire respirado o al agua de consumo de calidad, a temperaturas extremas, tanto por frío como por calor o humedad. Parece coherente reflejar estos aspectos, aunque sea de manera mínima en un texto regulador básico.
2. El entorno residencial no puede dissociarse de la idea de vivienda. Nos referimos a calidad de agua, aire o suelo del entorno, ruidos, gestión de residuos, disponibilidad de espacios que posibiliten las relaciones sociales, zonas verdes de proximidad que ayuden a proponerse actividades ejercicio físico o densidad de tráfico, que influye a la vez a todo lo anterior.
3. Como en los casos anteriores tampoco se contempla lo referido a sistemas de transporte y movilidad, en concreto, acceso a transporte público y condiciones en las que se puede transitar en el privado, disponibilidad de infraestructuras que fomenten la movilidad activa (paseos, carriles bici). Una vez más, aunque se plantee un objetivo determinado en la norma es importante que la idea de la vivienda se relacione con la del urbanismo del entorno. Sabemos, con niveles de evidencia robusta, que todos estos factores influyen en la salud de la población por lo que al menos podría ser importante ponerlo en valor en el texto estudiado.
4. El modelo de ciudad/municipio no se contempla directa o indirectamente. Si bien puede ser un elemento a considerar en la planificación a nivel local, una norma sobre este tema, al menos por su relación con la salud de la ciudadanía, mejoraría con su inclusión.

4.2 RECOMENDACIONES.

A continuación, se presentan una serie de recomendaciones para el futuro texto o su desarrollo normativo de este anteproyecto de ley. Si bien, no todas se corresponden con los impactos positivos o negativos descritos, son una síntesis de los debates del proceso de análisis.

Contexto.

En septiembre del 2024 se iniciaron contactos entre los departamentos de Sanidad y Fomento, Vivienda, Logística y Cohesión Social con el fin de promover una Evaluación de Impacto en Salud (EIS) del Anteproyecto de Ley (APL) de Vivienda en Aragón. Este acuerdo verbal, tanto a nivel técnico como directivo, se corroboró por escrito el día 23 del citado mes.

Con esta finalidad el 14 de octubre se formó un grupo de trabajo en el que han participado profesionales del Departamento de Sanidad, direcciones generales de Salud Pública y Asistencia Sanitaria, así como de la Universidad de Zaragoza.

Si bien la propuesta inicial fue proponer un procedimiento de EIS esta idea ha sido finalmente desechada por varias razones.

✓ El tiempo disponible no puede superar finales de noviembre, dado que el APL quiere ser aprobado en consejo de gobierno, para su remisión a las Cortes de Aragón a principios de diciembre. Se dispone, por ello, de 5-6 semanas, plazo muy limitado para realizar una revisión de un tema complejo y ambicioso.

✓ Es necesario incorporar al grupo evaluador un enfoque de la disciplina o sector objeto a valorar que permita establecer criterios o recomendaciones con conocimiento pormenorizado de la propuesta. Este aspecto, de transcendencia, por diversas razones no ha podido materializarse.

✓ Por la premura de tiempo no ha podido contarse con la necesaria participación de las personas o colectivos afectados, no se ha podido desarrollar un análisis cualitativo del APL y, si bien se ha contado con las propuestas del proceso de participación, éstas han tenido una escasa orientación a la mirada de la salud o bienestar de la población. En el momento que se redacta este documento aún no se ha cerrado la valoración de las mismas y su devolución a los colectivos y entidades que las propusieron.

Se realizan, pues, estas recomendaciones sobre el texto propuesto al proceso de participación ciudadana en septiembre y a la espera de cerrar el mismo. Por tanto, algunas de las propuestas podrían perder consistencia en versiones posteriores del documento.

Aún con todas estas limitaciones, el grupo evaluador acordó mantener una línea de trabajo y elaborar una serie de recomendaciones basadas en el conocimiento científico y la evidencia publicada, así como en el debate del propio grupo. De esta manera se establece y reconoce la fuerte conexión que existe entre el estado de salud de la población la misma y las condiciones y factores que rodean a la vivienda que habita.

Es importante recordar que el objetivo de las recomendaciones es maximizar los efectos positivos que la ley tiene en la salud de la población y minimizar los posibles efectos negativos. Y en todo caso intentar que las desigualdades entre diferentes grupos de población no golpeen de manera singular a los grupos más vulnerables, empeorando su situación.

Por último, somos conscientes de que la estructura y técnicas de una norma de rango de ley no siempre permiten todos los contenidos que querríamos. Por ello, algunas o muchas de las indicaciones, en caso de no poderlas abordar en este borrador, sí que podrían incorporarse en desarrollos posteriores (decretos, ordenes, planes o programas).

Por todo ello se realizan las siguientes **Recomendaciones:**

1. Creemos importante constatar la importancia de la vivienda en la salud y el bienestar de la población en el texto, al menos en el preámbulo. El concepto salud refuerza la importancia de esta iniciativa política pública, al mejorar la accesibilidad de la población a un recurso básico, como es una vivienda digna. Facilitar una vivienda en condiciones a los colectivos que más la necesitan, más allá de un imperativo legal y un derecho, es un camino para mejorar la salud y bienestar de la población aragonesa. La vivienda es una vacuna social para proteger a la ciudadanía y sobre todo a los grupos más sensibles y vulnerables posibilitando mejores niveles de bienestar y reduciendo las brechas de inequidad entre los que más y menos pueden económicamente.

2. La evidencia nos permite recomendar que el impacto positivo que puede tener el APL en determinados grupos de población, que la norma cita de manera expresa, puede ser mayor si incluye a otros colectivos con medidas específicas. Nos referimos a:

a. Personas de edad avanzada. Los nuevos modelos de vivienda, que el texto contempla, podrían hacerse extensibles para mayores. La evidencia es sólida al identificarlas como unas de las poblaciones a proteger y más vulnerables en su salud como consecuencia de situaciones adversas de vivienda. En este grupo de población también sabemos que las políticas de rehabilitación son más positivas que las de vivienda nueva, ya que minimizan los efectos negativos que puedan tener los cambios de entorno.

b. Las mujeres en ciertas condiciones (viudedad, mujeres con hijos, violencia de género, con prestaciones económicas bajas...) pueden formar parte importante de grupos vulnerables. Responde a un modelo de construcción social donde la mujer asume los cuidados y sufre más impactos negativos en su salud por la pérdida o las dificultades de mantener su hogar. Es un colectivo a contemplar de forma especial en las medidas de apoyo a la vivienda.

c. Los niños/as que integran las unidades familiares son sensibles al déficit de calidad de la vivienda y su entorno impactando en su salud. También a situaciones de inestabilidad de vivienda, afectando a su salud física y bienestar emocional. Además, se puede alterar su rendimiento educativo y la construcción de sus relaciones sociales. Por ello son un objetivo de especial protección en posibles medidas que se planteen en desarrollos normativos o planes posteriores. En el caso de la infancia las medidas que ahora se planifican tienen un impacto a largo plazo puesto que sabemos que las intervenciones y experiencias que impactan en los primeros años de vida pueden tener especial importancia en las diferentes etapas de la vida de las personas

3. La ley no incluye avances en la mejora de la calidad vivienda características constructivas, accesibilidad, conectividad... Se podrían reforzar las líneas dirigidas a rehabilitación que puedan resolver limitaciones en este ámbito y que puedan corregir problemas relacionados con humedad, temperaturas inadecuadas, ruido, déficit en ventilación, acceso a agua y aire de calidad, riesgo de accidentes, etc.

Puede que la norma no sea el instrumento para su desarrollo, pero es importante que al menos contemple los elementos de calidad como fundamento de la idea de una vivienda digna y lo enlace o lo desarrolle en otros documentos.

4. Avanzar en la accesibilidad a una vivienda digna tiene un claro impacto positivo pero esta relación se potencia y amplifica si se complementan las políticas de vivienda con otro tipo de ayudas u otras iniciativas de apoyo, de carácter social, económicas o laborales. De nuevo la necesidad de la intersectorialidad se revela imprescindible en la fase de implementación. Regulación posterior o instrumentos de planificación podrían entrar más a detallar en aspectos como composición familiar, niveles de ingreso, situación laboral o posibles ayudas complementarias.

Habría que tener en cuenta que al mismo tiempo que a la vivienda es necesario destinar recursos a otros determinantes como suministros, energía, alimentación.

5. Es ineludible la relación de la vivienda con su entorno, servicios, etc., tanto en sus aspectos físicos como en aquellos sociales (concepto de barrio). La nueva construcción de vivienda que se plantee puede no alcanzar en plenitud sus objetivos si no integra esta idea. No bastara acceder a una vivienda digna si ésta no se enmarca en un ambiente protector o, al menos, no hostil.

6. Como en puntos anteriores la norma se reforzaría de manera importante en sus implicaciones poblacionales al incorporar el eje de la sostenibilidad y el respeto al eje ambiental en un entorno de claro cambio climático. Básico para poblaciones vulnerables por edad o por razones sociales o por carga de enfermedad.

7. Puede ampliar los efectos positivos identificar el papel que pueden tener las infraestructuras y la planificación de la movilidad respetuosa con el entorno y que facilite la accesibilidad en medios públicos de transporte y la práctica de la actividad física en la proximidad. Incidir en este enfoque mejora salud y bienestar físico y emocional. La ley podría contemplar este tema o ser objeto en desarrollos posteriores o enlazarla con otros textos que así lo hagan. En este punto, la mirada del territorio y contemplar las infraestructuras en el entorno rural es importante para avanzar en equidad entre diferentes ámbitos geográficos y urbanísticos.

8. Es necesario evitar efectos indeseables como la “gentrificación” o la formación de “guetos”, de manera que medidas dirigidas y diseñadas a mejorar la situación de las personas respecto a la vivienda y su entorno puedan generar el desplazamiento de aquellos que menos pueden de barrios donde viven, facilitando la entrada a personas con mayor poder adquisitivo o generando barrios especialmente desfavorecidos.

9. La norma puede impactar de manera muy positiva en políticas macroeconómicas porque puede repercutir en inversiones públicas y privadas. Dinamiza economía, pero puede generar desigualdad. El seguimiento de su implementación debe poder detectar un posible giro a fomentar una cultura especulativa (impacto negativo) frente al papel de la vivienda como elemento de integración social (impacto positivo). El desarrollo legislativo posterior habría de hacerse contemplando una mejora en estos valores sociales.

10. La previsible generación de empleo puede tener implicaciones muy positivas. Habrá que estar vigilantes para que esta iniciativa incorpore siempre empleos de calidad y respetuosos con el marco de prevención y promoción de la salud en el trabajo.

11. La ley incluye la participación social en la fase de diseño. Sería importante establecer mecanismos participativos en las otras fases, como en la implementación, de manera que se avance y, si es posible, se garantice la implicación de las comunidades y colectivos afectados. Esto es especialmente relevante a nivel local. Además, debería de incluir elementos de intersectorialidad. Sabemos que en todas las iniciativas sectoriales la implicación de la ciudadanía facilita su éxito y que la participación social es un factor protector del bienestar y la salud.

12. Es fundamental plantear un sistema de información y de evaluación que permita un seguimiento, revisión y reajuste de las medidas propuestas. Estos sistemas podrían incorporar un enfoque de salud que permita hacer seguimiento del resultado en el bienestar de las comunidades afectadas.

Todas las recomendaciones se realizan desde el enfoque de “Salud en Todas las Políticas” y “Una salud”. Una iniciativa pública a este nivel puede ser palanca de mejora en el bienestar de la población y contribuir a la reducción de las desigualdades poniendo el foco en las personas que más lo necesitan. De manera recíproca, el enfoque de salud incorporado a una iniciativa normativa puede mejorar su efectividad y mejorar la comprensión y adhesión social.

Como en otros procesos evaluativos, el grupo de trabajo recuerda la necesidad de realizar un seguimiento de las recomendaciones realizadas para poder valorar su efectividad.

Zaragoza, diciembre de 2024

ANEXO 1. Herramienta de Cribado para la Evaluación Rápida de Impacto en Salud¹

Nombre de la propuesta a evaluar:

Personas y organizaciones que han colaborado en esta evaluación:

Fecha de realización de la evaluación:

| Aspectos a valorar | No (0) | No se sabe (1) | Sí (2) |
|---|--------|----------------|--------|
| 1. ¿Existe una posibilidad real para influir en el proceso de toma de decisiones? | | | |
| 2. ¿Existe suficiente información sobre la propuesta para poder evaluar sus impactos en la salud? | | | |
| 3. ¿Los siguientes impactos potenciales (positivos y negativos) son suficientemente importantes como para justificar la realización de una EIS? | | | |
| a. Impacto en políticas socioeconómicas | | | |
| b. Impacto en disponibilidad y acceso a recursos materiales y servicios | | | |
| c. Impacto en vivienda y entorno residencial | | | |
| d. Impacto en estilos de vida y factores psicosociales relacionados con la salud | | | |
| 4. ¿Cuál es la probabilidad de que los impactos en la salud de esta propuesta sean mayores para los grupos en situación desfavorecida? | | | |
| SUMA DE PUNTUACIONES ² | | | |

- Si la puntuación total es menor o igual a 5: no es necesario continuar con la evaluación.
- Si la puntuación está entre 6 y 10, los resultados reflejan una incertidumbre que hace necesario continuar con el siguiente punto (punto 3), o analizar al menos aquellos aspectos con una puntuación de 2.
- Si la puntuación total es mayor o igual a 11: se seguirá con el siguiente punto. Se recomienda realizar EIS.

¹ 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

² Aunque la puntuación total indique que no es necesario continuar con el proceso de EIS, las respuestas a una pregunta concreta del Cribado pueden indicar la necesidad de ahondar en la evaluación de ese aspecto. Por ejemplo, si la puntuación total ha sido 5, pero se ha indicado que la acción tiene un impacto en la salud mayor para los grupos en situación desfavorecida, este aspecto debería ser considerado adicionalmente.

ANEXO 2. Herramienta de EIS en Aragón

**HERRAMIENTA DE
EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD.
ARAGÓN**

Junio de 2019 (VFINAL)

Índice

| | |
|---|----|
| <u>I. ¿POR QUÉ UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD?</u> | 34 |
| <u>Características y objetivos de la Herramienta de Evaluación de Impacto en Salud de Aragón.</u> | 35 |
| <u>Proceso para aplicar la herramienta.</u> | 35 |
| <u>II.HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD</u> | 35 |
| <u>CONSIDERACIONES PREVIAS</u> | 36 |
| <u>SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA INICIATIVA A EVALUAR.</u> | 37 |
| <u>SECCIÓN 2. POBLACIÓN POTENCIALMENTE AFECTADA POR LA PROPUESTA</u> | 40 |
| <u>SECCIÓN 3. IMPACTO SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LAS DESIGUALDADES EN SALUD</u> | 42 |
| <u>SECCIÓN 4. INFORME FINAL DEL ANALISIS Y VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE EIS COMPLETA U OTRO TIPO DE EVALUACIÓN</u> | 15 |
| <u>Anexo 1.Impactos Negativos en los grupos afectados.</u> | 51 |
| <u>Anexo 2. Fuentes de evidencia de uso de EIS en portales especializados en revisiones sistematicas sobre efectividad (Tomado del Centro de Recursos de Evaluación de Impacto en Salud. Andalucía)....</u> | 52 |

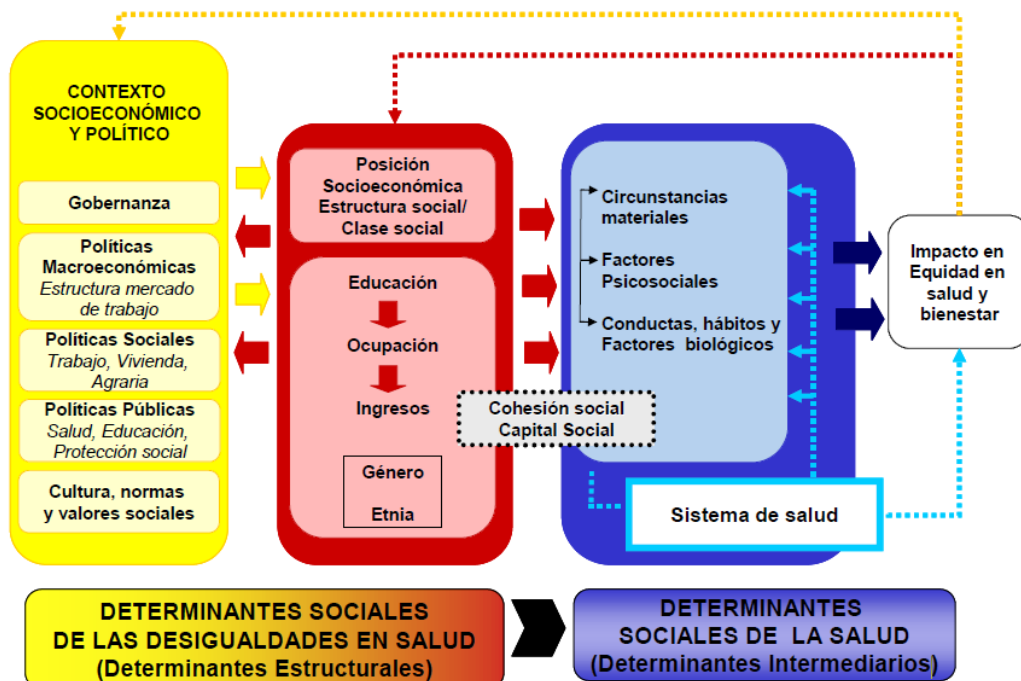
1. ¿POR QUÉ UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD?

La salud no está únicamente determinada por las políticas en el Sistema de Salud, sino que está influenciada por las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas. Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Por tanto, políticas e iniciativas de otros sectores (como por ejemplo urbanismo, empleo, medioambiente, servicios sociales, etc.) tienen un impacto positivo o negativo en la salud.

La Evaluación de Impacto en Salud (EIS) es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos. Permite identificar el impacto diferencial que puede tener una política o actuación en la salud de distintos grupos de población, analizar las desigualdades sociales en salud que genera y avanzar hacia la equidad en salud de la población. A través de la EIS se valora el efecto en los distintos determinantes sociales de la salud, siguiendo el marco desarrollado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (figura 1) y se realizan recomendaciones orientadas a maximizar el impacto positivo en salud y minimizar el negativo.

La EIS se puede aplicar a políticas, programas, actuaciones, proyectos... tanto de carácter público como privado, por lo que en este documento se hablará de iniciativas para referirnos a todos ellos.

Figura 1. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.



Características y objetivos de la Herramienta de Evaluación de Impacto en Salud de Aragón (EIS).

Las herramientas de EIS facilitan la decisión acerca de la pertinencia o no de la realización de una EIS completa de la iniciativa sobre la que se aplica y sirven para reflexionar y hacer recomendaciones.

Esta herramienta ha sido elaborada por el grupo de trabajo de Evaluación de Impacto en Salud del Departamento de Sanidad de Aragón, tras un proceso de revisión de otras ya existentes³. Consta de cinco bloques:

1. **Un apartado preliminar:** identifica la persona o equipo que realiza la evaluación y la existencia de los antecedentes sobre impacto en salud de iniciativas similares.
2. **Sección 1: Identificación y características de la iniciativa a evaluar.** Se contemplan cuatro objetivos:
 2. Identificación de la iniciativa.
 3. Características del tipo de propuesta que se evalúa, incluyendo consideraciones de carácter general.
 4. Coherencia con los documentos estratégicos del Gobierno.
 5. Nivel de participación y acción intersectorial.
1. **Sección 2: Población potencialmente afectada por la iniciativa.** Identifica la población a la que se dirige la intervención y realiza la valoración del impacto en diferentes grupos de población.
2. **Sección 3: Impacto sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud.** El objetivo es valorar el impacto de la iniciativa en los diferentes determinantes sociales de la salud.
3. **Sección 4: Informe final del análisis y valoración de la necesidad de EIS completa u otro tipo de evaluación.** Se describen los impactos positivos y negativos, se realizan recomendaciones y se evalúa la necesidad de realizar o no una evaluación completa de impacto en salud.

Proceso para aplicar la herramienta.

Para la utilización de la herramienta se recomienda el siguiente proceso:

1. Constituir un grupo multidisciplinar, de reducido tamaño (alrededor de 4 personas) integrado, al menos, por promotores de la iniciativa y un técnico de apoyo del equipo EIS de Salud Pública. Valorar la posibilidad de incorporar representación de población afectada por la iniciativa.
2. Revisión bibliográfica sobre la existencia de:
 1. Evidencia sobre los efectos de iniciativas similares sobre la salud
 2. EIS realizadas que tengan relación con la iniciativa propuesta.
3. Aplicación de la herramienta de acuerdo al orden de las secciones. Se alternan espacios para el desarrollo por escrito de los diferentes apartados y tablas de cumplimentación con listados abiertos de poblaciones y determinantes potencialmente afectados por la iniciativa evaluada. La herramienta aporta Anexos como elementos de apoyo metodológico cuando el grupo de trabajo considere necesario ampliar el análisis de la sección de que se trate.
4. Elaborar un informe final con los impactos positivos, negativos y las propuestas e identificar la necesidad o no de realizar una EIS completa.

5. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD

³ Revisión de Herramientas de EIS de Comunidad Valenciana, País Vasco, Andalucía, Cataluña, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Londres.

CONSIDERACIONES PREVIAS

¿Quién realiza la evaluación?

Impulsor/es de la iniciativa

Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Representante de EIS de Salud Pública

Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Representantes de la población afectada en la evaluación

Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Persona de referencia de la Evaluación de impacto:

Teléfono contacto: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Correo-e: Haga

clic o pulse aquí para escribir texto.

¿La información de la que se dispone acerca de la iniciativa, es suficiente? Haga constar la base documental del proyecto actual. (Enlaces o documentos adjuntos)

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Existe conocimiento sobre iniciativas similares y sus resultados, o si se ha realizado una evaluación de impacto en salud? Haga constar aquí las referencias y puntos clave a tener en cuenta según esta revisión.

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA INICIATIVA A EVALUAR

1.1. Identificación de la iniciativa a evaluar:

Nombre de la iniciativa: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Unidad/Departamento/Institución responsable: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Persona de contacto de la propuesta: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Teléfono: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Correo: Haga clic o

pulse aquí para escribir texto.

Fecha de cribado: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

○ **Características de la iniciativa.**

▪ **Objetivo:**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

▪ **Justificación:**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

▪ **Tipo:**

a. Política normativa:

- Ley
- Real Decreto/Decreto
- Presupuestos
- Otras (especificar):

b. Política no normativa:

- Estrategia
- Plan
- Programa
- Otras (especificar):

▪ **Fase de la propuesta en el momento de la realización de la EIS:**

- Diseño técnico y formulación
- En fases de aprobación
- En implementación
- En evaluación y reformulación

▪ **En el estado actual de desarrollo de la iniciativa:**

- ¿Es posible introducir cambios mayores?
- ¿Es posible introducir cambios menores?
- ¿Es posible interrumpir la propuesta?

- **Coherencia de la iniciativa: Coherencia con los ejes principales del Plan de Gobierno y del Plan de Salud formulados por el Gobierno de Aragón.**

- ¿La intervención se corresponde a alguno de los ejes principales del Plan de Gobierno de Aragón?

| Ejes principales | Sí | No | Dudoso |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Medidas que contribuyan a la estabilidad social | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Protección e impulso de una educación de calidad, la sanidad pública universal y los servicios sociales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Reforma de la arquitectura institucional aragonesa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Medidas para la incentivación de la economía aragonesa, con especial atención en la recuperación del empleo y en políticas de innovación. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vertebración racional del territorio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lucha contra la pobreza y la exclusión social. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- ¿La intervención se impulsa de acuerdo a alguna de las líneas estratégicas del Plan de Salud de Aragón 2030?

| Líneas Estratégicas <i>Plan de Salud 2030</i> | Sí | No | Dudoso |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.Salud en todas las políticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.Salud en todas las etapas de la vida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.Orientación del sistema sanitario hacia las personas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.- Información, investigación y formación para la salud | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

○ **Nivel de Participación y Acción Intersectorial en la propuesta**

- **¿El desarrollo de la iniciativa implica algún mecanismo de participación social? En caso afirmativo:**

a. ¿Qué tipo de participación?

Informativa: Dar información equilibrada y objetiva a las personas para ayudarlas a comprender el problema, las alternativas, oportunidades y / o soluciones.

Consultiva: Obtener retroalimentación de las comunidades afectadas en el análisis, alternativas y / o decisiones.

Participativa: Trabajar directamente con las comunidades durante el proceso, para garantizar que las preocupaciones y aspiraciones públicas sean bien entendidas y consideradas.

b. ¿En qué fases del proceso de desarrollo de la iniciativa se incluye participación social? (puede señalar varias opciones)

Diseño

Implementación

Evaluación

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

- **¿El desarrollo de la iniciativa incluye acción intersectorial? En caso afirmativo,**

a. ¿Qué tipo de acción?

Información

Cooperación/Coordinación

Intersectorial/Enfoque de Salud en Todas las Políticas

b. ¿En qué fases del proceso se incluye acción intersectorial?

Diseño

Implementación

Evaluación

c. ¿Qué sectores se han visto implicados?

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

SECCIÓN 2. POBLACIÓN POTENCIALMENTE AFECTADA POR LA PROPUESTA

El objetivo de esta sección es identificar las poblaciones que pueden verse afectadas por la iniciativa evaluada y valorar el tipo de impacto (tabla 2.1). Cumplimente conforme a la siguiente guía:

- Identifique la población diana.
- Además de la población diana, puede haber otros grupos sociales que se vean afectados por la intervención de manera indirecta, produciéndose un impacto positivo o negativo. Se debe prestar especial atención a aquellos colectivos más vulnerables con el fin de evitar potenciar las desigualdades. Considere si existe algún otro grupo afectado que no esté incluido en la columna de la izquierda y hágalo constar en las últimas filas de la tabla 2.1.
- Valore la existencia o no de impacto en todos los grupos detallados y en los que haya añadido usted de acuerdo con las características de la intervención. Identifique el tipo de impacto en función de la escala siguiente:
 - Muy positivo: (++)
 - Positivo: (+)
 - Sin impacto (0). En caso de que se valore que la política evaluada no va a tener impacto sobre ese grupo de población, se identificara como categoría 0 (cero).
 - Negativo: (-)
 - Muy negativo: (--)
 - Dudoso: Es posible que haya impacto, pero no hay suficiente conocimiento para estimar que este pueda ser positivo o negativo.
- Por último, si desea realizar un análisis y un resumen más detallado de los impactos negativos en los grupos de población identificados, puede realizarlo en la tabla del Anexo 1, donde se incorporan las variables tipo de impacto y nivel de complejidad, así como otras informaciones necesarias para tomar decisiones y realizar las recomendaciones que haría a la propuesta.

- a. ¿A qué población o grupo social va dirigida la intervención? (Describa con el máximo detalle la población diana)
- b. Valore en la tabla siguiente el impacto en la población diana y en otros grupos de población que puedan verse afectados por la intervención. Revise los grupos propuestos y, en su defecto, añada los que considere.

| Tabla 2.1. Valoración del impacto en salud en grupos de población | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|-----------------------------------|
| | Valoración del impacto en estas poblaciones | | | | | Dudoso | Comentarios. Justificación |
| | ++ | + | 0 | - | -- | | |
| Toda la población (universal) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Hombres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Mujeres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población mayor de 65 años | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población infantil (0-12) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población joven (13-17) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población joven (18-30) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Personas desempleadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población con posición económica alta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población con posición económica media | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población con posición económica baja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Personas sin techo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Personas en función de su orientación sexual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población con diversidad funcional (física y/o mental) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población institucionalizada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población con enfermedades crónicas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Población inmigrante (baja renta per cápita) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Personas cuidadoras | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Residentes en ámbito rural | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Residentes en ámbito urbano | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Personas de etnia gitana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Otras poblaciones con impacto potencial (explicitar): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |

SECCIÓN 3. IMPACTO SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Este apartado consta de cinco tablas. La primera recopila los **determinantes estructurales** de las desigualdades en salud. Las tres siguientes se corresponden con los **determinantes intermedios**.

Recomendaciones de aplicación

- Identifique si la iniciativa va a tener efecto en los determinantes sociales incluidos en la columna de la izquierda y valore el tipo de impacto de acuerdo con la escala utilizada.
 - Muy positivo: (++)
 - Positivo: (+)
 - Sin impacto (0) En caso de que se valore que la política evaluada no va a tener impacto, se identificara como categoría 0 (cero).
 - Negativo: (-)
 - Muy negativo: (--)
 - Dudoso: Es posible que haya impacto, pero no hay suficiente conocimiento para estimar que este pueda ser positivo o negativo.
- Una vez identificado el impacto para un determinante social de la salud, trate de valorar si existe algún grupo o subgrupo de población potencialmente afectado (puede tomar como referencia las poblaciones de la tabla 2.1 en la sección 2).

Una quinta tabla, resume los impactos negativos en los determinantes y los caracteriza según su intensidad, probabilidad y permanencia.

5. **Intensidad:** Nivel máximo de modificación en los determinantes de la salud que podría suponer la implantación de las medidas, sin tener en cuenta otras consideraciones.
6. **Probabilidad:** Posibilidad de ocurrencia de un cambio significativo en los determinantes de la salud asociados, como consecuencia de la implantación de las medidas previstas en el plan.
7. **Permanencia:** Grado de dificultad para poder establecer correcciones y que se mantengan en el tiempo

Tabla 3.1. Determinantes estructurales

| Contexto Socioeconómico y político | Tipo de impacto | | | | | Dudoso | Grupos especialmente afectados* |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|---------------------------------|
| | ++ | + | 0 | - | -- | | |
| Cultura y Valores sociales (salud, justicia social, Sostenibilidad, equidad) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Políticas del Estado de Bienestar (políticas sociales, salud, educación) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Políticas Macroeconómicas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Mercado de Trabajo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Gobernanza/Buen Gobierno | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Estructura Social (ejes de desigualdad) | Tipo de impacto | | | | | Dudoso | Grupos especialmente afectados* |
| | ++ | + | 0 | - | -- | | |
| Género | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Clase Social (ingresos, nivel de estudios) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Origen/Etnia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Edad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Territorio (urbano-rural, áreas degradadas etc) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Diversidad funcional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Orientación sexual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Otros (especificar) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |

Tabla 3.2. Determinantes intermedios

| Recursos materiales y Condiciones de vida | | Tipo de impacto | | | | | | |
|---|---|-----------------|---|---|---|----|--------|---------------------------------|
| | | ++ | + | 0 | - | -- | Dudoso | Grupos especialmente afectados* |
| Condiciones de empleo y trabajo | Oportunidades de empleo | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Calidad del empleo (estabilidad, jornada laboral, ingresos adecuados) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Condiciones de trabajo (seguridad e higiene, riesgos físicos y psicosociales) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| Vivienda y situación material | Calidad de la vivienda (estado de la vivienda y del edificio) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Comunicación (distancia a bienes, servicios e infraestructuras) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| Entorno residencial | Calidad del agua, aire y suelo | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Ruidos, Contaminación acústica | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Gestión de residuos | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Disponibilidad de espacios públicos adecuados para las relaciones sociales | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Disponibilidad de zonas verdes | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Densidad del tráfico | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| Infraestructuras del transporte/movilidad | Transporte público | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Transporte privado | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Disponibilidad infraestructuras que fomenten la movilidad activa (paseos, carril bici, etc) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| Servicios de salud | Calidad técnica (infraestructuras, servicios) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Continuidad de cuidados, seguridad | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | Calidad percibida (satisfacción de los usuarios/as) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |

Tabla 3.3. Determinantes intermedios

| Recursos materiales y Condiciones de vida | | Tipo de impacto | | | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|---------------------------------|
| | | ++ | + | 0 | - | -- | Dudoso | Grupos especialmente afectados* |
| Retención de la riqueza en el área local | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Acceso a los servicios y bienes básicos | Empleo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | Educativos, formación, habilidades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | Alimentación | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | Vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | Servicios Sanitarios | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | Servicios y prestaciones sociales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | Acceso a espacios culturales y de ocio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | Acceso a Internet (señal de internet, dispositivos electrónicos, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | Comercios | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Seguridad (física, libertad de movimientos, delincuencia) | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Trabajo doméstico y de cuidados | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| Otros (especificar) | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |

Tabla 3.4. Determinantes intermedios

| Factores Psicosociales | Tipo de impacto | | | | Dudoso | Grupos especialmente afectados* |
|--|-----------------|---|---|---|--------|---------------------------------|
| | ++ | + | 0 | - | | |
| Estrés psicosocial (inseguridad laboral, discriminación) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Bienestar emocional | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Conciliación de la vida familiar y laboral | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Apoyo, cohesión social y participación (redes familiares, vecinales, sociales) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Resiliencia individual y colectiva | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Otros (especificar) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Factores Conductuales | Tipo de impacto | | | | Dudoso | Grupos especialmente afectados* |
| | ++ | + | 0 | - | | |
| Actividad física | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Alimentación saludable | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Consumo de tabaco | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Consumo de alcohol | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Consumo de sustancias ilegales | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Otras conductas adictivas (juego online, adicciones tecnológicas, etc) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Práctica de sexo seguro | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Actividades que fomenten la relación interpersonal | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Otros (especificar) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |

Una vez realizada la valoración del impacto en los diferentes determinantes de la salud, recoja en la siguiente tabla los impactos negativos y su caracterización según tres parámetros (Intensidad, probabilidad y permanencia). Cada uno de ellos se categoriza como Alta/Media/Baja.

Tabla 3.5 Resumen de Impactos negativos

| Determinante | Intensidad Alta/Media/Baja | Probabilidad Alta/Media/Baja | Permanencia Alta/Media/Baja | Global | | Grupo Población Afectado* |
|--------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| | | | | SI | NO | |
| | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | BAJA | MEDIA | ALTA |
|---------------------|---|---|--|
| Intensidad | La modificación prevista no tiene la suficiente entidad como para alterar de forma significativa el estado inicial del/de los determinante/s. | La modificación prevista tiene suficiente entidad como para detectarse fácilmente pero el resultado final está claramente influenciado por el estado inicial del/de los determinante/s. | La modificación prevista es de tal entidad que se altera por completo el estado inicial del/de los determinante/s. |
| Probabilidad | No se prevé que se produzca una modificación significativa en el/los determinante/s. | Resulta razonable esperar que se va a producir una modificación en el/los determinante/s pero puede no ser significativa o depender de la concurrencia de factores adicionales. | Resulta prácticamente seguro, bien por la experiencia acumulada o por el desarrollo lógico de las medidas, que se va a producir una modificación significativa en el / los determinante/s. |
| Permanencia | La modificación es temporal, de tal forma que sus efectos pueden atenuarse o desaparecer en meses. El grado de dificultad física/ económica / por motivos de impopularidad o de improbabilidad dada las tendencias observadas para implementar medidas que potencien o corrijan los efectos (según el caso) es relativamente sencillo. | Modificación no totalmente permanente pero cuyos efectos tardan años en atenuarse o desaparecer. El grado de dificultad física / económica / por motivos de impopularidad o de improbabilidad según tendencias observadas para implementar medidas que potencien o corrijan los efectos (según el caso) es importante, pero es posible mantener los efectos positivos o, si los efectos son negativos, volver a la situación inicial. | Modificación que se puede considerar prácticamente inalterable o cuyos efectos van a notarse durante décadas. El grado de dificultad física/ económica / por motivos de impopularidad o de improbabilidad dadas las tendencias observadas para implementar medidas que potencien o corrijan los efectos (según el caso) es muy elevado. |

SECCIÓN 4. INFORME FINAL DEL ANALISIS Y VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE EIS COMPLETA U OTRO TIPO DE EVALUACIÓN

Este apartado consta de tres bloques que recogen los elementos e impactos más relevantes del análisis.

4.1 Resumen de impactos positivos y negativos. Recomendaciones

El primero trata de crear una lista en orden de importancia (1 más importante, 3 menos importante) de los impactos en salud que podrían resultar de la aplicación de la política. Es importante que escriba de forma concisa los impactos positivos y los impactos negativos que se producirán en los grupos de población y en los determinantes de salud.

1. Impactos Positivos. Descripción detallada de los impactos por orden de importancia.

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Impactos Negativos. Descripción detallada de los impactos por orden de importancia.

En grupos de población (revisar tabla 2.1)

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

En determinantes de salud (revisar tabla 3.5)

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

4.2 Factibilidad de introducir modificaciones y de realizar EIS completa

Para la decisión final de realizar o no una EIS completa, se valorará la posibilidad de modificación de la política, la factibilidad de realizar una EIS completa, así como la existencia evidencia o de otras EIS realizadas sobre iniciativas similares.

| | SI | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Posibilidad de modificación de política | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Posibilidad de realizar EIS completa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existencia de evidencia respecto de la iniciativa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Existencia de EIS para iniciativa similar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4.3 Recomendaciones

Formule las recomendaciones que se considere necesario incorporar a la iniciativa para maximizar los impactos positivos y/o minimizar los negativos.

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

El equipo evaluador de la iniciativa RECOMIENDA:

- Realizar el seguimiento de las recomendaciones, aunque No** es necesaria una evaluación completa.
- Una evaluación completa** ya que existen impactos negativos, se generan desigualdades o existe incertidumbre en determinantes o en grupos poblacionales.
- No** es necesario realizar una evaluación completa, pero **Si** una valoración más específica del impacto sobre algún determinante o grupo poblacional.

Anexo 1. Impactos Negativos en los grupos afectados

Si se han identificado impactos en grupos de población con valores – o – -, intente caracterizar la naturaleza negativa del impacto de acuerdo a su importancia y complejidad.

Tabla 2.2 Resumen y Valoración del impacto en los grupos afectados

| Grupos afectados por el impacto negativo | Impacto Serio/Importante | | Impacto Complejo | | Qué otra información necesitaría para tomar decisiones | Qué recomendaciones haría? |
|--|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|----------------------------|
| | SI | NO | SI | NO | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |

- **Impacto Serio/Importante:** El impacto puede suponer una afectación grave o severa con complicaciones en el nivel de salud de la población o poblaciones implicadas.
- **Impacto Complejo:** Que tiene múltiples orígenes, con difícil abordaje o es de difícil comprensión.

Anexo 2. Fuentes de evidencia de uso de EIS en portales especializados en revisiones sistemáticas sobre efectividad (Tomado del Centro de Recursos de Evaluación de Impacto en Salud. Andalucía)

1. [Biblioteca Cochrane Plus - Cochrane Collaboration](#)
Acceso a revisiones sistemáticas en español sobre resultados en salud de intervenciones clínicas y sanitarias
2. [Biblioteca Campbell - Campbell Collaboration](#)
Revisiones sistemáticas sobre efectos de intervenciones en los ámbitos de educación, criminología y bienestar social.
3. [Health Evidence Network. Oficina Regional Europea de la OMS](#)
Revisiones sobre efectividad de intervenciones en salud pública en formato de informes, así como resúmenes de evidencia por temas.
4. [Health Evidence Canada. Canadian Institutes of Health Research. Canada.](#)
Colección de revisiones sistemáticas en los ámbitos de promoción de salud y salud pública.
5. [Centre for evidence based public Health policy - Economic and Social Research Council. Reino Unido](#)
Revisiones sistemáticas en un amplio espectro de intervenciones en materia de salud pública y con especial énfasis en desigualdades.
6. [EPPI-Centre - Universidad de Londres. Reino Unido](#)
Revisiones sistemáticas en ciencias sociales y políticas públicas. Incluye la base de datos DoPHER con revisiones sistemáticas en promoción de salud.
7. [NICE Evidence Base - NHS. Reino Unido](#)
Resúmenes y revisiones de evidencia sobre intervenciones en prevención y promoción de salud.
8. [The Community Guide Systematic Reviews - CDC. EEUU](#)
Revisiones sistemáticas sobre intervenciones en prevención y promoción de salud, con énfasis en participación comunitaria.
9. [DARE - Center for Reviews and Dissemination. University of York / NHS. Reino Unido.](#)
Base de datos del CRD especializada en revisiones sistemáticas de efectividad de intervenciones sanitarias, en atención social, vivienda y transportes.
10. [Effective Public Health Practice Project, EPHPP. Canadá.](#)
Revisiones sistemáticas sobre efectividad de intervenciones en salud pública
11. [Best Practices, Canadian Best Practice Portal - PHAC. Canadá](#)
Base de datos con una lista de intervenciones en promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas que han demostrado ser efectivas
12. [Cochrane Database of Systematic Reviews - The Cochrane Library](#)
Revisiones sistemáticas sobre efectividad de intervenciones clínicas y sanitarias

ENLACES DE BASES DE DATOS CON INFORMES DE EIS

13. [WHO HIA Project. Organización Mundial de la Salud](#)
Selección de informes EIS realizados en diferentes países y clasificadas por sectores de intervención.
14. [HIA Gateway. Asociation of Public Health Observatories. Reino Unido](#)
Base de datos de ámbito internacional con opciones de búsqueda según tipo de EIS, sector de intervención y país de realización.

ANEXO 3. Bibliografía consultada .

1. Anteproyecto de Ley de Vivienda de Aragón. Departamento Fomento, Vivienda. Logística y Cohesión Social (2024). Disponible en: <https://gobiernoabierto.aragon.es/agoab/documentos/borradores-leyes/232478548000/TEXT0%20ANTEPROYECTO%20LEY%20VIVIENDA.docx.pdf> [Consulta: 28-11-2024]
2. ANDIARENA M, et al. *Evaluación de Impacto en Salud del programa de Regeneración Urbana Opengela en Otxarkoaga* [en línea]. Bilbao: Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico (Opik); 2023, 110p. Disponible en: <https://www.ehu.eus/es/web/opik/evaluacion-de-impacto-en-salud-del-programa-de-regeneracion-urbana-opengela> [Consulta: 28-11-2024]
3. BACIGALUPE, Amaia, et al. “La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias”. En: *Gaceta Sanitaria* [en línea]. 2009, vol. 23, núm. 1, p. 62-66. Disponible en: <https://gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911108000253> [Consulta: 28-11-2024]
4. BERNAL-SOLANO, Mariola, et al. “Associations between Home Foreclosure and Health Outcomes in a Spanish City”. En: *International Journal of Environmental Research and Public Health* [en línea]. 2019, vol. 16, núm. 6, 981. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/6/981> [Consulta: 28-11-2024]
5. BONNEFOY X. “Inadequate housing and health: an overview”. En: *International Journal of Environment and Pollution* [en línea]. 2007; vol. 30, núm 3-4, p. 411-429. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1504/IJEP.2007.014819> [Consulta: 28-11-2024]
6. CHEN, Katerine L. et al. “Association of Promoting Housing Affordability and Stability With Improved Health Outcomes: A Systematic Review”. En: *JAMA Netw Open. Public Health* [en línea]. 2022, 5 (11). Disponible en: [10.1001/jamanetworkopen.2022.39860](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.39860) [Consulta: 28-11-2024]
7. Commission on Social Determinants of Health. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud* [en línea]. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2009, 247 p. ISBN 978-92-4-356370-1 Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44084> [Consulta: 28-11-2024]
8. D'ALESSANDRO D, APPOLLONI L. “Housing and health: an overview”. En: *Ann Ig* [en línea]. 2020; vol. 32, núm. 5 suppl. 1, p. 17-26. Disponible en: http://www.seu-roma.it/riviste/annali_igiene/open_access/articoli/Suppl1_Fascicolo5-Vol32-02-D'Alessandro.pdf [Consulta: 28-11-2024]
9. DAHLGREN G, WHITEHEAD M. *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe* [en línea]. Stockholm: Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2007; vol. 14, 67 p. ISBN 978-91-85619-18-4. Disponible en: <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf> [Consulta: 28-11-2024]
10. *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud* [en línea]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022; 194 p. ISBN 978-92-75-32567-4. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325674> [Consulta: 28-11-2024]
11. ESNAOLA, Santiago, et al. “La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas”. Informe SESPAS 2010. En: *Gaceta Sanitaria* [en línea]. 2010, vol. 24, suppl. 1, p. 109-113. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911110002268> [Consulta: 28-11-2024].
12. Fundación FOESSA. *Ingresos y Gastos: una ecuación que condiciona nuestra calidad de vida* [en línea]. Madrid: Cáritas Española Editores; 2023, 67 p. Disponible en: <https://www.caritas.es/producto/ingresos-y-gastos-una-ecuacion-que-condiciona-nuestra-calidad-de-vida/> [Consulta: 28-11-2024]

13. GIBSON, Marcia et al. "Housing and health inequalities: A synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health". En: *Health & Place*. 2011, vol. 17, núm. 1, p. 175-184. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.011> [Consulta: 28-11-2024]
14. GUM-RYEONG, Park et al. "The association between housing cost burden and avoidable mortality in wealthy countries: cross-national analysis of social and housing policies, 2000-2017". En: *Journal of Epidemiology and Community Health* [en línea]. 2023, vol. 77, p. 65-73. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/77/2/65> [Consulta: 28-11-2024]
15. HELLER, Christina et al. "Exploring housing policies in five Swedish municipalities: alternatives and priorities". En: *BMC Public Health* [en línea]. 2022, vol. 22, núm. 1, artículo 260. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-12672-5> [Consulta: 28-11-2024]
16. HOCK, Emma et al. "Exploring the impact of housing insecurity on the health and wellbeing of children and young people in the United Kingdom: a qualitative systematic review". En: *BMC Public Health* [en línea]. 2024, vol.24, núm. 1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-024-19735-9> [Consulta: 28-11-2024]
17. HOWDEN-CHAPMAN P, et al. "Review of the Impact of Housing Quality on Inequalities in Health and Well-Being". En: *Annual Review of Public Health* [en línea]. 2023; 44:233-254. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071521-111836> [Consulta: 28-11-2024]
18. *Integrar la salud en la planificación urbana y territorial: manual de consulta* [en línea]. Ginebra: ONU-Hábitat y Organización Mundial de la Salud; 2021, 103 p. ISBN 978-92-4-002535-6. Disponible en: https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/06/21116_spanish_integrating_health_in_urban_and_territorial_planning.pdf [Consulta: 28-11-2024]
19. KRIEGER, James; HIGGINS Donna. L. "Housing and health: time again for public health action". En: *American Journal of Public Health* [en línea]. 2002, vol. 92, núm. 5, p. 758-768. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11988443/> Consulta: 28-11-2024]
20. MASON, Kate E. et al. "The impact of housing insecurity on mental health, sleep and hypertension: Analysis of the UK Household Longitudinal Study and linked data, 2009–2019." En: *Social Science & Medicine* [en línea]. 2024, vol. 351, artículo 116939. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116939> [Consulta: 28-11-2024]
21. MWOKA, Meggie et al. "Housing as a Social Determinant of Health: Evidence from Singapore, the UK, and Kenya". En: *Journal of Urban Health* [en línea]. 2021, vol. 98, p. 15-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11524-021-00557-8> [Consulta: 28-11-2024]
22. NIX, Emily et al. "Getting to effective housing policy for health: a thematic synthesis of policy development and implementation". En *Cities & Health* [en línea]. 2024, vol. 8, nº 3, p. 486-503. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/23748834.2024.2328951>. [Consulta: 28-11-2024]
23. NOVOA AM, et al. "El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda". En *Gaceta Sanitaria* [en línea]. 2014; vol. 28, supl. 1, p. 44-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.018> [Consulta: 28-11-2024]
24. REECE, Jason. "More than shelter: Housing for urban maternal and infant health". En: *International Journal of Environmental Research and Public Health* [en línea]. 2021, vol. 18, núm. 7. Disponible en : <https://doi.org/10.3390/ijerph18073331> [Consulta: 28-11-2024]
25. REYES, Alexia et al. "¿Cómo influye la situación laboral en los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud?". En: *Gaceta Sanitaria* [en línea]. 2024, vol. 35, núm. 1, p. 60-66. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.007> [Consulta: 28-11-2024]

26. ROLFE S, et al. "Housing as a social determinant of health and wellbeing: developing an empirically-informed realist theoretical framework". En: *BMC Public Health* [en línea]. 2020; vol. 20(1):1138. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09224-0> [Consultado: 28-11-2024]
27. RUEDA MARTÍNEZ DE SANTOS, José Ramón. *Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias : proyecto de investigación comisionada* [en línea]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005, 82 p. ISBN: 84-457-2401-0. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/2005_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/2005/d_05-04_guia_evaluacion_impacto_salud.pdf [Consulta: 28-11-2024].
28. SANDÍN VÁZQUEZ, María; SARRÍA SANTAMERA, Antonio. "Evaluación del Impacto en salud. Valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones". En *Revista Española de Salud Pública* [en línea]. 2008, vol. 82, núm. 3, p. 2661-272. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n3/colaboracion2.pdf> [Consulta: 28-11-2024]
29. SANTOS CJ, et al. "Housing Insecurity and Older Adults' Health and Well-Being in a Gentrifying City: Results from the EPIPorto Cohort Study". En: *Journal of Urban Health* [en línea]. 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11524-024-00921-4> [Consultado: 28-11-2024]
30. SOLAR O, IRWIN A. *WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper 2 (Policy and Practice)* [en línea]. Geneva: World Health Organization; 2010, 75 p. ISBN 978-92-4-150085-2 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. THOMSON H, et al. "Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence". En: *Journal of Epidemiology & Community Health* [en línea]. 2003; vol. 57, p. 11-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech.57.1.11> [Consultado: 28-11-2024]
32. VARGAS MARCOS F, et al. "Vivienda y salud: eficiencia energética, urbanismo sostenible y agenda 2030. Conclusiones y futuro". En: *RSA* [en línea]. 2021; vol. 21(1), p. 56-64. Disponible en: <https://ojs.diffundit.com/index.php/rsa/article/view/1102> [Consulta: 28-11-2024]
33. VÁSQUEZ-VERA H, et al. "Health Effects of Housing Insecurity and Unaffordability in the General Population in Barcelona, Spain". En: *Journal of Urban Health* [en línea]. 2021; vol. 98(4), p. 496-504. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11524-021-00546-x> [Consulta: 28-11-2024]