

Evaluación de impacto en salud en la planificación urbana y territorial: Aportación desde la Geografía de la Salud

Rosa Resino García y Rocío Pérez-Campana

Universidad Complutense de Madrid; r.resino@ghis.ucm.es, r.perez.campana@ucm.es

Resumen: La planificación urbana y territorial impacta en la salud de la población a través de la modificación de los diferentes determinantes de salud. La necesidad de someter a Evaluación de Impacto en Salud (EIS) las normas, planes, programas o proyectos queda recogida a nivel estatal en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. En virtud del reparto competencial, las Comunidades Autónomas (CCAA) han de establecer una regulación específica de dicho procedimiento de evaluación. Mediante una revisión de la normativa existente y de la literatura especializada en EIS, este trabajo evidencia los desiguales avances en la materia en las diferentes CCAA, así como la necesidad de reconsiderar las aportaciones de la Geografía de la Salud en dicho procedimiento en general y en el caso de la EIS de los instrumentos de planeamiento urbano y territorial en particular.

Palabras clave: Geografía de la Salud; salud en todas las políticas; evaluación de impacto en salud; planeamiento urbanístico; ordenación del territorio; España.

1. Introducción

La idea de considerar la salud en todas las políticas se viene gestando desde finales de los años setenta y principios de los ochenta, con la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (OMS, 1978) y la Carta de Ottawa para la Promoción de la salud (OMS, 1986). Más concretamente, desde la década de los noventa del pasado siglo, se ha ido reconociendo la importancia de considerar los impactos que las diferentes políticas tienen directa o indirectamente en la salud y el bienestar de la población (Bacigalupe et al., 2009; Vela-Ríos et al., 2016). El Tratado de Ámsterdam (1997) ya planteó la necesidad de considerar el impacto de las principales políticas europeas sobre la salud (Bacigalupe et al., 2009). En este contexto, surge la evaluación de impacto en la salud (en adelante, EIS) como herramienta que busca la incorporación de la salud y el bienestar de la población en todas las políticas (Vela-Ríos et al. 2016). Una de las definiciones más aceptadas de EIS es la recogida en el documento de Consenso de Goteborg: “una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante las que una política, programa o proyecto puede ser evaluado respecto a sus potenciales efectos sobre la salud de una determinada población y su distribución” (ECHP, 1999).

La evolución posterior de la EIS y su grado de institucionalización ha sido dispar, tanto a nivel europeo como en el ámbito español. En el caso español, existe todavía cierto desconocimiento sobre la herramienta en sí y sobre su aplicación práctica en particular. Esta aplicación se ve dificultada, entre otras cuestiones, por el predominio de una visión biomédica que, si bien es necesaria, ha de complementarse con enfoques más multisectoriales y holísticos, además de una necesaria dimensión espacial que permita entender la distribución de los efectos y de las posibles inequidades en diferentes territorios. Precisamente, es en esos enfoques holístico y espacial,

donde la Geografía y en concreto la Geografía de la Salud pueden realizar aportaciones fundamentales que contribuyan al desarrollo metodológico de la herramienta y su aplicación práctica.

En el contexto presentado, el presente capítulo (que constituye una síntesis de un trabajo de investigación más extenso todavía en elaboración) tiene como objetivo principal mostrar la situación actual de la EIS en España, en particular respecto a la planificación urbana y territorial, evidenciando la aportación de la Geografía de la Salud en este ámbito.

2. Metodología

El presente trabajo se construye a partir de una revisión documental de trabajos de investigación y documentos de organismos oficiales (a escala internacional, europea y nacional) en relación con la incorporación de la salud en todas las políticas y en concreto de EIS. La búsqueda de trabajos académicos se ha realizado en Dialnet y en Scopus sobre las siguientes palabras clave: evaluación de impacto en salud (*health impact assessment*), Geografía de la Salud (*Health Geography*) y Geografía Médica (*Medical Geography*). A partir de estas palabras clave principales se han realizado búsquedas mediante cadenas de palabras, incluyendo también planificación urbana y ordenación del territorio (*urban planning, spatial planning*). La exploración de normativa se ha realizado en el Boletín Oficial del Estado y mediante consulta a los boletines y las páginas oficiales de las diferentes CCAA, en particular, de las Consejerías competentes en las materias de salud, urbanismo y ordenación del territorio.

3. Resultados

3.1. La Evaluación de Impacto en Salud: contexto general y situación actual en España

La EIS se enmarca en una visión más amplia relacionada con la promoción de la salud en todas las políticas, que recibió un especial impulso con la Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas (WHO, 2014) que a su vez recogió discusiones previas realizadas en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978) y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). Con anterioridad al hito que supuso la definición “formal” de EIS recogida en el documento de Consenso de Goteborg (EHP, 1999) la evaluación del impacto de diferentes políticas no sanitarias en la salud había iniciado ya su andadura en países como Canadá, Australia, Nueva Zelanda y varios países europeos, en especial Reino Unido, Holanda y países nórdicos (Badigalupe et al., 2009). El Consenso de Goteborg vino además a clarificar los valores implícitos de la EIS; democracia, equidad, desarrollo sostenible y uso ético de la evidencia, así como sus elementos constitutivos: consideración de la evidencia sobre vínculos causales entre una política, programa o proyecto y la salud de la población, consideración de opiniones, experiencia y expectativas de la población afectada, mejora del conocimiento de los responsables de la toma de decisiones y de la población en general al respecto de los efectos en la salud de una determinada política, programa o plan, y la realización de propuestas que permitan maximizar los efectos positivos y minimizar los negativos. Tanto a nivel internacional (sobre todo a través de la OMS) como a nivel europeo, han surgido diferentes iniciativas para el fomento y la estandarización de la EIS. En 2004, la Comisión Europea publicó una guía específica para la EIS de las políticas europeas que ha servido de base para el diseño de guías y documentos posteriores (la primera guía sobre EIS en España fue publicada en 2005 por el País Vasco en el desarrollo de su Plan de Salud).

En 2014, en el documento “Análisis transnacional de la institucionalización de la evaluación de impactos sobre la salud”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca cómo a nivel internacional se presta cada vez más atención al potencial de la EIS para generalizar la salud en las políticas sectoriales, pero pone también de manifiesto la elevada diversidad en la EIS y su diferente grado de institucionalización. Respecto a la institucionalización, definida como la integración sistemática en los procesos de toma de decisiones, se identifican varias vías principales (Vela-Ríos et al., 2016), entre ellas, la incorporación en el marco normativo que, a su vez, puede ser sistemática o con toma de decisiones caso a caso, y separada o integrada en evaluaciones de impacto ambiental (EIA) o evaluaciones ambientales estratégicas (EAE).

En el caso español, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en el capítulo VII del Título II, estableció por vez primera que las Administraciones Públicas deberían someter a evaluación del impacto en la salud, las normas, planes, programas y proyectos que fuesen seleccionadas por tener un impacto significativo en la salud. Concretamente, la ley define la EIS como “la combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante la cual un programa o norma pueden ser evaluados en relación con sus efectos y la distribución de estos sobre la salud de la población”. En atención a lo planteado en la Ley, serán las CCAA las que, en virtud de sus competencias, podrán regular dicha herramienta. El cuadro actual muestra un desigual desarrollo normativo al respecto (Tabla 1).

Tabla 1. Situación actual de la EIS en España

Comunidad Autónoma	Ley en materia de salud		Normativa específica de regulación de EIS
Andalucía	La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía	Art. 15.1 Hace referencia a la necesaria atención al medio en cuanto a su repercusión sobre la salud humana individual y colectiva, incluyendo medidas de control y promoción de mejoras sobre todas aquellas actividades con posibles repercusiones sobre la salud	Decreto 169/2014, de 9 de diciembre, por el que se establece el procedimiento de la Evaluación del Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía
	Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía	En el Título II, el Capítulo V está íntegramente dedicado a la EIS, incluyendo su objeto (Art. 55), su ámbito de aplicación (Art. 56), su metodología (Art. 57), el informe de EIS (Art. 58) y su procedimiento (Art. 59). En concreto, el Art. 57 recoge la previsión del desarrollo reglamentario de la EIS, concretándose, en la Disposición final sexta, que la Consejería competente en materia de salud elevará al Consejo de Gobierno el procedimiento en el plazo de un año.	

Aragón	Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón	En el Art. 52 se establece que en cumplimiento de las directrices de la UE en relación con su estrategia de salud pública en todas las políticas, reglamentariamente, se regulará el informe preceptivo y vinculante de evaluación del impacto en la salud pública en los casos en que determine, respecto a normas, planes, programas y proyectos, tanto de organismos públicos como de entidades privadas.	
Asturias	Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud	En el Art. 74.4 se recoge que se desarrollará la evaluación de impacto en salud como metodología básica de protección de la salud pública, definiendo los ámbitos, los requisitos, los métodos y los procedimientos para su implantación en el territorio de la Comunidad Autónoma.	
Baleares	Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears	Art. 6 sobre prestaciones en materia de salud pública: d) La evaluación del impacto en la salud de las diversas políticas, de los planes, de los programas y de las actividades, del sector sanitario y también de los ajenos a este sector. Art. 12 sobre sistema de formación, investigación e innovación, 2 a) 5º Procurar evidencia ante las políticas intersectoriales, fomentar la defensa de la salud en ellas y evaluar su impacto.	
Canarias	-	-	-
Cantabria	-	-	-
Castilla y León	-	-	-
Castilla-La Mancha	-	-	-
Cataluña	Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública	En el Art. 6 sobre las prestaciones en materia de salud pública, se especifica 3.f) La evaluación del impacto en la salud de las intervenciones sobre los determinantes de la salud de la población.	-
Comunidad Valenciana	Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana	En el Art. 38 se prevé el desarrollo reglamentario de la EIS.	Decreto 86/2016, de 8 de julio, del Consell, por el que se crea la Comisión de Evaluación del Impacto en Salud y se regula el procedimiento para la implantación de la Evaluación del Impacto en Salud en la Comunitat Valenciana
Extremadura	Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura	-	-
Galicia	Ley 1/2018, de 2 de abril, por la que se modifica la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia	En el Art. 107. h) se establece una nueva función de la Consejería de Salud relativa al fomento de la evaluación del impacto en salud para garantizar que se tengan en cuenta las repercusiones que sobre la salud puedan tener las decisiones sobre políticas públicas	-

Madrid	Proyecto de Ley de Salud Pública (2019).	El Capítulo I del Título III desarrolla la Evaluación del Impacto en Salud (objeto, ámbito, procedimiento, metodología, etc.) Está prevista también una Comisión de Evaluación del Impacto en Salud y sus funciones. Se prevé su desarrollo reglamentario (Art. 65).	-
Murcia	-	-	-
Navarra	-	-	-
País Vasco	Proyecto de Ley	En el Art. 21 (Anteproyecto) se incluye la valoración del impacto en la salud, haciendo referencia a la necesidad de su futuro desarrollo reglamentario	-
Rioja (La)	-	-	-

Elaboración propia

3.2. La incidencia de la planificación urbana y territorial en la salud

Para entender la incidencia que la planificación urbana y territorial puede tener en la salud es necesario insistir en que el fundamento principal de la salud en todas las políticas es el reconocimiento de que existen factores que determinan la salud y que no están bajo control de la administración sanitaria, sino que, o bien surgen o son modificados como consecuencia de la materialización de políticas (o programas, o planes, o proyectos) en otros ámbitos. Una primera aproximación a estos factores fue realizada por Lalonde (1973) quien se refirió a los estilos de vida, la biología humana, el medio ambiente y el sistema sanitario. Posteriormente, Dahlgren y Whitehead (1991) proporcionaron un modelo descriptivo de los determinantes de salud en el que se distingue entre factores intrínsecos a las personas, y por tanto no fácilmente modificables, y una serie de factores que sí pueden ser modificados como consecuencia de diferentes intervenciones. Estos factores se corresponden con los denominados Determinantes Sociales de la Salud, definidos por la OMS como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que conforman las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen las políticas y sistemas económicos, las agendas de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales y los sistemas políticos”. La Comisión de los Determinantes Sociales de Salud de la OMS elaboró en 2010 un marco conceptual para abordar los determinantes sociales en salud desde el punto de vista de su relación con las inequidades en salud, entendidas como diferencias injustas y evitables en la salud (CSDH, 2010). Los principales determinantes sociales son: ingresos y protección social, educación, desempleo y precariedad laboral, condiciones de vida laboral, inseguridad alimentaria, vivienda, servicios básicos y medio ambiente, desarrollo de la primera infancia, inclusión social y no discriminación, conflictos estructurales y acceso a servicios sanitarios asequibles y de calidad. No es tarea fácil la caracterización de estos determinantes y su relación con diferentes políticas, planes o proyectos. De hecho, muy recientemente, una resolución de la OMS insiste de nuevo en la necesidad de que los estados redoblen sus esfuerzos para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, alentando a que integren las consideraciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud en las políticas y los programas públicos, aplicando un enfoque de salud en todas las políticas (WHO, 2021).

Cabe plantearse pues varias preguntas fundamentales respecto a la planificación urbana y territorial: ¿de qué manera influye la planificación urbana y territorial en la salud de la población? ¿Se ha de realizar, y cómo, la EIS de los instrumentos de planificación urbana y

territorial? El entorno urbano se ha identificado como elemento clave para mejorar la salud de la población y desde los años 80 se vienen mostrando evidencias de cómo ese entorno se relaciona con los determinantes sociales de salud (Fariña, Higuera y Román, 2019). Barton, Mitcham y Tsourou (2003) han elaborado un informe desde el Grupo de Acción sobre Planificación Urbana Saludable (perteneciente a la OMS) en el que se parte de la convicción de que el planeamiento urbano, territorial y de transporte influye significativamente en los determinantes de salud. En el informe se incluyen una serie de preguntas a las que las políticas y propuestas de planeamiento, en general, deberían responder, entre ellas, si el planeamiento fomenta y promueve el ejercicio saludable, la cohesión social, la calidad de la vivienda, la accesibilidad a equipamientos, la calidad del aire, del agua y del suelo, etc. El informe destaca también la necesidad de una planificación basada en la evidencia, de manera que la respuesta a estas preguntas pasa necesariamente por una adecuada evaluación (EIS, en definitiva), de la que, sin embargo, apenas se encuentran documentos ni trabajos académicos al respecto (ver apartado 3.3).

En cuanto al sometimiento de los instrumentos de planeamiento a la EIS, claramente, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública establece que deberían someterse a evaluación del impacto en la salud, las normas, planes, programas y proyectos que fuesen seleccionadas por tener un impacto significativo en la salud. Se entiende, en este caso, que entramos en el espacio competencial de las CCAA, y en vista del cuadro presentado en la Tabla 1 de este trabajo, la situación en España es aún muy desigual. Los principales avances normativos se han desarrollado en Andalucía, si bien en el País Vasco, pese a no disponer por el momento de normativa legal de referencia para la EIS, ha elaborado una gran cantidad de documentos al respecto. La Ley de Salud Pública de Andalucía incluye en el ámbito de aplicación de la EIS (Art. 56) los instrumentos de planeamiento urbanístico, en concreto los instrumentos de planeamiento general y sus innovaciones, así como aquellos instrumentos de planeamiento de desarrollo que afecten a áreas urbanas socialmente desfavorecidas o que tengan especial incidencia en la salud humana. No aparece una referencia expresa a los instrumentos de Ordenación del Territorio, aunque el apartado 1.a) del Art. 56 indica que se someterán a informe de EIS los planes y programas que se elaboren o aprueben por la Administración de la Junta de Andalucía con clara incidencia en la salud, siempre que su elaboración y aprobación vengan exigidas por una disposición legal o reglamentaria, o por Acuerdo del Consejo de Gobierno, y así se determine en el acuerdo de formulación del referido plan o programa. Además, la Ley de Salud Pública de Andalucía incluye la promoción y la protección de la salud en la ordenación del territorio y el urbanismo como una de las prestaciones de salud pública (Art. 60). Asimismo, define las actuaciones en materia de protección de la salud (Art. 71) citando expresamente el ámbito de la ordenación del territorio y del urbanismo, los medios de transporte y la habitabilidad de las viviendas. En cuanto al Reglamento EIS, se dedica el capítulo III a la EIS de instrumentos de planeamiento urbanístico y tampoco aquí aparecen referencias explícitas a los instrumentos de Ordenación del Territorio. De nuevo, hay que buscar su posible inclusión en virtud del Art. 7 (de enunciado similar al Art. 56 de la Ley de Salud Pública de Andalucía).

De especial interés es el Anexo III del citado Reglamento, ya que recoge el contenido que ha de tener la valoración del impacto en salud de los planes y programas que han de someterse a ella. Aparece ya en este anexo una referencia fundamental a la extensión del área geográfica afectada, de manera que se definen impactos mayores y menores, si bien no se definen umbrales específicos para delimitar dicha clasificación. Para el caso concreto de los instrumentos de planeamiento urbanístico existe un manual, editado en 2015, en el que se definen, entre otras cuestiones, los factores determinantes de salud que es necesario analizar en dichos instrumentos. Para la identificación y el tratamiento operativo de los determinantes de salud, estos se han agrupado según su afinidad con áreas de intervención y se facilita una lista de chequeo con 3

bloques principales: a) Zonas verdes/espacios vacíos/espacios uso público, b) Movilidad sostenible/accesibilidad a servicios; c) Diseño urbano y ocupación del territorio (Moya et al., 2015, p. 97). Este manual se complementa, además, con una guía específica sobre procesos participativos en EIS de planificación urbanística, editada por el Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía (Jiménez et al. 2019).

3.3 De la Geografía Médica a la Geografía de la Salud y su necesaria implicación en la Evaluación de Impacto en Salud

Las bases teóricas de la Geografía Médica y la actual Geografía de la Salud comienzan a establecerse en España desde finales del siglo XVIII y a lo largo del XIX con las Geografías o Topografías Médicas, dándose una estrecha relación entre los conocimientos de la Medicina y la Geografía, con una mayor atención al marco ambiental y espacial de la mano del desarrollo de las teorías higienistas que defendían la gran influencia del entorno ambiental y del medio social en el desarrollo de las enfermedades, criticando las condiciones de vida y trabajo, y la falta de salubridad en las ciudades industriales (Urteaga, 1980). Estas investigaciones empíricas, tal y como afirma G. Jori (2013), “eran auténticos estudios territoriales que proporcionaban informaciones muy detalladas sobre la geografía física y humana de localidades, comarcas o regiones concretas”.

En base a lo descrito podríamos definir la antigua Geografía Médica del siglo XIX, como la ciencia que estudia las relaciones existentes entre el medio físico y social, y el estado de salud de la población. Dicha Geografía se apoyó en un enfoque “ecológico”, definido por la consideración de las enfermedades como resultado de una compleja interrelación de fenómenos ambientales y socioeconómicos, y la investigación empírica de base. Dicho enfoque entra en crisis debido a la implementación de los descubrimientos bacteriológicos que se dan a partir de 1880, como el descubrimiento de la bacteria “vibrión colérico” por Roberto Koch en 1883, junto con el perfeccionamiento de la óptica y la mecánica del microscopio, permitieron sentar sobre nuevas bases las explicaciones sobre el origen y naturaleza de las enfermedades contagiosas y así la búsqueda de las causas de las enfermedades se recluyó en los laboratorios (Urteaga, 1980; Curto, 2008).

Las Geografías o Topografías Médicas prácticamente desaparecieron a finales de 1930. Es en esta misma década cuando nace la Geografía Médica como campo disciplinario de la Geografía, de la mano del geógrafo francés Max Sorre, que influido por todos los descubrimientos propuso el punto de vista ecológico como método de la ciencia geográfica e incorporó el concepto de “complejos patógenos”, en su publicación “Complexes pathogènes et géographie médicale” (1933), distinguiendo la trama de relaciones que existen entre el medio natural y los seres vivos incluyendo al hombre (Curto, 2008). A partir de este momento la evolución teórica y metodológica de la Geografía Médica se verá influenciada por la propia evolución conceptual de la definición de salud y enfermedad a lo largo del tiempo (Jori, 2013).

Prueba de ello es la evolución en los nombres y temáticas de los Grupos de Trabajo y Comisiones de la Unión Geográfica Internacional (UGI) como consecuencia de la incorporación de nuevas perspectivas de estudio; en 1949 se creó un grupo de trabajo en “Geografía Médica” se puso el énfasis en el enfoque ecológico, tras casi tres décadas y una considerable ampliación de contenidos, en 1976 se produjo un nuevo cambio en el nombre del grupo de trabajo pasando a denominarse “Geografía de la Salud”, incluyendo un análisis integrado de las condiciones sociales que influyen en la salud de las poblaciones, desde los equipamientos asistenciales al contexto social, cultural y económico. En la Asamblea General de 1988 el Grupo de Trabajo pasó

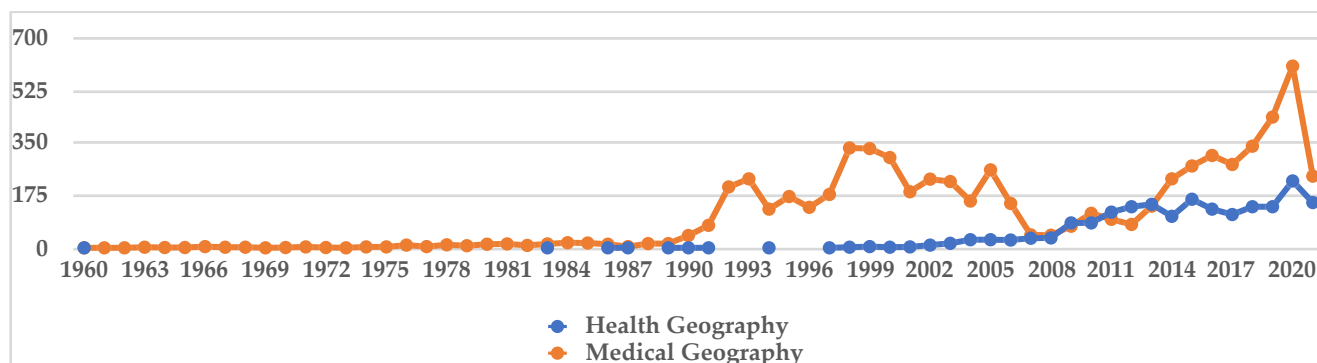
a ser una Comisión que se denominó "Salud y Desarrollo", y reflejó un cambio hacia una visión más holística del tema. En 1992, la Comisión se denominó "Salud, Desarrollo y Ambiente", en la actualidad se denomina "Salud y medio ambiente", e incluye investigaciones sobre los efectos del cambio global en la salud; desastres naturales, toxicología ambiental, crisis económicas y sus ajustes estructurales, servicios de salud y el impacto de la urbanización, particularmente en países en desarrollo (Curto, 2008).

En la década de los setenta del siglo pasado, se produce una revolución teórico-cuantitativa que favoreció el desarrollo del conocimiento geográfico basado en la búsqueda de regularidades espaciales y la creación de modelos, como consecuencia entre otras de las innovaciones matemáticas e informáticas, aumentando la velocidad, eficiencia y seguridad del procesamiento de datos y permitiendo identificar la importancia de las diferentes variables y sus combinaciones sobre la salud (Jori, 2013; Curto, 2008). Con este nuevo enfoque muchos geógrafos aplican en sus estudios herramientas específicas como los Sistemas de Información Geográfica (SIG), para así identificar las pautas de localización de las enfermedades y leyes que expliquen la variación espacial de su incidencia.

La renovación de los enfoques conceptuales, teóricos y metodológicos han contribuido a seguir delimitando los contenidos de la Geografía de la Salud incluyendo un interés por los temas sociales y por tanto un posicionamiento más crítico, lo que puede evidenciar un distanciamiento aún mayor de la Geografía Médica, pero no es así, ambos subcampos se enriquecen mutuamente y son complementarios. El estudio de la salud y la enfermedad desde una perspectiva geográfica se ha convertido en uno de los campos de investigación más prometedores de la Geografía actual, con capacidad para incidir en la adopción de decisiones técnica y políticas que afecten a la salud pública (Jori, 2013), en este punto nos apoyamos para justificar la necesaria vinculación de la Geografía de la Salud con el desarrollo e implementación de la EIS.

Cabe plantearse a este respecto qué aportaciones se han realizado desde el ámbito académico. En una búsqueda a nivel internacional mediante la base de datos Scopus se han obtenido los resultados contenidos en la Figura 1. Para facilitar la elaboración de la gráfica se ha tomado como año inicial 1960 (año del primer registro para Geografía de la Salud) si bien con anterioridad hay 31 registros sobre Geografía Médica (el primero en 1857). Las cifras totales de producción son de 6.890 para Geografía Médica y 1.936 para Geografía de la Salud. Al realizar la búsqueda incluyendo el término *health impact assessment*, sorprende la escasa producción científica existente: 17 registros (entre 1995 y 2021) para el caso de "Medical Geography" & "Health Impact Assessment" y 21 registros para "Health Geography" & "Health Impact Assessment" (entre 2013 y 2021). En el caso de la producción en español consultada en Dialnet, se obtienen 89 resultados para Geografía Médica (1909-2021) y 40 para Geografía de la Salud (1991-2021). En ambos casos, la búsqueda combinada de estas palabras clave con la EIS no ofrece ningún resultado.

Figura 1. Documentos encontrados en Scopus (valores absolutos por año desde 1960)



Fuente. Elaboración propia

Por otra parte, la relación entre Geografía Médica/Geografía de la Salud y la planificación urbana y territorial tampoco ha sido especial materia de interés. La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos en Scopus y Dialnet.

Tabla 2. Trabajos que relacionan Geografía Médica/Geografía de la Salud con la planificación urbana y territorial

Palabras clave relacionadas con planificación	Geografía Médica <i>Medical Geography</i>	Geografía de la Salud <i>Health Geography</i>
Urbanismo <i>Urbanism</i>	Scopus: 1 Dialnet: 3	Scopus: 1 Dialnet: 6
Planificación urbana/ planeamiento urbano <i>Urban planning</i>	Scopus: 11 Dialnet: 0	Scopus: 22 Dialnet: 1
Planificación territorial/ ordenación del territorio <i>Spatial planning</i>	Scopus: 1 Dialnet: 0	Scopus: 1 Dialnet: 3

Elaboración propia

4. Discusión y conclusiones: la necesaria visión y aportación de la Geografía de la Salud a la EIS

Una vez revisada la situación actual de la EIS en España respecto a la planificación urbana y territorial se hace evidente la necesaria visión de la Geografía de la Salud por medio de la aplicación de los conocimientos y técnicas de ésta. Dicha rama de la Geografía analiza cómo las variables socioeconómicas, culturales, ambientales, urbanísticas o relacionadas con el medio construido y accesibilidad de la población a equipamientos sanitarios, afectan a la salud de la población a distintas escalas, de manera que puede ayudar a detectar ciertas causas de las desigualdades de salud de la población en el territorio y ser útil para planificar entornos saludables y establecer medidas adecuadas de prevención y atención sanitaria (Gurrutxaga, 2019). Todo ello acorde con la propia definición de salud establecida en la Constitución de la OMS, definida como: un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la

ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948). A pesar de estar vigente hace más de 60 años, esta definición es relevante por su institucionalidad, sirviendo como base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, reconocida mundialmente en materia de salud como el máximo organismo gubernamental y dando pie a que en muchos Estados se implementen políticas públicas sanitarias para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos (Alcántara, 2008)

Según Rivadeneira et al (2008), “los retos más importantes con los que se enfrenta la EIS tienen que ver tanto con su implementación como con la necesidad de fortalecer sus bases conceptuales y metodológicas”. Es en este punto donde la Geografía de la Salud podría contribuir, aportando parte de sus conocimientos teóricos y técnicas de análisis, al desarrollo y aplicación de la EIS respecto a la planificación territorial y urbana, apoyando el buen funcionamiento de políticas públicas que favorezcan la salud y el bienestar individual y colectivo en todos los niveles. Precisamente es el enfoque territorial de la Geografía el que puede contribuir a implementar de forma adecuada y sistemática la EIS, permitiendo integrar de forma adecuada el concepto de salud en las políticas públicas.

En las últimas décadas se plantean muchos retos desde el punto de vista de la salud a distintas escalas, uno de los más relevantes es el fuerte crecimiento de las ciudades y la falta de dotaciones básicas para favorecer la salud y el bienestar de sus habitantes, especialmente la población con menos recursos y localizados en asentamientos urbanos marginales. A efectos prácticos la Geografía de la Salud sirve para diseñar entornos habitables y saludables que promuevan el bienestar físico y psicológico de la población desde una visión integrada (Gurrutxaga, 2019) y una herramienta fundamental para tal propósito sería la EIS.

En definitiva, es cada vez más necesaria una perspectiva territorial integradora (Troitiño, 2011) que permita, en este caso, el análisis del impacto de las políticas de planificación urbana y territorial en la salud de la población.

Referencias bibliográficas

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens, Revista universitaria de investigación*, 9 (1), 93-107. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderón, C., Zuazagoitia, J., Aldasoro, E. (2009). La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.02.004>
- Barton, H., Mitcham, C. and Tsourou, C. (eds) (2003a). *Healthy Urban Planning in Practice: Experience of European Cities*. Report of the WHO City Action.
- CSDH (2010). *A conceptual framework for action on social determinants of health. Social determinants of Health Discussion Paper 2*. WHO, World Health Organization, Geneva. Recuperado de https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Curto, S. I. (2008). De la Geografía Médica a la Geografía de la Salud. *Revista Geográfica*, (143), 9-25. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/40996761>
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- European Centre for Health Policy, ECHP (1999). *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach*. Brussels: WHO Regional Office for Europe; 1999. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>

Fariña, J., Higuera, E., Román, E. (2019). *Ciudad Urbanismo y Salud*. Documento Técnico de criterios generales sobre parámetros de diseño urbano para alcanzar los objetivos de una ciudad saludable con especial énfasis en el envejecimiento activo. Madrid.

Gurrutxaga, M. (2019). Geografía de la salud: aplicaciones en la planificación territorial y urbana. *Estudios Geográficos*, 80 (286), e007. <https://doi.org/10.3989/estgeogr.201927.007>

Jiménez, P., Pérez-Campaña, R., Sánchez, R. (2019). *Procesos participativos en la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) de planificación urbanística*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública. Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía. Recuperado de <https://www.osman.es/download/procesos-participativos-en-la-evaluacion-de-impacto-en-salud-eis-de-planificacion-urbanistica-guia-osman/>

Jori, G. (2013). El estudio de la salud y la enfermedad desde una perspectiva geográfica: Temas, enfoques y métodos. *Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, XVIII, 1029. Recuperado de <http://www.ub.es/geocrit/b3w-1029.htm>

Lalonde, M. (1994). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa:

Government of Canada. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

OMS (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=616D395B08ECBCF9F230E4BA2D9A224F?sequence=1>

OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

OMS (1998). *Promoción de la Salud*. Glosario. Ginebra.

Moya, L., Candau, A., Vela, J., Rodríguez, F.J. (2015). *Manual para la evaluación del impacto en salud de los instrumentos de planeamiento urbanístico en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/manual_urbanismo.pdf

Rivadeneira, A., Artundo, C. (2008). La evaluación de impacto en salud: estado de la cuestión. *Gaceta Sanitaria*, 22 (4), 348-353. <https://doi.org/10.1157/13125357>

Sorre, M. (1933). Complexes pathogènes et géographie médicale. *Annales de Géographie*, 62 (235), 1-18. Recuperado de https://www.persee.fr/doc/geo_0003-4010_1933_num_42_235_10619

Troitiño, M.A. (2011). Territorio, patrimonio y paisaje: desafíos de una ordenación y gestión inteligentes. *Ciudad y Territorio, Estudios Territoriales*, Vol. XLIII (169-170), 561-569. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/CyTET/article/view/76083>

Urteaga, L. (1980). Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. *Geo Crítica: Cuadernos críticos de Geografía Humana*, 29, 5-50. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>

Vela-Ríos, J., Rodríguez-Rasero, F.J., Moya-Ruano, L.A., Candau-Bejarano, A., Ruiz-Fernández, J. (2016). Institucionalización de la evaluación del impacto en salud en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 81-84. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.009>

WHO (2014). Health in all policies. Helsinki Statement, Framework for Country Action. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>

WHO (2021). Social determinants of Health. EB148.R2. World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R2-en.pdf