

LA INCIDENCIA DEL PLANEAMIENTO URBANÍSTICO SOBRE LA SALUD. ESPECIAL REFERENCIA AL DECRETO 169/2014, DE 9 DE DICIEMBRE QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA.

Ángel Lobo Rodrigo*

***Contratado Doctor de Derecho Administrativo de la Universidad de La Laguna.
aloboro@ull.es**

RESUMEN

El planeamiento urbanístico tiene una innegable incidencia en la salud física y mental, aunque hasta hace relativamente poco tiempo esta relación no ha tenido la importancia que merece tanto en el los planes como en las normas urbanísticas. El presente artículo trata de la importancia de la evaluación de impacto sobre la salud en la tramitación de los planes urbanísticos, tanto desde un punto de vista material como formal.

ABSTRACT

Urban planning has an undeniable impact on physical and mental health, but until recently, this relationship has not had the attention it deserves both in planning and their regulatory framework. This article discusses the importance of health impact assessment in the processing of urban planning, both from a material point of view and formal.

PALABRAS CLAVE

Plan, salud, evaluación, impacto.

KEYWORDS

Planning, health, assessment, impact.

1. PLANEAMIENTO URBANÍSTICO Y SALUD.

Las condiciones y requisitos esenciales para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites¹. Por tanto, en la más moderna concepción sobre la salud, ésta no se identifica simplemente con una situación de ausencia de enfermedad, sino que un estado saludable es la consecuencia de la presencia con mayor o menor intensidad de los elementos relatados.

¹ Carta de Ottawa, fruto de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986.

Es evidente que, sin constituir una herramienta mágica, el planeamiento urbanístico es, en buena parte, corresponsable de que, a través de sus técnicas, estos factores esenciales para la salud se lleven a buen término².

Entre los factores más determinantes de la salud y que, de alguna forma, encuentran en el planeamiento urbanístico, uno de los canales principales para su implementación, podemos destacar³:

La alimentación, que sirve para cubrir las necesidades energéticas y nutricionales de la sociedad y aporta los elementos protectores necesarios para disminuir el riesgo de padecer enfermedades. El planeamiento puede servir para facilitar la disponibilidad de comercios minoristas en los barrios con una amplia variedad de alimentos a precios asequibles, para conservar o recuperar los terrenos destinados al uso agrícola, apoyando la producción local de alimentos que favorezca una mayor disponibilidad de alimentos frescos, y a facilitar la creación de huertos urbanos y jardines comestibles.

La movilidad, conceptuada como aquella que impulsa los servicios de transporte público, fomenta las distintas formas de movilidad activa (transporte a pie y en bicicleta) y promueve un diseño urbanístico razonablemente compacto con usos mixto/diversos, que reduzcan la dependencia del automóvil.

Red de equipamientos básicos y espacios libres públicos, que ayuden a mejorar las relaciones sociales y la autoestima de las personas, disminuyendo el riesgo de padecer patologías mentales como la depresión y la ansiedad. El planeamiento deberá proporcionar equipamientos básicos relacionados con la educación, la salud, los servicios sociales, el deporte, la cultura y el ocio, garantizando que constituyan una red eficaz.

Empleo: la ordenación urbanística puede coadyuvar a una planificación del espacio urbano que favorezca la creación de oportunidades para el empleo local, especialmente mediante unos planes flexibles que apuesten por un uso mixto del suelo y una mayor densidad de población, que redundará en un incremento de la empleabilidad local.

Vivienda: es un elemento que tiene una gran incidencia en el bienestar y salud de las personas, y afecta de forma significativa a las oportunidades de empleo, la conectividad social y la sostenibilidad ambiental. El planeamiento puede ayudar a implementar viviendas más saludables, una mayor diversidad de vivienda que favorezca la existencia de una comunidad más cohesionada y multicultural y promover una vivienda más asequible.

De los factores presentados en los párrafos anteriores que inciden directa o indirectamente en la salud debemos destacar como algunos corresponden a ejes principales del planeamiento territorial y urbanístico (en este sentido la movilidad, la red de equipamientos básicos y espacios libres públicos, la vivienda y, en menor

² En parecidos términos, vid. DANNENBERG, A. y otros: "The impact of Community Design and Land-Use Choices on Public Health: A Scientific Research Agenda, American Journal of Public Health, Septiembre de 2003, Vol. 93, nº 9.

³ Vid. Cuadernos de Trabajo Udalsarea 21, Nº 17. Abril 2014 *Cuaderno salud y desarrollo urbano sostenible. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo* en <http://www.udalsarea21.net/Publicaciones/Ficha.aspx?IdMenu=892e375d-03bd-44a5-a281-f37a7cbf95dc&Cod=c7b41c06-c532-4925-a64b-06a248edcfc9&Idioma=es-ES>

medida el empleo⁴) mientras que otros como la alimentación o el empleo pueden encontrar en el planeamiento un elemento coadyuvante para su consecución.

2. LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO SOBRE LA SALUD EN LOS PLANES.

La Evaluación de Impacto sobre la Salud (en adelante EIS) ha evolucionado a partir de la conciencia de que muchos planes, proyectos, políticas y programas que, en principio, no tienen metas explícitas referidas a la salud, sin embargo, influyen en la salud de la población. Cuatro son los valores que forman parte integral de la EIS: la democracia, la equidad, el desarrollo sostenible y el uso ético de la evidencia basada en rigurosos análisis

Los métodos de planificación de hoy deben empezar a incorporar una amplia gama de disciplinas científicas y metodologías, además de la planificación tradicional, para abordar los problemas de salud que enfrenta la sociedad.

El denominado “*urbanismo saludable*”, conceptuado como aquél que integra los conceptos de desarrollo sostenible y salud ambiental, es la última vuelta de tuerca hacia una planificación urbanística más inteligente y que tiene el bienestar de la sociedad y la protección del medio ambiente sus objetivos principales. Así, se destacan como los pilares fundamentales de este “*urbanismo saludable*” la evaluación de los efectos del desarrollo urbano en la; la atención prioritaria a los problemas de equidad social en las ciudades, como factor determinante para la mejora de la salud de las poblaciones; la incorporación de la perspectiva de prevención del riesgo de enfermedades mentales, como factor determinante de la planificación territorial y urbanística, y la incorporación de la perspectiva de la mitigación de los efectos del cambio climático, como factor asimismo determinante de la planificación territorial y urbanística⁵.

3. LA SALUD. UN EJEMPLO DE REGULACIÓN SECTORIAL QUE DEBE SER OBJETO DE UN TRATAMIENTO ESPECIAL POR PARTE DEL PLANEAMIENTO.

La incidencia del planeamiento territorial, de los recursos naturales y urbanístico en la salud es una cuestión que no ha sido objeto de especial preocupación por parte del ordenamiento urbanístico. Sin embargo, la legislación sectorial, en este caso la relativa a la salud, sí ha subrayado recientemente esta relación.

⁴ Estos ejes del urbanismo fueron fijados por la denominada Carta de Atenas. Se trata de un manifiesto urbanístico ideado en el IV Congreso Internacional de Arquitectura Moderna (CIAM) celebrado a bordo del Patris II en el año 1933. En dicho documento se apostó por la zonificación de la ciudad en función de los usos y necesidades de la sociedad moderna, que se conjugaron en los verbos habitar, circular, trabajar y recrear (el cuerpo y el espíritu: salud, educación, esparcimiento, etc.).

⁵ Vid. CONTEL BALLESTEROS, J.: y LLOBELL LÓPEZ, A.: “El urbanismo saludable”, Revista Salud Ambiental, 2007; 7 (2), Sociedad Española de Sanidad Ambiental, pp. 215 a 220.

En el ámbito estatal, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública en su artículo 35 incorpora el deber de las administraciones públicas de someter a Evaluación de Impacto sobre la Salud las normas, planes, programas y proyectos. En concreto, el mencionado precepto, que es merecedor, en una sistemática mejorable, de un capítulo en exclusividad (capítulo VII denominado Evaluación del impacto en salud de otras políticas), dispone en su apartado primero que *“las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud, en los términos previstos en esta ley”*. Se trata de la primera vez que aparece en nuestro derecho sanitario la necesidad de que las normas, planes, programas y proyectos que puedan incidir en la salud se sometan a una evaluación e impacto, pues la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, nada contemplaba al respecto. Del precepto transcrito se entiende que serán las Administraciones Públicas, todas, dentro de su ámbito competencial, las que determinarán cuáles son las normas, planes, programas y proyectos que deberán contener, en su tramitación, un informe de evaluación del impacto en salud.

Indudablemente es una apuesta novedosa, como se encarga de resaltar la propia Exposición de Motivos de la Ley al señalar que *“la necesidad de avanzar en la seguridad sanitaria aconseja que España sea de los países líderes en garantizar y promover la salud en sus acciones de gobierno, incluyendo, tal como se establece en este capítulo, las actuaciones necesarias para que se evalúe el impacto en la salud humana de las diversas actuaciones públicas. La inclusión de la evaluación de impacto en salud en nuestro ordenamiento jurídico puede situarnos en el grupo de los países más avanzados, propiciando la innovación en el desarrollo de reformas relacionadas con la economía sostenible que a su vez garanticen la seguridad sanitaria”*.

La evaluación de impacto en salud es *definida en el apartado segundo del art. 35 de la Ley 33/2011 como “la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser analizada una norma, plan, programa o proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos”*. Como se desprende de la redacción, la virtualidad de la EIS a nivel estatal es muy amplia y escasamente definida, no solamente en cuanto a la actuación material que supone (combinación de procedimientos, métodos y herramientas) sino en cuanto a su ámbito objetivo (norma, plan, programa o proyecto), no circunscribiéndose específicamente en ningún caso al ámbito del planeamiento urbanístico. En este sentido la competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas en materia de ordenación del territorio, urbanismo y vivienda del art. 148.1.3ª de la Constitución Española apela a una ordenación más concreta del legislador autonómico.

Andalucía es la Comunidad Autónoma pionera en una regulación desarrollada de la EIS, aunque se pueden subrayar otras experiencias como es la Ley de la salud Pública de Cataluña⁶ o experiencias singulares como la Evaluación del impacto en la

⁶ Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública de Cataluña.

salud del Plan de Reforma Integral de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación (2009) realizada como experiencia piloto por el Gobierno Vasco⁷.

La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud de Andalucía está impregnada de la filosofía de que la Administración Sanitaria Pública de promoverá el desarrollo, entre otras actuaciones relacionadas con la salud pública, de medidas de control y promoción de mejoras sobre todas aquellas actividades con posibles repercusiones sobre la salud. Para alcanzar estos objetivos la mencionada Ley dispone de una regulación específica de la Evaluación de Impacto integra en el capítulo V del Título I el marco normativo básico (arts. 55 a 59), señalando el objeto, el ámbito de aplicación, la metodología. La regulación del informe de EIS y el procedimiento. Al definir la EIS, el legislador andaluz va un paso más allá pues no solamente acude a la definición tradicional de *“combinación de métodos, procedimientos y herramientas con los que puede ser evaluada una política, un programa, proyecto o actividad, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la población”*, sino que añade que *“la evaluación de impacto en salud integra la valoración y el informe de evaluación de impacto en la salud”*, por lo que no se queda, como en otras Comunidades Autónomas, en un simple método que debe acompañar cualquier plan, programa o proyecto para una mejor valoración del mismo, sino que toma cuerpo en un informe, con la trascendencia jurídica que esto puede conllevar y que trataremos en epígrafes posteriores⁸.

En la Disposición Final VI de la antedicha Ley se regula que la EIS no entrará en vigor hasta que se produzca su desarrollo reglamentario, y aunque dicho plazo no se pudo cumplir ante la necesidad de realizar primero modificaciones de la Ley Salud de Andalucía⁹, este necesario desarrollo mandado por el legislador se llevó a cabo mediante el Decreto 169/2014, de 9 de diciembre por el que se establece el procedimiento de la Evaluación de Impacto en la Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía, objeto principal del presente estudio.

4. EL DECRETO 169/2014, DE 9 DE DICIEMBRE POR EL QUE SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN LA SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA.

4.1 Cuestiones Generales.

Tal y como hemos subrayado en párrafos anteriores, el Decreto 169/2014 de la Junta de Andalucía constituye la normativa más desarrollada y ambiciosa en materia de EIS

⁷ Se puede consultar dicha evaluación en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/EIS_PRI.pdf

⁸ La Ley define dicho informe como el *“emitido por la Consejería competente en materia de salud, sobre la valoración del impacto en la salud realizada a un plan, programa, instrumento de planeamiento urbanístico, obra o actividad”* (art. 2.15ª de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud de Andalucía).

⁹ La más importante la producida por el Decreto- Ley 5/2014, de 22 de abril, de medidas normativas para reducir las trabas administrativas para las empresas, se sustituyó el Anexo de la Ley 7/2007, de 9 de julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental.

en España¹⁰. Su ámbito de aplicación es descrito en el art. 3, e incluye, además de 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 vengán exigidas por una disposición legal o reglamentaria, o por Acuerdo del Consejo de Gobierno) y las actividades y obras, públicas y privadas, y sus proyectos, señalados en el Anexo I, los instrumentos de planeamiento urbanístico, y en concreto los instrumentos de planeamiento general y aquellos instrumentos de planeamiento de desarrollo que afecten a áreas urbanas socialmente desfavorecidas o que tengan especial incidencia en la salud humana.

Debemos criticar este ámbito de aplicación limitado a los instrumentos de ordenación urbanística, pues no se entiende que se excluyan los instrumentos de ordenación territorial, que no solamente condicionan con sus determinaciones, sobre todo a nivel infraestructural, el planeamiento urbanístico, sino que, ocupan un lugar predominante en el sistema de planeamiento. Abogamos, por tanto, por la inclusión de los instrumentos de ordenación territorial como objeto natural de la EIS.

En cuanto al órgano que debe realizar la emisión del informe de EIS, el art. 5.1 del Decreto dispone que corresponde a la persona titular del centro directivo competente en materia de salud pública de la administración autonómica, pero en el caso de instrumentos de planeamiento de desarrollo que afecten a áreas urbanas socialmente desfavorecidas o que tengan especial incidencia en la salud humana, la competencia queda atribuida a la persona titular de las Delegaciones Territoriales de la Consejería competente en materia de salud (art. 5.2).

En este punto, tal y como ya hemos subrayado con anterioridad, tenemos que distinguir entre el documento de valoración del impacto en la salud, del informe de EIS.

En cuanto al primero, y referidos siempre, pues no es otro el objeto de este estudio, a los instrumentos de planeamiento urbanístico, se incorporará en la Memoria del plan, como documentación del mismo, de acuerdo con lo regulado en el artículo 19, apartados 1.a) y 2, de la Ley 7/2002, de 17 de diciembre, de Ordenación Urbanística de Andalucía (art. 6.3)¹¹.

¹⁰ Para un estudio más desarrollado desde el punto de vista de la aplicación práctica el mencionado reglamento vid. VELA RÍOS, J.: (COORDINADOR): *Manual para la evaluación del impacto en salud de los instrumentos de planeamiento urbanístico de Andalucía*, Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 7 vértices, Sevilla 2015.

¹¹ El documento de valoración del impacto en la salud contendrá al menos la siguiente información:

- a) Descripción de la actuación que incluya información relativa a su finalidad, objetivos, características generales, área geográfica de ubicación o población a la que va dirigida, así como sus principales acciones o ejes de actuación.
- b) Descripción de las principales características del entorno físico, socioeconómico y demográfico de las comunidades o poblaciones afectadas por la actuación, que permitan establecer un perfil de sus condiciones de vida.
- c) Identificación y valoración de los impactos. Se analizarán y valorarán los impactos previsibles en la salud y sus determinantes como consecuencia de los cambios que la actuación puede inducir en las condiciones de vida de la población afectada, indicando los métodos utilizados para la previsión y valoración de los impactos. Asimismo se indicarán, en su caso, las medidas previstas para la protección de la salud frente a los impactos negativos y para la promoción de los impactos positivos.
- d) Conclusiones de la valoración.
- e) Documento de síntesis, sin argot técnico, fácilmente comprensible.
- f) Anexos en los que se recoja la documentación que ha servido de apoyo al proceso de valoración de los impactos.

Los arts. 10 a 14 del Decreto regulan de forma pormenorizada la Evaluación de impacto en salud de instrumentos de planeamiento urbanístico.

Serán objeto de EIS los instrumentos de planeamiento urbanísticos generales y sus revisiones, así como los instrumentos urbanísticos de desarrollo, pero solamente aquéllos que se refieran a áreas urbanas socialmente desfavorecidas¹² y aquéllos instrumentos de desarrollo que puedan tener una incidencia efectiva sobre la salud, conclusión que será consecuencia de la aplicación de los criterios contenidos en el art. 12.1 del Decreto¹³, excluyéndose de forma expresa de EIS los Estudios de Detalle y aquéllos Planes Especiales señalados en el art. 12.3 del Decreto¹⁴.

4.2 El procedimiento de EIS.

¹² El art. 11 del Decreto dispone que estos instrumento de planeamiento de desarrollo afectan a áreas urbanas socialmente desfavorecidas cuando ordenen pormenorizadamente áreas o sectores incluidos, total o parcialmente, en las zonas que a tal efecto se determinen mediante Orden de la persona titular de la Consejería competente en materia de salud. Pues bien, la Orden de 13 de junio 2016 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha sido la encargada, recientemente, de determinar las áreas urbanas socialmente desfavorecidas de Andalucía a los efectos del procedimiento de evaluación de impacto en salud.

¹³En concreto los siguientes:

- a) Población potencial afectada, mostrando especial atención a grupos de población especialmente vulnerables, como personas mayores, infancia, personas con discapacidad y mujeres embarazadas.*
- b) Severidad de modificación del medio físico con efectos adversos en la red hidrográfica, hábitats naturales, usos del suelo o alteraciones en la calidad del agua o del aire.*
- c) Grado de reducción en cobertura, disponibilidad o accesibilidad a instalaciones y servicios sanitarios, educativos o sociales o de conexión con el resto del núcleo urbano.*
- d) Nivel de satisfacción de las necesidades de abastecimiento, saneamiento, dotaciones y servicios próximos y útiles para el entorno y la comunidad, incluyendo la facilitación de medios de transporte público adecuados.*
- e) Presencia de medidas que condicionen estilos de vida incompatibles con la salud, como el sedentarismo, y que supongan la pérdida o ausencia de espacios verdes o que dificulten la disponibilidad o accesibilidad a instalaciones recreativas, deportivas –carril bici, rutas verdes– o a instalaciones infantiles.*
- f) Ausencia de espacios comunitarios y otros que faciliten las relaciones sociales saludables y los usos sociales de los espacios urbanos.*
- g) Existencia de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas en parcelas colindantes que puedan afectar a la población que ocupe el espacio ordenado por el instrumento de planeamiento, incluyendo la aproximación a cementerios prevista en los artículos 39 y 40 del Decreto 95/2001, de 3 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria de Andalucía.*
- h) Situación de las parcelas en relación con zonas inundables o zonas con riesgo de afección por fenómenos catastróficos de origen natural o antrópico”.*

¹⁴ Los Planes Especiales que tengan por objetivo:

- a) Conservar, proteger y mejorar el medio urbano y, con carácter especial, el patrimonio portador o expresivo de valores urbanísticos, arquitectónicos, históricos o culturales.*
- b) Conservar, proteger y mejorar el medio rural, en particular los espacios con agriculturas singulares y los ámbitos del Hábitat Rural Diseminado.*
- c) Conservar, proteger y mejorar el paisaje, así como contribuir a la conservación y protección de los espacios y bienes naturales.*
- d) Establecer reservas de terrenos para la constitución o ampliación de los patrimonios públicos de suelo”.*

De acuerdo a la Ley de Sanidad de Andalucía, la EIS consta de dos fases. La primera es la “*valoración del impacto en la salud*” (en adelante VIS), que debe ser realizada por la institución, organismo o persona pública o privada que sea la promotora del instrumento de ordenación urbanística, y un “*Informe de EIS*”, que será emitido por el órgano competente de la Administración sanitaria

En cuanto a la primera fase, esta es, la Valoración de Impacto sobre la Salud, es anterior al inicio del procedimiento, y se llevará a cabo por las personas o Administraciones promotoras del Plan. El art. 13 del Decreto establece la posibilidad de llevar a cabo unas consultas previas al órgano competente para emitir el informe de evaluación del impacto en la salud¹⁵. Las consultas previas no tienen carácter obligatorio, sino voluntario. Se trata de un trámite previo al inicio del procedimiento administrativo y sirven para conocer la opinión de la administración sanitaria sobre los aspectos que deben tenerse en cuenta para realizar la VIS de un proyecto: su alcance, amplitud y grado de especificación. En el plazo de quince días tras la solicitud, el órgano competente para emitir el informe de EIS comunicará al solicitante su parecer sobre el alcance, amplitud y grado de especificación de la información que debe contener la valoración de impacto en salud que éste debe realizar descrita en el art. 6, sin perjuicio de que en fases posteriores de la tramitación, pueda requerir información adicional. El transcurso del plazo de 15 días sin comunicación expresa por parte del órgano competente para emitir el informe de EIS facultará a la persona o administración promotora para iniciar la tramitación del instrumento de planeamiento, sin perjuicio del necesario sometimiento del mismo a la evaluación de impacto en la salud, en su caso, de acuerdo con lo regulado en el Decreto.

La segunda fase la constituye el Informe de evaluación de impacto en salud de instrumentos de planeamiento urbanístico. Tras la aprobación inicial del instrumento de planeamiento urbanístico en cuestión, el órgano competente para su tramitación solicitará a la Consejería competente en materia de salud, de acuerdo con el artículo 32.1.2.^a de la Ley 7/2002, de 17 de diciembre, de Ordenación Urbanística de Andalucía, el informe de evaluación de impacto en salud (art. 14.1 del Decreto).

El art. 14.2 del Decreto (y el art. 58.2 de la Ley 16/2011 de Salud de Andalucía, modificado por la Disposición Final 7.^a del Decreto-Ley 5/2012, 27 noviembre, de medidas urgentes en materia urbanística y para la protección del litoral de Andalucía) establece que el informe de evaluación de impacto en salud tiene carácter preceptivo y vinculante y debe ser solicitado a la Consejería competente en materia de salud tras la aprobación inicial del instrumento de planeamiento urbanístico, debiendo emitirse en el plazo máximo de tres meses. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera evacuado se entenderá su conformidad al instrumento de planeamiento propuesto.

¹⁵ La solicitud de información al órgano competente para emitir el informe de evaluación del impacto en la salud se realizará según modelo establecido en el Anexo IV, y deberá incluir al menos los siguientes datos:

- a) Identificación de la persona o administración promotora del instrumento de planeamiento.*
- b) Ámbito de actuación, situación y emplazamiento, con cartografía adecuada.*
- c) Objeto del instrumento de planeamiento, descripción y justificación.*
- d) Descripción de principales afecciones territoriales y ambientales existentes.*
- e) Alternativas de ordenación, criterios de selección y alternativa elegida.*
- f) Identificación y análisis preliminar de los potenciales impactos significativos de la ordenación propuesta sobre la salud de las poblaciones existentes y/o previstas”.*

5. CONSECUENCIAS JURÍDICAS DE LA NO SOLICITUD DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE IMPACTO SOBRE LA SALUD.

La consideración de los informes preceptivos y vinculantes, como es el caso de la EIS como trámites cualificados del procedimiento en la elaboración de reglamentos y su reconocimiento expreso como aplicables a la ordenación urbanística por Ley tal en el art. 58.2 de la Ley de sanidad de Andalucía son argumentos suficientes como para sostener que la no solicitud del mencionado informe conlleva la nulidad de pleno derecho del Plan.

El debate sobre la naturaleza jurídica de los planes urbanísticos ha sido cerrada desde hace tiempo por la jurisprudencia ya desde los años sesenta (STS de 8 de mayo de 1968 (Ar. 2548), confirmando la naturaleza normativa de los planes. En este sentido, la STS de 20 de abril de 1990 (Ar. 3614) es rotunda al afirmar que *«los Planes Urbanísticos, no obstante su complejidad de contenido, merecen como institución jurídica la calificación de acto fuente de derecho objetivo, es decir, de normas jurídicas, y más precisamente, de normas con rango formal reglamentario, constituyendo el planeamiento urbanístico en su conjunto un auténtico sistema normativo gradual y coordinado de integración y desarrollo de la Ley del Suelo particularizándola a supuestos espaciales concretos»*.

Existen en nuestra jurisprudencia abundantes sentencias en este sentido, y baste para ilustrar esta afirmación la de la Sala III del Tribunal Supremo sobre el Plan de Ordenación del Territorio de la Costa del Sol Occidental de la provincia de Málaga, aprobado por el Decreto del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía 142/2006, de 18 de julio, que declaró nulo dicho Plan por no haberse emitido el preceptivo informe sobre impacto por razón de género exigido por la propia legislación autonómica andaluza (Ley del Parlamento de Andalucía de 29 de diciembre de 2003).

BIBLIOGRAFÍA.

CONTEL BALLESTEROS, J.: y LLOBELL LÓPEZ, A.: “El urbanismo saludable”, Revista Salud Ambiental, 2007; 7 (2), Sociedad Española de Sanidad Ambiental.

DANNENBERG, A. y otros: “The impact of Community Design and Land-Use Choices on Public Health: A Scientific Research Agenda”, American Journal of Public Health, Septiembre de 2003, Vol. 93, nº 9.

VELA RÍOS, J.: (COORDINADOR): *Manual para la evaluación del impacto en salud de los instrumentos de planeamiento urbanístico de Andalucía*, Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 7 vértices, Sevilla 2015.

RECURSOS EN INTERNET Y DOCUMENTOS.

Carta de Ottawa, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa 21 de noviembre de 1986.

Cuadernos de Trabajo Udalsarea 21, N.º 17. Abril 2014 «Cuaderno salud y desarrollo urbano sostenible. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo» en:

<http://www.udalsarea21.net/Publicaciones/Ficha.aspx?IdMenu=892e375d-03bd-44a5-a281-f37a7cbf95dc&Cod=c7b41c06-c532-4925-a64b-06a248edcfc9&Idioma=es-ES>

Evaluación del impacto en la salud del Plan de Reforma Integral de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación (2009) en:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/EIS_PRI.pdf