

**ANTEPROYECTO
DE LEY GENERAL
DE SALUD PÚBLICA**

ANTEPROYECTO DE LEY GENERAL DE SALUD PÚBLICA

ÍNDICE

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

TITULO PRELIMINAR. Disposiciones generales. La política de salud pública

CAPITULO ÚNICO. Del objeto y ámbito de la ley

TÍTULO I. Derechos y deberes en salud pública

CAPÍTULO I. Derechos de los ciudadanos

CAPITULO II. Deberes de los ciudadanos

CAPÍTULO III. Acuerdo y colaboración en salud pública

TÍTULO II. Intervenciones en salud pública

CAPÍTULO PRELIMINAR. Principios generales de acción en salud pública

CAPÍTULO I. La vigilancia en salud pública

CAPÍTULO II. Información en salud pública

CAPÍTULO III. Promoción de la salud

CAPÍTULO IV. Prevención de problemas de salud y sus determinantes

CAPÍTULO V. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud

CAPÍTULO VI. La gestión sanitaria como una acción de la salud pública

CAPÍTULO VII. Protección de la salud.

Sección 1.^a. Sanidad ambiental

Sección 2.^a La salud laboral

CAPÍTULO VIII. Evaluación del impacto en salud de otras políticas

CAPÍTULO IX. Sanidad exterior y salud internacional

CAPÍTULO X. Prestación de salud pública

TÍTULO III. La organización de la salud pública

CAPÍTULO I. Órganos para el gobierno de la Salud Pública

CAPÍTULO II. El Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud y sus órganos de coordinación de salud pública.

Sección única: La Comisión Permanente de Salud Pública

CAPÍTULO III. El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades, el Comité Asesor en Salud Pública y la Red Española de Expertos en Salud Pública.

Sección primera. Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades

Sección segunda. Comité Asesor en Salud Pública

Sección tercera. Red Española de Expertos en Salud Pública.

CAPÍTULO IV. Órganos e instituciones de las Comunidades Autónomas.
CAPÍTULO V. Organización de la salud pública en el municipio.
CAPÍTULO VI. Cooperación en materia de salud pública

TÍTULO IV. Los profesionales de la salud pública

CAPÍTULO I. Formación y desarrollo profesional en salud pública
CAPÍTULO II. Investigación en salud pública

TÍTULO V. La autoridad sanitaria, vigilancia y control.

CAPITULO I. Autoridad sanitaria.
CAPITULO II. Vigilancia y control.
CAPITULO III. Medidas cautelares

TÍTULO VI. Infracciones y sanciones

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Disposición final primera. Título competencial.

Disposición final segunda. Habilitación para el desarrollo reglamentario.

Disposición final tercera. Habilitación al Gobierno para elaborar un texto refundido.

Disposición final cuarta. Entrada en vigor.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I.

La Constitución Española de 1978 reconoció, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y encomendó a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Asimismo, dejó al desarrollo legislativo posterior el establecimiento de los derechos y deberes de la población a este respecto. Este derecho a la protección de la salud se ha interpretado usualmente como derecho a recibir cuidados sanitarios frente a la enfermedad. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, trató de que el sistema sanitario tuviese una orientación principal hacia la prevención y la promoción de la salud estableciéndolo de esta forma en su artículo 3.

Sin embargo, el propio funcionamiento de unos servicios dedicados a resolver las demandas cotidianas crecientes de atención sanitaria y un desarrollo legislativo posterior más centrado en ordenar las actividades de asistencia sanitaria que en disponer los esfuerzos que la sociedad debe hacer para asegurar un buen estado de salud han dado menos oportunidades a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Desde la esfera humana, social o económica, hay sobrados motivos para preservar la salud o mejorarla, ya que ésta es fuente de bienestar y un recurso indispensable para el adecuado desempeño de la sociedad. Precisamente, la salud pública se define como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

Los servicios sanitarios mediante cuidados de calidad consiguen evitar los perjuicios de las enfermedades, en ocasiones permiten que se recobre la salud perdida y mejoran la calidad de vida de los enfermos, pero no es el dispositivo sanitario el principal condicionante de nuestro nivel de salud. Aunque la asistencia sanitaria pueda implantar alguna acción preventiva, la salud se gana y se pierde en otros terrenos: antes del nacimiento pueden producirse exposiciones que de forma indeleble determinen la salud futura, y desde el nacimiento hasta la muerte se van acumulando experiencias vitales positivas o negativas que perfilan nuestra salud. El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de nuestras ciudades o barrios, el aire que respiramos, el agua que bebemos, los alimentos que comemos, el entorno social en el que nos desenvolvemos, todo ello y mucho más determina nuestra salud. Prácticamente todas las acciones de gobierno, a cualquier nivel, todas las intervenciones públicas o privadas tienen en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud. De ahí que el enfoque de la salud pública actual se dirija a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y requieren nuevas formas de organización.

Se trata de asegurar y mejorar la salud de sociedad española, la actual y la que seremos en varias décadas como contribución decisiva al bienestar tanto por el efecto neto de la ganancia en salud en el propio bienestar como de la contribución de ésta a la sostenibilidad de los servicios sanitarios y sociales, sin

olvidar la contribución a la sostenibilidad general por el aumento de la productividad asociada a la salud y por el efecto positivo en el entorno de la políticas de cuidado del medio que tienen efectos positivos en la salud humana. La excelente respuesta que hemos dado al requerimiento constitucional de protección de la salud desde la vertiente del cuidado de los enfermos debe ahora complementarse en la vertiente preventiva y de protección y promoción de la salud. España se ha beneficiado no sólo de los buenos cuidados sanitarios, también de su entorno, su entramado social y familiar, su alimentación y otros muchos factores la han situado entre los países con mejores indicadores de salud del mundo. Pero hay nuevas realidades que atender que nos recuerdan que una sociedad avanzada debe pensar en la población del futuro, sin esperar a solucionar los problemas cuando se desborden sus servicios sociales y sanitarios.

A este respecto conviven en nuestro país nuevas realidades, como el creciente envejecimiento de la población, el aumento de familias monoparentales, el debilitamiento de las redes familiares y sociales acentuados por urbanismos dispersos, la globalización y sus riesgos emergentes o la inmigración con otras que no por más antiguas están del todo resueltas, como la pertenencia a determinadas etnias, los discapacitados psíquicos, la población reclusa, la población en riesgo de exclusión social, etc. Los cuidados sanitarios y las atenciones sociales serán sostenibles si aseguramos para nuestra población los mejores niveles de salud y autonomía posibles en todos los tramos de la vida y con la máxima igualdad posible.

El objeto de esta ley es dar respuesta completa al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución Española y en consecuencia tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la sociedad española. La salud, definida como una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa, da junto con la educación las mejores oportunidades para que una sociedad tenga bienestar. Por ser autónoma, la salud reconoce la libertad de escoger siendo consciente de las consecuencias, para lo cual hay que proporcionar una educación que asegure la capacidad crítica, la posibilidad de madurez democrática y participativa. Al fin y al cabo educación y salud conforman parte de la materia prima que sustenta una sociedad democrática. Ambas se relacionan íntimamente y ambas facilitan el ansiado el bienestar social y desarrollo económico. Hay suficiente conocimiento científico que demuestra cómo un alto nivel de salud asegura y mejora la productividad en todos los ámbitos analizados, de ahí que la inversión en salud, incluyendo la inversión en las estructuras que aseguran la salud de la población, sea una de las acciones más rentables y, si además respeta la equidad efectiva, esencialmente justa.

Por otra parte, la búsqueda de la salud debe ser una tarea solidaria y compartida que no reconoce fronteras y que aplica los principios básicos de la salud pública tales como el respeto a los derechos humanos y la búsqueda de una justicia social efectiva. Este aspecto cobra singular importancia en el mundo globalizado del siglo XXI, de profundas desigualdades, que siguen un patrón social entre países y dentro de los propios países, haciendo de la aspiración de la equidad no sólo un fin, sino un medio para lograr una mejor

salud para todos. La equidad es al fin y al cabo consustancial a la salud y sólo las sociedades que procuran la igualdad consiguen buenos resultados en salud. Hoy, las amenazas a la salud pública en el ámbito internacional no pueden detenerse o prevenirse mediante una sanidad de fronteras, de contención, son la cooperación y la solidaridad las principales acciones de prevención, de ahí que no pueda abordarse la salud pública de cualquier territorio sin considerar la acción internacional como parte integrante de la política nacional de salud pública.

Alcanzar las mayores ganancias de salud, objeto de este proyecto de ley, requiere que la sociedad se organice de forma que permita fomentar, proteger y promover la salud de las personas, tanto en su esfera individual como colectiva, y que ello lo haga desde el riguroso conocimiento científico y anticipándose a los problemas. Esta organización de la sociedad requiere un sistema de salud pública que aúne y coordine tres ámbitos de acción: 1) el propio de los dispositivos de salud pública; 2) las acciones de prevención y promoción de salud en los servicios sanitarios 3) las acciones y programas que sin ser sanitarios tienen efecto sobre la salud y que gobernados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo los mejores resultados en salud.

Los dispositivos de salud pública vigilan el estado de salud de la población y sus determinantes, advierten de las potenciales ganancias en la salud de unas u otras políticas o intervenciones. Responden a las amenazas sobre la salud de la población y a las crisis sanitarias. Implantan acciones en las áreas de protección de la salud, mediante la prevención de los efectos negativos de diversos elementos del medio: sanidad ambiental, salud laboral, seguridad alimentaria, sanidad exterior, etc.; en el área de promoción de la salud, capacitando a los ciudadanos a tomar informada y libremente aquellas decisiones que mejor sirvan a su salud y bienestar; y en el área de la prevención de la enfermedad y de las deficiencias mediante vacunaciones y otros programas. Estas actuaciones requieren unas bases comunes de implantación con garantías de máxima calidad, una cohesión humana que permita poner la mejor inteligencia de salud pública de nuestra sociedad a disposición de donde sea necesaria y una organización que responda a los retos de la salud pública actual donde las políticas de cualquier país condicionan las propias.

Los servicios sanitarios encuadrados en el Sistema Nacional de Salud realizan algunas acciones preventivas además de las curativas, cuidadoras y de rehabilitación. Sin embargo, los servicios sanitarios y en especial la atención primaria de salud deben asumir un papel más relevante en la acción preventiva y la salud comunitaria. La efectividad de estas actividades preventivas se asegura mediante una adecuada coordinación con las acciones de salud pública y mediante una organización que permita aportar a los servicios sanitarios las mejores recomendaciones preventivas, dando prioridad a aquellas acciones más eficientes y optimizando así los recursos y evitando perjuicios innecesarios por acciones preventivas ineficaces.

Y por último, más allá de las acciones iniciadas desde el ámbito sanitario, son imprescindibles instrumentos que aseguren que la salud se considera como uno de los resultados de las diversas políticas e intervenciones en todos los niveles de gobierno. La salud de la población está determinada por las políticas e intervenciones en otros ámbitos, por tanto, se exige que desde las administraciones públicas se asegure el marco normativo que maximice el nivel de salud sin detrimento de otros bienes sociales que contribuyen al bienestar de la sociedad. Los grandes retos de salud actuales sólo pueden abordarse con garantías de éxito si el conjunto de la sociedad se gobierna teniendo en cuenta y maximizando los resultados que las diversas actuaciones y normas tienen en la salud. Poner la salud y equidad en todas las políticas requiere una organización que permita una adecuada coordinación entre el sector salud y otros sectores buscando las sinergias en sus políticas o la necesaria protección de la salud cuando éstas no sean posibles.

Esta descripción de los ámbitos de acción ya adelanta algunos de los criterios que justifican y fundamentan la reforma de la organización de la salud pública que afronta esta ley. España por las características de su desarrollo económico y social debe orientarse hacia la garantía en seguridad sanitaria. Esto significa que es necesaria la capacidad de influencia internacional para actuar en aquellas decisiones que afectan a la salud pública y que todo lo relacionado con el tráfico internacional de bienes, servicios y personas que concierna a España debe estar especialmente cuidado desde la vertiente de la salud pública requiriendo para ello estructuras adecuadas. De igual forma las políticas e intervenciones desarrolladas en España en cualquier ámbito deben ser reconocidas por cuidar no solo el entorno sino también la salud requiriendo para ello una disposición normativa que lo exija. La apuesta de país por la seguridad sanitaria va enlazada a intereses económicos en comercio y turismo, pero también a la capacidad de influencia en las decisiones en ámbitos internacionales que afectan a la salud de las poblaciones. Estos retos pueden afrontarse con éxito y en la presente ley se introducen las disposiciones oportunas para ello.

La propia seguridad sanitaria se basa en unos adecuados servicios de información en salud pública con una red de centros y laboratorios bien coordinados. La situación actual puede dar un notable paso en calidad y funcionamiento si se ordenan los centros emisores de información de vigilancia en salud pública, especialmente la red de centros de epidemiología y de laboratorio.

El desarrollo científico mundial sobre acciones y políticas de salud pública debe potenciarse a fin de que sea capaz de emitir recomendaciones fundamentadas científicamente tal como ocurre en los ámbitos asistenciales. En España se cuenta con suficiente desarrollo y numerosos científicos como para poder disponer de recomendaciones sólidas en salud pública y avanzar considerablemente si se dispusiera de la organización oportuna.

La estructura política de España determina que muchas de las acciones que perfilan la salud de la población son competencia de las Comunidades Autónomas y los municipios; sin embargo, hay diversos determinantes de la

salud cuya modificación para la mejora de la salud pública sólo pueden hacerse en el ámbito nacional o supranacional. Igualmente hay acciones de salud pública cuya eficacia y eficiencia social se multiplican cuando se implantan o se ejercen de forma coordinada a nivel estatal o internacional. Además el desarrollo de la estructura territorial es heterogénea, como lo son las capacidades. No se trata de armonizar actuaciones para complementar actividades realizadas por las administraciones autonómicas y locales, lo cual ya está dispuesto normativamente, se requiere una organización que efectivamente consiga la cohesión humana en términos de experiencia y excelencia en salud pública para que lo mejor de España en salud pública esté siempre a disposición de cualquier comunidad y cualquier ciudadano y para influir y actuar en la esfera internacional contribuyendo a la salud global. La inteligencia en salud pública, entendida esta como el conjunto de personas con capacidad profesional y científica para abordar problemas de salud pública, es de alto nivel en España, pero no se ha trabado una organización que aproveche eficientemente estos recursos consiguiendo la cohesión humana imprescindible dada la estructura del Estado.

La presente ley da respuesta a estas necesidades enumeradas y otras que se concretan en la descripción del contenido que a continuación de pormenoriza.

II.

La ley se estructura en un título preliminar y otros seis títulos. En el título preliminar se enuncia el propósito de la ley, que es el establecimiento de las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias y no sanitarias en materia de Salud Pública. Su objetivo es establecer el marco legal para las actuaciones de la salud pública que se realizan desde las distintas Administraciones en España y desde cualquier ámbito de la sociedad en el ejercicio de sus respectivas competencias, de forma que se garanticen la equidad, efectividad, transparencia, calidad y cohesión de la organización de la salud pública en España. Se incluye un breve glosario de términos motivado entre otros, por la distancia entre el significado atribuido a algunos términos en el ámbito de la salud pública y el recogido en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua.

III.

El Título I consta de tres capítulos y se ocupa de los derechos y deberes en salud pública. La previsión constitucional de desarrollo legislativo sobre derechos y deberes respecto a la salud pública se ha concretado en el ámbito de la atención sanitaria a enfermos, pero no en el ámbito de las intervenciones de salud pública sobre comunidades ni en el de las intervenciones preventivas en personas no enfermas. Por ello en el capítulo I se desarrollan los derechos de los ciudadanos en materia de salud pública, dando importancia a valores tales como la información, la participación, la igualdad, la comunicación y la transparencia. La ley garantiza el derecho de los ciudadanos a la participación real y establece los mecanismos para considerar las propuestas de los agentes

sociales, sociedades científicas y profesionales y asociaciones ciudadanas, en la elaboración de las políticas. Los ciudadanos tienen derecho a decidir libremente sobre su salud y a ser informados previamente a su participación en programas de salud de manera objetiva sobre los beneficios y los riesgos de esa intervención. La Administración garantizará la seguridad de estas intervenciones mediante estudios de evaluación de riesgos e informará de ellos.

En el capítulo II, sobre deberes de los ciudadanos, tiene como objetivo establecer el deber de los ciudadanos de asumir la responsabilidad que tienen sobre su propia salud y de su obligación de preservar la salud del conjunto de la población. Esto se llevará a cabo colaborando con la Administración pública y no obstaculizando las intervenciones que realizan y comunicando aquellas situaciones que puedan constituir un riesgo para la salud pública.

El capítulo III aborda el acuerdo y la colaboración en salud pública, estableciendo las bases de colaboración entre administración pública, los ciudadanos, las empresas, y demás organizaciones de la sociedad civil. Esta colaboración es indispensable para los fines de la salud pública. Asimismo, se fomenta la responsabilidad social por la salud pública de ciudadanos, asociaciones y organizaciones sociales. Otro asunto de especial relevancia en salud pública es la objetividad y transparencia de las actuaciones de todos los actores interesados, particularmente cuando puede haber una colisión de intereses. En este capítulo se establecen los mecanismos para garantizar que las actividades de tipo científico y asesoramiento hacia las autoridades públicas en materia de salud no están sesgadas por intereses ajenos a la salud de la población y el bien público.

IV.

El Título II consta de un capítulo preliminar sobre principios generales de acción en salud pública y de diez capítulos sobre intervenciones en salud pública. El capítulo preliminar trata sobre los principios básicos que deben guiar las actividades de salud pública para conseguir su objetivo y estar en conformidad con los principios esenciales de la salud pública antes mencionados, más concretamente con la necesidad de una equidad efectiva de forma que todos los avances en salud pública deben garantizar la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Los capítulos I y II, tratan sobre un componente básico de la salud pública, la vigilancia e información en salud, elementos básicos de toda decisión de política de salud. Se fijan las bases generales de coordinación de las actuaciones de vigilancia e información en salud pública a fin de garantizar el adecuado funcionamiento en los niveles estatal e internacional. El núcleo de la coordinación es el Ministerio de Sanidad y Política Social con las redes de vigilancia e información de las administraciones autonómicas. Se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública que se ocupa de coordinar los tres sistemas de vigilancia: el de recogida de factores condicionantes y problemas de salud, los sistemas de alerta precoz y respuesta rápida y el sistema de

evaluación de calidad. De esta Red Estatal de Vigilancia, dependerá La Red Estatal de Laboratorios de Salud Pública, que se crea desarrollando lo que apuntaba la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El capítulo III designa las líneas generales que deben seguir las políticas y programas de promoción de la salud. Sobre la base de los condicionantes generales de la salud, se reconoce la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, creando entornos que apoyen la salud y faciliten la adopción estilos de vida saludables. Para conseguir estos fines se impulsa la acción intersectorial, haciendo que los programas de promoción abarquen políticas no sanitarias, se favorece la participación social y se le da un papel de especial importancia a los servicios de atención primaria. Se describen los principales ámbitos de acción de la promoción, como el educativo, el sanitario, el laboral y el comunitario, siendo considerado el educativo prioritario en esta ley. También se establece un sistema que acredita la calidad de las intervenciones en promoción, incluidas las difundidas a través de los medios de comunicación.

En el capítulo IV se regulan las intervenciones de prevención poblacional, es decir, aquellas intervenciones dirigidas a evitar la aparición de enfermedad en un conjunto de población, que son iniciativa de la autoridad sanitaria o deben ser autorizadas por ella independientemente de donde se realice su aplicación efectiva. Dado que la acción preventiva en el conjunto de una población requiere que gran parte de la población adopte unas medidas o intervenciones que con excepciones producen un beneficio a un número limitado de personas y que habitualmente se acompañan algunos efectos perjudiciales, su implantación sólo se decidirá tras una evaluación explícita de los beneficios y riesgos de la intervención que serán publicados por la autoridad sanitaria. Adicionalmente, considerando la relevancia que está alcanzando la detección precoz de la enfermedad y las perspectivas a largo plazo, se sientan las garantías que esta práctica debe tener para garantizar la máxima calidad.

El capítulo V de la ley, sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud, sienta las bases para que éstas sean actividades prioritarias de la actividad sanitaria. Se implica de manera directa a los profesionales sanitarios, fundamentalmente a los de atención primaria, en las actividades de salud pública dirigidas a promover la salud y prevenir enfermedades y lesiones en la población. En la realización de estas actividades, también se buscará la colaboración de las sociedades científicas, los colegios profesionales y las oficinas de farmacia. Se trata de coordinar y lograr una colaboración eficaz entre los servicios de salud pública y los servicios asistenciales de primer nivel.

La importancia de una gestión sanitaria adaptada a la salud pública se trata en el capítulo VI. Para alcanzar los objetivos descritos en esta ley es esencial que en todos los niveles y escalones asistenciales se prioricen la prevención y la promoción de la salud, garantizando la reducción de los desequilibrios sociales y territoriales; por tanto, la gestión sanitaria atenderá a los resultados

en salud y a las características del entorno a la hora de planificar, analizando desde el punto de vista epidemiológico la situación de salud de la población objetivo de la gestión.

El capítulo VII aborda las intervenciones de la salud pública en materia de protección de la salud y van dirigidas a la prevención de los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas. Las intervenciones en materia de salud ambiental se dirigen a la vigilancia y control de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en los distintos elementos del medio y en los lugares de convivencia humana. Estas intervenciones se aglutinan en dos secciones que abordan los aspectos de la salud ambiental, salud alimentaria y salud laboral.

La sección primera del capítulo VII recoge los aspectos más relevantes en los que se sustenta la acción de gobierno de la sanidad ambiental, que cobra un espacio propio y definido en el ámbito de la salud pública. Su contenido recoge dos aspectos claves de la actuación de la sanidad ambiental: la vigilancia y el control oficial. La salud humana depende en gran medida del entorno en que se desenvuelve la vida y por tanto la salubridad de los alimentos, el agua y el aire es esencial. Pero el entorno en el que se desenvuelve la vida del hombre no está constituido exclusivamente por el medio natural, sino que hay que considerar también el entorno construido o culturizado constituido por la vivienda, el lugar de trabajo, el colegio, los lugares de ocio, la ciudad en su conjunto y los estilos de vida. Este entorno genera condiciones ambientales nuevas que incorporan otros riesgos para la salud, como son las radiaciones ionizantes y no ionizantes, el ruido, el cambio climático, la superpoblación, etc. Afrontando la organización de la sanidad ambiental de forma que se pueda realizar la coordinación adecuada entre las administraciones y la administración general del estado y garantizar las acciones relacionadas a la seguridad química de especial impacto en la salud y en el desarrollo económico.

La sección segunda establece las formas de las acciones en materia de salud laboral para conseguir la mejor prevención de riesgos en el ámbito laboral, pero también para facilitar la promoción de la salud en ese mismo ámbito. La promoción de políticas públicas en salud laboral se llevará a cabo mediante la colaboración con todas las administraciones y organismos existentes y con competencias en materia de salud laboral. La promoción y protección de la salud laboral, así como la prevención de los factores de riesgos en este ámbito deben ser contempladas en la cartera de servicio de la salud pública.

El capítulo VIII determina la aplicación en España de la evaluación de impacto en salud, es decir la combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante la cual un programa o ley pueden ser evaluados en relación con sus efectos sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos sobre la misma. 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. Ya hay normativa estatal y autonómicas que regulan materias similares, en concreto el Real Decreto Legislativo 1/2008, de 11 de enero, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Evaluación de Impacto Ambiental de proyectos y la Ley 9/2006, de 28 de abril, sobre evaluación de los efectos de determinados planes y programas en el medio ambiente. La introducción de la evaluación de impacto en salud facilitará la aplicación efectiva de la legislación vigente en materia de evaluación de impacto ambiental y evaluación ambiental estratégica de planes y programas y permitirá integrar adecuadamente los aspectos de salud pública. 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 garantizando la seguridad sanitaria.

El capítulo IX, está dedicado a sanidad exterior y salud internacional, parte esencial de la salud pública y competencia exclusiva del Estado según establece la Constitución Española. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad desarrolla las actividades que corresponden a la sanidad exterior. Una de las oportunidades que abre esta nueva ley es la de adecuar los servicios y dispositivos del gobierno de España a las necesidades de un mundo globalizado. Se modifica el paradigma de sanidad exterior, entendiendo que además de una salud en fronteras debe desarrollarse una salud internacional en el sentido de considerar a España como un agente relevante de salud a escala internacional, se trata no sólo de evitar la importación de enfermedades transmisibles, sino contribuir a un mundo más saludable. En este capítulo se adecuan los requisitos estructurales para afrontar la nueva legislación internacional, en concreto el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y se definen las acciones del Ministerio de Sanidad y Política Social en materia de salud global e internacional, impulsando la presencia de España en el panorama internacional y estableciendo una red de profesionales y equipos sanitarios con disponibilidad inmediata en materia de cooperación internacional.

En el capítulo X se definen las prestaciones de la salud pública, cuya garantía constituye uno de los principales objetivos de la ley. Se define también la cartera de servicios comunes de salud pública del Sistema Nacional de Salud y los procedimientos de coordinación entre las administraciones para salvaguardar la equidad en la prestación de servicios de salud pública.

V.

El título III establece la nueva la organización de la salud pública de España. En él se define la creación del Consejo Estatal de Salud Pública, la Comisión Permanente de Salud Pública, el Ministerio de Sanidad y Política Social y el Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública.

La respuesta al requerimiento constitucional de protección de la salud requiere que se tenga en cuenta el efecto en la salud de las diversas políticas y actuaciones de gobierno de las administraciones públicas, de ahí la necesidad de dotarse de una organización que asegure la acción intersectorial que se

plasma en la ley mediante el Consejo Estatal de Salud Pública dispuesto en el capítulo I y la Mesa Sectorial de Salud Pública en el capítulo II. El primero como órgano de gobierno de la salud pública en el ámbito de la administración general del estado con la misión de garantizar la consideración de la salud como elemento general de todas las políticas públicas, y de coordinar a las administraciones y actores relevantes. El segundo de coordinación con la administración autonómica en un órgano donde se conciben y materializan las actuaciones comunes que permiten situar la salud en las agendas políticas de los gobiernos autonómicos y municipales. La Estrategia Estatal de Salud Pública ordenada en el capítulo I concreta las acciones necesarias para que la salud y la equidad estén consideradas en las diversas acciones de gobierno.

El capítulo III está dedicado al Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades, el Comité Asesor en Salud Pública y la Red Española de Expertos en Salud Pública

Los capítulos IV, V y VI dedicados a órganos e instituciones de las Comunidades Autónomas, salud en los municipios y cooperación en materia de salud pública regulan el adecuado desarrollo de la salud pública en todo el territorio. Se establecen los mecanismos para que el Estado facilite la actuación de las Comunidades Autónomas que son las competentes casi en exclusividad en materia de servicios de salud pública coordinando las actuaciones para garantizar la máxima eficiencia dada la estructura política de España. También se precisan las actuaciones en materia de salud pública en el ámbito local. En correspondencia se fijan mecanismos para garantizar que la Administración General del Estado puede realizar las tareas de coordinación en el nivel estatal, a nivel internacional.

VI

El título IV se ocupa de los profesionales de salud pública, y se divide en dos capítulos. El primer capítulo habla de la formación y desarrollo profesional, y el segundo de la investigación.

La existencia de profesionales en salud pública competentes es la mejor garantía de que la autoridad sanitaria, directamente o a través del Ministerio de Sanidad y Política Social, cumple con sus obligaciones de defensa de la salud de los ciudadanos.

Dada la diversidad de determinantes de la salud, los profesionales de salud pública deben ser capaces de aplicar un amplio espectro de conocimientos y habilidades, lo que hace necesario integrar graduados de diferentes perfiles académicos, desde las ciencias de la salud a las ciencias experimentales y sociales, junto a las tecnológicas.

Esta diversidad de procedencias académicas hace necesario establecer programas de postgrado en salud pública, básicos y especializados, capaces de integrar la diversidad de disciplina que la práctica profesional de la salud pública necesita para dar respuesta a los numerosos y variados problemas de salud de la población

Por otra parte, si se pretende una salud pública con una orientación científica, basada en la evidencia, es imprescindible incluir la investigación entre los principales objetivos de la ley. Para mejorar la efectividad de la

actividad investigadora, ésta debe ser muy ligada al ejercicio de la salud pública, ha de construirse el esquema traslativo de forma clara e intencionada, y facilitar cauces de diseminación de la investigación y buenas prácticas.

VII.

El título V regula la autoridad sanitaria, como órgano de la Administración que en el ejercicio de su responsabilidad y de acuerdo con las competencias que le reconoce la legislación, dicta disposiciones y adopta medidas (ocasionalmente, de carácter unilateral, imperativas y coercitivas), que obligan a particulares, colectivos e instituciones de forma personal o a sus bienes, al objeto de proteger la salud de la población. Consta de 3 capítulos dedicados a autoridad, vigilancia y medidas cautelares. Finalmente se incluye un título que recoge las infracciones y sanciones seguido de las disposiciones finales

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales. La política de salud pública

CAPÍTULO ÚNICO

Del objeto y ámbito de la ley

Artículo 1. *Objeto de la ley.*

Esta ley tiene por objeto:

- a) Disponer las bases generales para que la prestación de los servicios de prevención, protección, promoción de la salud y resto de servicios de salud pública consiga la mayor calidad, seguridad y eficiencia social posible.
- b) Facilitar las condiciones para que la población mantenga y alcance el mayor nivel de salud posible mediante el conjunto de las acciones de gobierno de las Administraciones públicas con la participación de los otros sectores de la sociedad.

Artículo 2. *Definiciones.*

A los efectos de la presente ley se entenderá por:

- a) **Salud Pública:** Es la salud del conjunto de la sociedad, medible mediante los correspondientes indicadores de salud poblacionales.
También son las políticas públicas y privadas, transversales a todas las políticas y actuaciones, que afecten a la salud de las personas y las poblaciones así como los servicios, los programas y las actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud: prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.
- b) **Análisis del riesgo:** Es el proceso formado por tres actividades interrelacionadas: evaluación del riesgo, gestión del riesgo y comunicación del riesgo.
- c) **Autoridad sanitaria:** En el ejercicio de la salud pública, es el órgano de la administración que, en el ejercicio de su responsabilidad y de acuerdo con las competencias que le reconoce la legislación, dicta disposiciones y adopta y aplica medidas, que obligan a particulares, colectivos e instituciones de forma personal o a sus bienes, al objeto de proteger la salud de la población.
- d) **Colaboración o acción intersectorial en salud pública:** relación reconocida entre autoridades, representantes, agentes y organizaciones de distintos sectores de la sociedad con el propósito de emprender acciones para lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud de manera más eficaz que aquella que el sector sanitario logra actuando en solitario.
- e) **Comunicación del riesgo:** Es el intercambio interactivo de información y de opiniones relacionadas con los peligros y los riesgos, entre las personas, físicas o jurídicas encargadas de la evaluación y la gestión, los consumidores, los representantes de la industria, la comunidad académica y las otras partes interesadas.
- f) **Condicionantes de la salud:** Son todos aquellos factores que influyen en el nivel de salud de un individuo, grupo o sociedad mediante procesos

económicos, culturales, sociales, biológicos o ambientales, incluyendo los estilos de vida y la organización de los sistemas sanitarios y de salud pública.

g) Control oficial: Conjunto de actuaciones de las Administraciones sanitarias que tienen la finalidad de comprobar la adecuación de los elementos del entorno, así como la de los productos, las actividades y los servicios dirigidos a la protección de la salud, a las normas destinadas a prevenir los riesgos para la salud de la población.

h) Cribado poblacional: Es la práctica de la detección precoz de la enfermedad que se ofrece activamente al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad, pero que no tiene síntomas ni ha demandado ayuda médica.

i) Crisis sanitaria: Cualquier situación que por su magnitud, capacidad de transmisión o de difusión, genere un daño en la salud de la población, tanto en su dimensión individual como colectiva.

j) Defensa de los fines y objetivos de la salud pública (abogacía por la salud pública): combinación de acciones individuales y sociales destinadas a explicar y a dialogar sobre las razones, necesidades, objetivos y estrategias de la salud pública, y a conseguir compromisos políticos, económicos y sociales a favor de las políticas de salud, integración de la defensa de la salud en todas las políticas que inciden sobre ella ("salud en todas las políticas"), y aceptación social, financiación y apoyo por parte de las Administraciones, organizaciones ciudadanas y empresas.

k) Desigualdades sociales en salud: Diferencias de oportunidades y recursos, que se traducen en diferencias en el nivel de salud entre las personas por diversas razones (el sexo, la orientación sexual, la edad, el nivel de estudios, la clase social, el territorio de residencia, el origen, o la etnia).

l) Efectividad: Es la evaluación o medida de cómo una intervención en salud alcanza sus objetivos en la práctica.

m) Eficiencia social: el coste-oportunidad de una medida, evaluada no sólo según su efectividad sanitaria o su coste-beneficio, sino también por la conveniencia de la inversión en relación a las alternativas factibles en el entorno social.

n) Enfermedades transmisibles: Son las enfermedades de carácter infeccioso que pueden transmitirse por diversas formas entre personas o de animales a personas (zoonosis), bien directamente o bien por medio de vectores.

o) Epidemiología: el estudio de la frecuencia, la distribución y las causas de las enfermedades y otros estados de salud en poblaciones definidas. También es la aplicación de dicho conocimiento al control de los problemas de salud.

p) Equidad en salud: Es la igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener la salud, a través de un acceso justo a los recursos sociales y sanitarios precisos.

q) Ética de salud pública: de la ética individual a la ética poblacional, la ética de la salud pública incorpora la equidad y la solidaridad y exige deberes a los individuos y a las Administraciones públicas para que acciones en la población, como las vacunaciones, se realicen de forma informada y bajo la defensa de la salud individual y colectiva.

r) Evaluación del impacto en salud (EIS): Es la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser juzgada una

política, un programa o un proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos.

s) Evaluación de riesgo: Es el proceso destinado a identificar y valorar cualitativa y cuantitativamente los peligros y a considerar y caracterizar el riesgo para la salud de la población, derivado de la exposición a un agente físico, químico o biológico.

t) Factor de riesgo: El rasgo, atributo, conducta o exposición a todo agente físico, químico o biológico presente en el entorno y que está científicamente demostrado que aumenta la probabilidad de un daño para la salud.

u) Gestión del riesgo: Son las actuaciones destinadas a evitar o minimizar un riesgo para la salud.

v) Sistema de información en salud pública: Es el conjunto organizado y armónico de personas, procedimientos e instrumentos de recogida, procesado y análisis de los datos necesarios para producir la información precisa para llevar a cabo las actividades de salud pública contenidas en esta ley.

w) Prevención: El conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades en la población y atenuar sus consecuencias negativas, mediante acciones individuales y colectivas de vacunación, inmunización pasiva, consejo, cribado y tratamiento precoz.

x) Principio de precaución (o de cautela): Es el precepto que habilita a la Administración sanitaria a adoptar medidas provisionales de gestión del riesgo para asegurar la protección de la salud cuando, después de haber evaluado la información disponible, es previsible que se produzcan efectos nocivos para la salud humana, animal o vegetal, o daños al medio ambiente por alguna causa que no permite determinar el riesgo con certeza, o cuando haya incertidumbre científica.

y) Promoción de la salud: Es el conjunto de políticas, estrategias, actuaciones y servicios destinados al fomento de los entornos saludables, a promocionar la salud colectiva e individual y al impulso para una información, comunicación y educación que favorezca las condiciones propicias para la salud.

z) Protección de la salud: Es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a garantizar la prevención de los efectos negativos que los productos, elementos y procesos del entorno pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas, incluyendo las garantías de la inocuidad y salubridad de los productos alimenticios y alimentarios y la protección de la población ante los riesgos causados por agentes físicos, químicos y biológicos.

aa) Sanidad ambiental: Es la acción de gobierno, en el ámbito de la salud pública, destinada a proteger la salud humana frente a los factores y procesos ambientales dañinos para la salud individual y colectiva.

bb) Salud comunitaria: conjunto de actividades, prestaciones y servicios dirigidos a la mejora de la situación de salud de la comunidad en sus dimensiones físicas, psicológicas y sociales, que actúan a través de su capacidad colectiva de adaptación positiva a los cambios del entorno;

cc) Salud global: Es el área de la salud pública encaminada al estudio, investigación y práctica cuya prioridad es la mejora de la salud y alcanzar la equidad en salud para todos los habitantes del mundo.

dd) Vigilancia de la salud pública: conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con la salud

pública y los factores que la condicionan, así como sobre el estado de salud de las personas consideradas colectivamente, con el objeto de controlar e intervenir sobre tales factores condicionantes.

Artículo 3. *Ámbito de aplicación.*

1. Esta ley establece las bases y criterios generales de la actuación en salud pública en España y las normas de coordinación encaminadas a maximizar los resultados en salud de aquellas políticas y normas que afecten directa o indirectamente a la salud del conjunto de la población española y como exigencia derivada contribuyan a una mejor salud global.

2. La presente ley será también de aplicación en las materias de salud pública que sean competencia exclusiva de la Administración General del Estado.

Artículo 4. *Principios básicos.*

Las actuaciones en salud pública se inspirarán en los siguientes principios:

a) La coordinación y cooperación de todas las Administraciones, a lo que están obligadas, y de cualquier actor de la sociedad para, mediante una adecuada gobernanza, conseguir los mejores niveles de salud posibles para la población.

b) La intersectorialidad y acción transversal, características imprescindibles que subyacen al concepto de salud y equidad en todas las políticas y que obligan a que cualquier política considere sus efectos potenciales en la salud y en la equidad combinando la efectividad de sus objetivos al tiempo que maximiza los resultados en equidad y salud.

c) La equidad y la reducción de las desigualdades sociales en salud en todas las acciones de salud pública ejecutivas y normativas porque son consustanciales e indisolubles de la salud de la población.

d) La consideración de las relaciones de género como un determinante de la salud.

e) La preferencia de la salud pública en el control de los problemas de salud actuando sobre los determinantes de la salud y dando primacía a la promoción de la salud y la prevención sobre la asistencia sanitaria.

f) La preponderancia de la salud pública por la que las acciones de protección de la salud prevalecen sobre otros intereses cuando haya disyuntiva entre ellos y la salud de la población.

g) El apoyo en el rigor científico, que debe fundamentar las actuaciones en salud pública reconociendo, sin embargo, que para las intervenciones de salud pública en la población la disponibilidad de pruebas científicas es menor que en el ámbito individual lo que no debe llevar a primar las intervenciones individuales.

h) De eficiencia social que garantiza que las inversiones en salud pública son eficientes dentro del campo de la salud pública y comparadas con intervenciones en otros sectores que también contribuyen al bienestar social

i) El de independencia que implica que todas las partes interesadas en la configuración de políticas e intervenciones en salud pública no tienen conflictos de interés que pudiesen sesgar sus decisiones.

j) La calidad democrática que exige transparencia, participación, corresponsabilidad y asunción de responsabilidades.

k) El de universalidad que reconoce que los problemas de salud no tienen fronteras y que la mejora de la salud y la seguridad sanitaria de cualquier población requiere la contribución a la mejora de la salud global.

l) La necesidad de aumentar la capacidad y el poder de las personas y de las comunidades para tomar las decisiones que conciernen al control de su salud y para conocer sus condicionantes sociales y poder cambiarlos cuando sea necesario.

m) La proporcionalidad de las intervenciones de salud pública relativa a la magnitud y vulnerabilidad de los problemas de salud y sus condicionantes.

n) La sostenibilidad que debe guiar el funcionamiento y financiación de las políticas de salud pública teniendo como máxima no realizar intervenciones innecesarias.

o) El de precaución, que se aplica al menos en dos situaciones: cuando existan indicios fundamentados de una posible afectación grave, cuantitativa o cualitativamente, de la salud de la población y a pesar de haber incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, dando respuestas adecuadas y proporcionadas para evitar el riesgo; cuando se implantan nuevas intervenciones en población sana y hay alguna incertidumbre sobre su seguridad demorando su uso hasta resolver estas incertidumbres.

p) Los valores de la ética de salud pública, que impregnen el diseño y aplicación de las medidas de vigilancia y mejora de la salud de las poblaciones.

Artículo 5. Funciones de la salud pública.

1. La misión fundamental de la salud pública, responsabilidad de los poderes públicos, es proteger, promover y restaurar la salud de las personas mediante acciones colectivas.

2. De esta misión de la salud pública se derivan las siguientes funciones que la salud pública debe desarrollar:

a) La valoración de las necesidades de salud de la población, comprender y medir los problemas de salud y sus factores condicionantes en los contextos social, cultural, político y ecológico;

b) La formulación y el desarrollo de políticas públicas sanitarias y no sanitarias, contribuyendo a la construcción de respuestas sociales para mantener, proteger y promover la salud;

c) La garantía de la prestación de unos programas, acciones y servicios sanitarios y no sanitarios -cuando determinen la salud- destinados a la continua mejora de la salud y el bienestar de la población con una implantación de acuerdo a los principios enumerados en el artículo 4.

Artículo 6. Actividades de la salud pública.

1. Las actividades básicas para valorar las necesidades de salud de la población son:

a) El análisis del estado de la salud de la sociedad, reconocer y valorar los cambios y tendencias más relevantes en los problemas de salud, en sus causas, y en el uso de los servicios de salud.

b) La descripción y el análisis de los condicionantes generales de los problemas de salud, los factores de riesgo y el impacto de las políticas y servicios sanitarios y no sanitarios.

c) El análisis de las posibles amenazas a la salud pública.

2. Las actividades básicas para la formulación y desarrollo de políticas públicas sanitarias y no sanitarias son:

a) La contribución a la planificación y ordenación del sistema de salud, elaborar los planes de salud y de servicios, y establecer las normas que los regulan.

b) La defensa de la salud y la equidad en las políticas intersectoriales abogando política y culturalmente por estrategias que favorezcan la integración de la defensa de la salud y la reducción del gradiente de desigualdades sociales de salud en todo el abanico de políticas que inciden en la salud colectiva participando activamente en la elaboración de políticas educativas, sociales, económicas, ambientales, laborales, alimentarias, de transporte y energía, urbanísticas y cualquier otra que incida en la salud pública.

c) El diseño y puesta en marcha de programas y acciones sanitarias de promoción, protección, prevención y asistencia.

d) El fomento de la participación social y el fortalecimiento de la capacidad de los ciudadanos sobre su propia salud, trabajando con las organizaciones y redes sociales y ofreciendo a la sociedad información válida, comprensible, fiable y útil sobre su salud y sus condicionantes.

3. Las actividades básicas para la garantía de la prestación de programas, acciones y servicios sanitarios y no sanitarios destinados a la continua mejora de la salud y el bienestar de la población son:

a) La gestión de los servicios y programas de salud pública y de servicios sanitarios para la ganancia en salud, lo que significa, entre otras tareas, administrar los recursos para conseguir los resultados definidos con calidad y eficiencia facilitando la participación de la sociedad en todos los procesos;

b) La evaluación de los servicios y programas de salud pública rindiendo cuentas de sus resultados, mediante el análisis y la valoración de su estructura, sus procesos y sus resultados, con el fin de evaluar si alcanzan los objetivos y estándares prefijados informando puntualmente de los resultados del proceso de evaluación;

c) La inspección y auditoría sanitarias verificando el cumplimiento de la normativa vigente aplicable en salud pública y de los requisitos formulados por la autoridad sanitaria;

d) La defensa de los fines y objetivos de la salud pública por todos los medios al alcance y en todos los sectores con repercusión en la salud y la equidad para que sus programas, acciones y servicios contribuyan a mejorar la salud de la población y sean sinérgicos con otras acciones y políticas.

e) La colaboración y alianza con distintos agentes para generar salud.

f) El gobierno y la coordinación de las acciones preventivas del conjunto del sistema de salud.

g) La elaboración de guías y protocolos de salud pública, lo que significa, entre otras tareas, articular el conocimiento científico en procedimientos y normas que favorezcan la buena práctica de las intervenciones socio sanitarias.

h) La administración de los servicios sanitarios de forma que prioricen los resultados en salud y eviten la intervención indeseada o perjudicial.

TÍTULO I

Derechos y deberes en salud pública

CAPÍTULO I

Derechos de los ciudadanos

Artículo 7. Derecho a las prestaciones de salud pública.

1. Los ciudadanos tienen derecho a prestaciones públicas dirigidas a preservar, proteger, promover y, en su caso, recuperar la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales de salud pública, en los términos de esta ley y de las normas que la complementan y desarrollen.

2. El derecho a las prestaciones de salud pública incluye el de recibir información sobre cuáles sean, su contenido, y la forma o modo de acceder a las mismas o exigir su cumplimiento.

Artículo 8. Derecho a la información.

Los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen, tienen derecho de acceder a la información en materia de salud pública y a ser informados activamente en el caso de que haya riesgos específicos para la salud. Este derecho incluye las siguientes facultades:

a) A acceder a la información que obre en poder de las Administraciones sanitarias o de otras personas en su nombre, o Administraciones no sanitarias que dispongan de información relevante para la salud pública sin que para ello estén obligados a declarar un interés determinado.

b) A ser asistidos en la búsqueda de información.

c) A recibir la información que soliciten en el plazo máximo de un mes, prorrogable por igual plazo cuando el volumen y complejidad de la información hagan inviable cumplir el plazo indicado, debiendo, en este caso, informar al solicitante de esas circunstancias con anterioridad al vencimiento del plazo mencionado.

d) A recibir la información en la forma o formato que elijan dentro del abanico de posibilidades que son de uso común en la administración a la que se solicite la información que previamente habrá informado de cuales son esos formatos.

e) A conocer, cuando lo soliciten expresamente, el método de medición, incluido el método de análisis o de tratamiento previo utilizado para obtener la información o la referencia al procedimiento normalizado empleado, o, en su caso, el lugar donde pueden encontrar esa información.

f) A conocer los motivos por los cuales no se les facilita la información, total o parcialmente, y también por qué no se les suministra en la forma o formato elegido.

g) A conocer el listado de tasas o precios públicos que, en su caso, sean exigibles para la recepción de la información.

h) A recibir información puntualmente, al menos a través de medios electrónicos, de cualquier riesgo biológico, químico, físico o de otro carácter que pudiese afectar a la salud de la población. Hace referencia a cualquier ámbito geográfico donde el riesgo sea relevante y se refiere a cualquier riesgo sea este de carácter inminente y agudo o a cualquier riesgo acumulativo, es decir, que el perjuicio en la salud se produzca tras exposiciones a lo largo de

muchos años y en concreto: recibir información sin dilación de la administración competente local, autonómica y del estado de las situaciones concretas de contaminación del agua, aire o medio construido que no cumplan la legislación sanitaria vigente o puedan dar lugar a un posible riesgo para la salud; a recibir información de entidades públicas o privadas que gestionen los abastecimientos de agua de consumo cuando se esté suministrando agua no apta para el consumo.

i) A que la información recibida esté adaptada desde el punto de vista cultural y lingüístico al solicitante, de forma que en se tenga en cuenta la heterogeneidad que caracteriza a la sociedad española actual.

2. Las Administraciones sanitarias competentes o las privadas gestoras de servicios de salud pública y en disposición de la información sólo podrán denegar la información solicitada o no comunicar la información a la que están obligados cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:

a) Que la información no esté en su poder o de cualquier otra entidad o persona en su nombre.

b) Que la solicitud sea manifiestamente irrazonable.

c) Que la solicitud esté formulada de modo excesivamente general, sin que el peticionario haya atendido el requerimiento de concreción, que habrá de incluir ofrecimiento de asistencia.

d) Que la solicitud se refiera a material en curso de elaboración o a documentos y datos inconclusos, en cuyo caso la petición quedará en suspenso hasta que aquella se encuentre disponible, debiendo informar de esta circunstancia al solicitante con indicación de plazo previsto para terminar su elaboración.

e) Por lo que se refiere al apartado h del punto anterior las Administraciones estarán dispensadas de comunicar activamente la información si hay por ello un riesgo superior, en los demás casos con excepción de lo estipulado en el punto siguiente están obligadas.

3. Igualmente, las Administraciones sanitarias competentes denegarán la información solicitada cuando afecten a lo siguiente:

a) A la confidencialidad de un procedimiento declarado así de acuerdo con una norma con rango de ley.

b) A la defensa nacional o a la seguridad pública.

c) A causas o asuntos sujetos a procedimientos judiciales bajo secreto sumarial, debiendo, en este caso, identificarse el órgano judicial ante el que se tramitan.

d) A la confidencialidad de datos de carácter comercial o industrial, cuando dicha confidencialidad esté prevista en una norma con rango de ley o en la normativa comunitaria.

e) A los derechos de propiedad intelectual e industrial, salvo que se hubiera autorizado la divulgación o fuese de dominio público.

f) Al carácter confidencial de los datos personales de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

g) A la protección de la intimidad o dignidad de las personas involucradas en las actuaciones de salud pública a que se refiera la petición de información.

4. Los motivos de denegación de la información deben ser interpretados siempre de modo restrictivo. En cualquier caso, la negativa a facilitar todo o parte de la información solicitada deberá ser notificada al peticionario con indicación de los motivos de denegación.

5. Con carácter general, los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para la salud individual, así como el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la ley. La información sobre riesgos atañe a cualquier Administración que disponga de la información sobre los riesgos.

6. Si el conocimiento científico lo permite, la información sobre riesgos se acompañará de valoraciones sobre los perjuicios del riesgo en la salud y de la ganancia potencial en salud de eliminarse o atenuarse el riesgo.

7. El derecho a la información a que se refiere este artículo lo es sin menoscabo del deber general de las Administraciones competentes de difundir información en materia de salud pública, incluyendo los estudios sobre evaluación del impacto en salud.

Artículo 9. *Derecho de participación.*

1. La ciudadanía, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen, tienen derecho a participar en cuantos asuntos tengan relación con la salud pública.

2. A los efectos del anterior apartado, el derecho de participación incluye las siguientes facultades:

a) Participar en la elaboración, modificación y revisión de normas, planes, programas y evaluaciones en materia de salud pública incluidos en el ámbito de esta ley.

b) Acceder con tiempo suficiente a la información relevante sobre esas normas, planes, programas y evaluaciones y los procedimientos que les afecten.

c) A que se haga público el resultado definitivo del procedimiento en que hayan participado y se informe de los motivos de la decisión adoptada, con indicación de la información relativa a la participación pública.

d) A que se haga público el resultado de las evaluaciones a que se someta la ejecución de los planes y programas de salud pública.

e) A participar en los procedimientos de otorgamiento de autorizaciones en los que, por su impacto en la salud pública, esté previsto el trámite de información pública.

f) Identificar necesidades de salud o detectar problemas o riesgos para la salud de la población, ponerlo en conocimiento de las administraciones sanitarias y participar con las administraciones públicas en aquellas actividades dirigidas a darles respuesta.

3. El derecho de participación lo es sin menoscabo del deber de la administración sanitaria competente de promover y facilitar la participación ciudadana en la conformación de las políticas de salud pública.

Artículo 10. *Derecho de igualdad.*

1. Los ciudadanos tienen derecho a la equidad efectiva en todas las intervenciones de salud pública a fin de alcanzar la igualdad sin que pueda producirse discriminación por razones de raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia o condición personal o social.

2. En especial, queda prohibida toda discriminación entre mujeres y hombres en las intervenciones de salud pública de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de mayo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

3. Los ciudadanos tienen derecho a una equidad efectiva en la prestación de servicios sanitarios y de salud pública, lo que requiere que todas las Administraciones sanitarias, los servicios y los profesionales atiendan a las necesidades de cada ciudadano y de cada comunidad teniendo en cuenta la heterogeneidad y multiculturalidad de las personas y de las comunidades, prestando por tanto servicios en función de las necesidades. Es un derecho a una prestación flexible que ofrezca la intensidad y calidad adecuada para conseguir la máxima efectividad posible en cada persona o comunidad y así alcanzar la reducción de las desigualdades sociales en salud mejorando simultáneamente la salud de todos, objetivo básico de esta ley.

4. Los ciudadanos tienen derecho al acceso o disfrute en igualdad de condiciones de cualquier prestación o beneficio social no podrá denegarse por motivos de salud pública. Si excepcionalmente fuesen necesarias pruebas de salud o medidas de trato diferenciado, éstas deberán ser públicas y estar debidamente justificadas y fundamentadas, siendo la Administración sanitaria competente la encargada de avalar y publicar las circunstancias que las motivan.

5. Las enfermedades transmisibles no serán con carácter general motivo de exclusión ni de trato diferenciado en el acceso o mantenimiento de ningún empleo. Cuando en el desempeño laboral el padecimiento de una enfermedad o infección transmisible pudiese constituir un problema de salud pública, serán la Administración sanitaria competente la que determine qué enfermedades y en qué condiciones suponen un riesgo de transmisión. Esta información deberá ser publicada y estar adecuadamente justificada.

6. Las Administraciones competentes deben adoptar las medidas necesarias para conseguir una equidad efectiva y la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Artículo 11. *Derecho a la confidencialidad, privacidad y dignidad.*

1. Todos tienen derecho a la confidencialidad de toda la información personal que se utilice en cualesquiera intervenciones de salud pública y a que nadie pueda acceder a ella sin previa autorización amparada por la ley, con independencia de cual fuera la forma o modalidad en que fue obtenida.

2. Los ciudadanos tienen derecho al respeto de la información relativa a su estado de salud y a la protección frente a acciones que puedan tender a su vulneración.

3. Todos tienen derecho a la privacidad, en particular con respecto al manejo por las Administraciones sanitarias de la información personal que sea utilizada como soporte de intervenciones de salud pública.

4. Todos tienen derecho al respeto de su personalidad, su dignidad, personal y familiar, e intimidad, en relación con su participación, voluntaria u obligatoria, en intervenciones, planes y programas de salud pública.

5. Las Administraciones competentes deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la información personal, quedando las personas que tengan acceso a la misma obligadas a mantener la máxima confidencialidad; así como garantizar que las intervenciones de salud pública son conformes con los derechos a la confidencialidad, privacidad y dignidad.

Artículo 12. Derecho a la autonomía personal.

1. Los ciudadanos tienen derecho a decidir libremente sobre su salud personal, así como al respeto de su voluntad en torno a su participación en intervenciones, planes y programas de salud y salud pública promovidos por las Administraciones competentes. En situaciones de incapacidad personal declarada, serán los tutores legales los que tengan esa libertad de decisión.

2. A los efectos del ejercicio libre y consciente del anterior derecho, los ciudadanos a los que se pida que participen en un programa de salud tienen derecho a ser informados por el responsable sobre los fundamentos, objetivos, riesgos y consecuencias de la intervención de que se trate. La información deberá ser fidedigna, incluyendo las incertidumbres que existan, y se comunicará de forma comprensible y adecuada a las necesidades y formación de cada ciudadano.

3. Cualquier actuación en salud pública que afecte directamente a un ciudadano necesita su consentimiento libre y voluntario, una vez recibida la información a que se refiere el apartado anterior. La regla general es que el consentimiento sea verbal, sin perjuicio del deber del responsable de dejar constancia escrita en la documentación de la actuación. No obstante, el consentimiento será escrito en todos los supuestos señalados en el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, incluidos los supuestos en que esos actos se adopten como medidas especiales en materia de salud pública.

4. El ciudadano puede revocar libremente su consentimiento en cualquier momento. La administración aceptará de plano, sin más trámite, esa decisión, interrumpiendo cualquier actuación con el afectado desde que tenga conocimiento de esa revocación.

5. De igual modo, los ciudadanos tienen derecho a que se respete su voluntad de no ser informados. En este caso, el responsable del programa debe dejar constancia escrita de esta decisión. De existir riesgo relevante para la salud, se informará a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, salvo oposición expresa del afectado.

6. Las medidas especiales en materia de salud pública que tengan carácter obligatorio quedan exceptuadas de la necesidad de consentimiento, sin perjuicio de la vigencia del derecho de información sobre causas, fines, riesgos y consecuencias de esa clase de medidas.

7. Las Administraciones sanitarias desarrollarán actuaciones dirigidas a potenciar la capacidad de los ciudadanos para tomar decisiones libres y responsables sobre su salud individual, sobre la salud de la sociedad en la que se integran y sobre la importancia de participar en programas de salud en beneficio de la colectividad.

Artículo 13. Derecho a la seguridad de las intervenciones en salud.

1. Los ciudadanos tienen derecho a la seguridad de las intervenciones en salud que les afecten, de acuerdo con el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica de salud pública del momento.

2. A los efectos del apartado anterior, la Administración realizará estudios de evaluación de riesgos de cada una de las intervenciones, programas y planes que ponga en marcha en materia de salud, en los términos que se determinen reglamentariamente, con el fin de garantizar la seguridad a quienes participen en el mismo y, en su caso, para adoptar las medidas preventivas, compensatorias o reparadoras que sean precisas. La información a los ciudadanos sobre esta evaluación forma parte del derecho a la seguridad.

3. Como regla general, la aprobación de cualquier intervención, programa, plan o actuación en salud precisará de una previa valoración entre los riesgos que acarrea su ejecución, las ventajas esperables para la salud colectiva y la no intervención.

Artículo 14. Derecho a una valoración no sesgada del valor de las intervenciones sanitarias.

1. Los ciudadanos tienen derecho a que los funcionarios, administradores, expertos o cualquier otra persona que participe en la valoración de los efectos en la salud de cualquier intervención sanitaria o decida sobre su implantación en cualquier nivel del sistema de salud lo haga de forma imparcial y en consecuencia no tenga ningún conflicto de intereses.

2. A los efectos del apartado anterior, las Administraciones requerirán una declaración de intereses de todas las personas que participen en cualquier comité, comisión o cualquier otro grupo que valore directa o indirectamente el valor en términos de salud o en cualquier otro efecto deseado de cualquier intervención sanitaria.

3. Todas las personas que decidan sobre la adquisición, implantación o inserción en un programa de cualquier medida o intervención sanitaria deben registrar una declaración de intereses que se actualizará para cualquier nueva decisión.

4. Por regla general, los administradores, funcionarios y cualquier profesional sanitario debe abstenerse de recibir cualquier tipo de remuneración u obsequio de entidades o empresas que puedan tener un interés que pueda afectar a su toma de decisiones; así mismo se abstendrán de aceptar invitaciones para asistencia a actos, viajes o cualquier evento que por sus características se interprete que puede afectar a sus decisiones.

Artículo 15. Garantías.

1. Las autoridades, los funcionarios públicos y especialmente los responsables de cada programa de salud pública, habrán de adoptar las medidas pertinentes que aseguren la efectividad de los derechos de los ciudadanos en su respectivo ámbito de actuación.

2. En caso de vulneración, será exigible la responsabilidad disciplinaria de las autoridades, funcionarios o responsable del programa de salud pública en que se haya producido, sin perjuicio del ejercicio por el afectado de las acciones legales pertinentes, incluida la reclamación de responsabilidad patrimonial cuando proceda.

CAPÍTULO II

Deberes de los ciudadanos

Artículo 16. De no realizar conductas que pongan en peligro la salud pública.

Todos tienen la obligación de preservar la salud del conjunto de la población y abstenerse de realizar conductas, dolosas o negligentes, que puedan ponerla en peligro.

Artículo 17. De auto responsabilidad.

1. Todos son responsables de su salud personal y de las consecuencias de sus actos en la salud de las demás personas.

2. En especial, los titulares y, en su caso, los gestores, de instalaciones, establecimientos, servicios e industrias, en los que se realizan actividades que inciden o pueden incidir en la salud de las personas son responsables de la seguridad de los mismos y de los procesos o sustancias que en ellos se manipulan, producen o desarrollan, estando obligados a establecer medidas y procedimientos que garanticen la seguridad sanitaria.

3. Las Administraciones sanitarias competentes tienen la obligación de vigilar y, en su caso, corregir y sancionar, el cumplimiento de la obligación a que se refiere el número anterior.

Artículo 18. De colaboración.

1. Los ciudadanos colaborarán con la Administración pública en las intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección de la salud pública, posibilitando su desarrollo y absteniéndose de realizar conductas que dificulten, impidan o falseen su ejecución, sin perjuicio de su derecho a no participar en las mismas.

2. Igualmente, cuando participen en un programa o plan de salud pública, los ciudadanos tienen el deber de actuar con responsabilidad, así como de hacer un uso adecuado de los medios e instalaciones puestos a su disposición y de los que se benefician.

3. Asimismo, los ciudadanos deben respetar la dignidad personal y profesional de las autoridades y funcionarios que llevan a cabo el desarrollo de las intervenciones de salud pública.

Artículo 19. De comunicación.

1. Los ciudadanos deben poner en conocimiento de la Administración sanitaria competente los hechos, datos o circunstancias que pudieran constituir un riesgo o peligro para la salud pública, en cuanto los detecten siempre y cuando no se vulnere la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2. Este deber general lo es sin menoscabo de las obligaciones de comunicación e información que las leyes imponen sobre los profesionales sanitarios.

Artículo 20. *De cumplir las instrucciones sanitarias.*

Todos tienen la obligación de cumplir las instrucciones y órdenes generales que dicten las Administraciones sanitarias para toda la población, así como, en su caso, las particulares que dispongan para personas, empresas, grupos o colectivos de las mismas, en razón de las circunstancias que concurren en ellas, de acuerdo con lo dispuesto en esta ley.

Artículo 21. *De comparecencia.*

1. Los ciudadanos tienen la obligación de comparecer en las dependencias de la Administración sanitaria competente cuando sea requerido para proteger la salud pública en caso de riesgo real de acuerdo con la evidencia científica disponible.

2. En los casos en que sea procedente, la correspondiente citación hará constar expresamente el lugar, fecha, hora y objeto de la comparecencia, las razones que la motivan, así como los efectos de no acudir. A petición del afectado se entregará certificación haciendo constar la comparecencia.

CAPÍTULO III

Acuerdo y colaboración en salud pública

Artículo 22. *Fundamento.*

1. A fin de garantizar la prevención, promoción, protección y, en su caso, restauración de salud pública las Administraciones públicas deben colaborar y cooperar con los ciudadanos, las empresas, y cuantas entidades y organizaciones articulan la sociedad civil. A su vez, los ciudadanos, las empresas y las entidades mencionadas facilitarán, en su respectivo ámbito de actuación, esa colaboración y cooperación para los fines de la salud pública.

2. A estos efectos, la efectividad de cualquier medida en materia de salud pública requiere el esfuerzo conjunto, la colaboración y la cooperación de las Administraciones con los ciudadanos y las entidades que articulan la sociedad civil.

Artículo 23. *Medidas de fomento.*

1. Las Administraciones públicas adoptarán medidas para promover, apoyar y colaborar con cuantos ciudadanos, empresas, asociaciones y organizaciones sociales, así como las redes que los agrupen o integren que se ocupen de cualquier dimensión de la salud pública.

2. En particular, las Administraciones sanitarias adoptarán medidas de apoyo a aquellas organizaciones y asociaciones directamente relacionadas con los grupos más desfavorecidos o discriminados en cuestiones de salud pública, ya sea por razones de etnia, sexo, condición personal o social, u otras análogas.

Artículo 24. *Ámbito.*

La colaboración social de las personas y entidades señaladas con las Administraciones competentes en salud pública podrán referirse, entre otros, a los siguientes aspectos:

- a) Realización de estudios, consultas e informes, en particular sobre determinantes de salud.
- b) Campañas de información y difusión.
- c) Ejecución de medidas de salud pública en relación con determinadas personas o grupos de personas a las que están vinculadas.
- d) Colaboración en la evaluación de planes y programas de salud.

Artículo 25. *Transparencia y principios de colaboración.*

1. A los efectos de garantizar la objetividad de todas las actuaciones de salud pública, todos cuantos colaboren con las Administraciones sanitarias deberán formular una declaración de intereses, incluyendo sus fuentes de financiación.

2. Reglamentariamente se establecerán los datos básicos y mínimos que debe contener esa declaración de intereses, así como el deber de actualización. Esos datos deben ser públicos y accesibles por los ciudadanos, con excepción de aquellos que sean personales o estén protegidos por el secreto comercial o industrial.

3. Los sujetos y entidades que celebren convenios o conciertos con las Administraciones públicas en el ámbito de la salud pública aplicarán los principios de actuación establecidos en el artículo 26.

4. Las ayudas y subvenciones que se otorguen por las Administraciones, sin perjuicio de lo dispuesto por la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y sus disposiciones, para acciones de salud pública deben cumplir los principios generales de la acción en salud pública y contribuir a la reducción de las desigualdades sociales en salud mediante el establecimiento de los requisitos en las convocatorias y la adecuada evaluación.

5. El deber de transparencia a que se refiere este precepto lo es sin menoscabo de las obligaciones de igual naturaleza que imponen la legislación de contratos, la legislación de subvenciones y otras análogas, que igualmente deben ser cumplidas.

Artículo 26. *Conflicto de intereses.*

1. Las Administraciones sanitarias deberán dejar constancia documental de las razones por las que se recaba la colaboración de personas, una empresa u organización determinada, con referencia expresa a la declaración de intereses de la misma.

2. Las Administraciones sanitarias no podrán colaborar con personas o entidades cuya declaración de intereses o su actividad sea contraria a los fines y objetivos perseguidos por la actuación pública de que se trate.

3. En caso de negativa a colaborar por conflicto de intereses, a petición del afectado, la Administración sanitaria deberá motivar sus razones por escrito.

Artículo 27. *Colaboración científico- técnica.*

1. Al objeto de garantizar la máxima calidad y rigor científico en las diversas acciones de salud pública, las Administraciones sanitarias podrán recabar la colaboración de sociedades científicas, instituciones científicas y de formación y de expertos individuales según lo establecido en la presente ley.

2. Las empresas, asociaciones y organizaciones sociales, así como las redes que los agrupen o integren, que se ocupen de cualquier dimensión de la

salud pública podrán recabar la colaboración o el reconocimiento de la Administración sanitaria en sus acciones científicas y sanitarias.

3. Las entidades o sociedades científicas que aporten expertos a la Administración sanitaria para cualquier acción de salud pública, incluidas las de formación e investigación deben tener un procedimiento explícito y transparente para la elección de los mismos basados en criterios de excelencia científica, profesional y adecuación al objeto de la colaboración solicitada por la Administración.

4. Las entidades o sociedades científicas y los expertos individuales que colaboraren con la Administración para las acciones de salud pública, incluidas las de formación e investigación entregarán a la Administración sanitaria una declaración de intereses, según lo establecido en el artículo 25 de la presente ley.

5. En la configuración de grupos de expertos, tribunales, consejos científicos etc. las Administraciones sanitarias se atenderán a lo dispuesto en los apartados 3 y 4 de este artículo y podrán rechazar las designaciones que no lo cumplan. Adicionalmente fundamentarán el nombramiento de los expertos por escrito y esta fundamentación será pública.

Artículo 28. Responsabilidad social por la salud.

1. Las Administraciones sanitarias promoverán la responsabilidad social por la salud pública de ciudadanos, asociaciones y organizaciones sociales.

2. Las actuaciones que fomentarán la responsabilidad por la salud pública son, entre otras:

a) Integración de la promoción y protección de la salud en los proyectos de gestión de las distintas entidades.

b) Participación en proyectos intersectoriales que mejoran la salud pública.

c) Aplicar los principios generales de intervención en salud pública descritos en el capítulo preliminar del título II de la presente ley, en especial, el de equidad.

d) Contribución a la disminución del gradiente social y a la reducción de las desigualdades sociales en salud.

3. Aquellas asociaciones y organizaciones sociales que desarrollen actuaciones que cumplan lo citado en el apartado 2 del presente artículo, podrán solicitar acreditación de la Administración sanitaria que les reconocerá, por los procedimientos que reglamentariamente se determinen, como entidad con responsabilidad social en la salud pública.

4. Las Administraciones públicas, también, promoverán la responsabilidad social por la salud en el seno de las empresas, comprendiendo la responsabilidad de velar por la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, estableciendo procedimientos para que las empresas sean centros promotores de la salud y el bienestar de los trabajadores.

5. Las empresas que desarrollen actuaciones que cumplan lo citado en el apartado 2 del presente artículo, podrán solicitar acreditación de la Administración sanitaria que les reconocerá como empresa con responsabilidad social en la salud pública por los procedimientos que

reglamentariamente se determinen que así mismo señalarán los beneficios acompañantes a este reconocimiento.

TÍTULO II

Intervenciones en salud pública

CAPÍTULO PRELIMINAR

Principios generales de acción en salud pública

Artículo 29. De los principios generales de acción en salud pública

Cualquier actividad o intervención incluida en las prestaciones de los servicios de salud pública o en los programas de salud comunitaria, independientemente de su titularidad y como concreción en algún caso de los derechos de los ciudadanos enunciados en el capítulo I del título I y de los principios básicos establecidos en el artículo 4 de la presente ley, debe considerar explícitamente los siguientes principios generales de acción en salud pública: salud en todas las políticas; pertinencia; eficiencia social, precaución; proporcionalidad; equidad; transparencia; participación ciudadana; rendición de cuentas; evaluabilidad; integración funcional (coordinación) y ética (autonomía; beneficencia y no maleficencia, justicia y veracidad).

Artículo 30. *Del principio de salud en todas las políticas.*

La acción en salud pública debe diseñarse teniendo en cuenta las políticas e intervenciones de departamentos no sanitarios que pueden influir positiva o negativamente en el desarrollo de las acciones y en la propia salud de la población, buscando sistemáticamente las sinergias con otros departamentos y cuando sea posible, estimulando las políticas que favorezcan los entornos saludables y las acciones de salud pública; y, disuadir aquellas políticas que supongan riesgos para la salud.

Artículo 31. *Del principio de pertinencia.*

1. Cualquier intervención de salud pública debe justificar explícitamente la conveniencia de la actividad, según la magnitud del problema de salud que se pretende corregir, mediante el análisis de su importancia en términos absolutos y relativos; así como del análisis de la susceptibilidad a la intervención propuesta en términos de eficacia -suficientemente demostrada- y en términos de su aplicabilidad, de manera que la efectividad y la eficiencia de la intervención sean razonablemente aceptables.

2. La responsabilidad de la aplicación del principio de pertinencia corresponde a las Administraciones sanitarias que introduzcan la intervención y a los responsables de cada programa de salud pública o asistencial donde se provea la intervención.

3. El órgano responsable deberá justificar la pertinencia de la intervención en la propuesta realizada en el momento en que se establezca su aplicación y en todas las evaluaciones que se lleven a cabo de acuerdo con los principios de evaluación, transparencia y rendición de cuentas que se mencionan más adelante.

Artículo 32. Del principio del respeto a los derechos humanos.

1. Las actuaciones en salud pública deben respetar los Derechos Humanos y contribuir a conseguir el pleno disfrute de los mismos por parte de todos los ciudadanos y ciudadanas.
2. Sobre la responsabilidad de aplicación y la justificación se atenderá a lo dispuesto en el artículo 45.

Artículo 33. Del principio de eficiencia social.

1. Cualquier intervención de salud pública o que afecte a ésta debe justificar explícitamente su eficiencia social, indicando la oportunidad en relación a su coste comparativo a otras acciones de gobierno sanitarias y no sanitarias que tengan efectos directos o indirectos en la salud.
2. Sobre la responsabilidad de aplicación y la justificación se atenderá a lo dispuesto en el artículo 45.

Artículo 34. Del principio de proporcionalidad.

1. Cualquier intervención de salud pública debe respetar el principio de proporcionalidad, aplicando unos esfuerzos no exagerados en relación con los beneficios esperados de su aplicación, impidiendo la reducción de los recursos disponibles para otras intervenciones necesarias ni para eventuales nuevas intervenciones más pertinentes. Asimismo se asegurará que los potenciales perjuicios a los que se vean expuestos tanto las personas como las comunidades objeto de la intervención sean también aceptables.
2. Sobre la responsabilidad de aplicación y la justificación se atenderá a lo dispuesto en el artículo 45.

Artículo 35. Del principio de precaución.

1. Todas las intervenciones de salud pública deben respetar el principio de precaución de manera que no se lleve a cabo ninguna actividad sobre la cual no se dispone de información suficiente acerca de su seguridad en términos de salud sobre los ciudadanos y en su caso sobre los pacientes. Aunque afecta a todas las intervenciones es de particular indicación en las de protección de la salud y prevención de enfermedades, puesto que buena parte de las poblaciones diana de estas actividades son sanas.
2. Sobre la responsabilidad de aplicación y la justificación se atenderá a lo dispuesto en el artículo 45.

Artículo 36. Del principio de equidad.

1. La acción para reducir las desigualdades injustas y evitables en salud es consustancial a la intervención de salud pública, de modo que las políticas, planes, programas y prestaciones deben incluir explícitamente esta dimensión y cómo se afronta en la práctica, proporcionando al ciudadano el derecho a la equidad efectiva.
2. Todas las intervenciones de salud pública y todos los planes de salud deben incluir objetivos específicos de disminución de las desigualdades sociales en el estado de salud, en sus determinantes sociales, y, cuando proceda, en el acceso a, y en la calidad y efectividad de, los servicios sanitarios de forma que reciban atención adecuada según sus necesidades.

3. La dimensión de la equidad y la consideración de los determinantes sociales de la salud deben incluirse expresamente en todos los informes que sobre la salud elaboren las Administraciones públicas.

4. La Comisión Permanente de Salud Pública adoptará un Plan frente a las Desigualdades en el uso de servicios sanitarios que mejore la equidad y calidad de los servicios.

5. El Ministerio de Sanidad y Política Social, en el diseño de la Estrategia Estatal de Salud Pública, y los correspondientes departamentos de sanidad o salud de los Gobiernos autonómicos y locales en el desarrollo de las respectivas estrategias, promoverán la acción sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud, asegurando:

a) El establecimiento de la equidad en salud como principio básico de acción;

b) La priorización de acciones sobre determinantes que influyen en las desigualdades en salud;

c) La formación adecuada de los recursos humanos sobre la perspectiva de equidad, y la participación de profesionales especializados en el abordaje de las desigualdades en salud, y desigualdades sociales en general;

d) La evaluación del impacto diferencial de las acciones implementadas en la población en función de los principales ejes de desigualdad, y la incorporación de la perspectiva de la ciudadanía afectada.

6. El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades del Ministerio de Sanidad y Política Social informará periódicamente de la situación española en desigualdades sociales de salud.

7. Todas las Administraciones con competencias sanitarias dispondrán los recursos necesarios que estimulen la acción intersectorial para disminuir las desigualdades en la salud actuando frente a los determinantes sociales, intervenciones sanitarias para disminuir las desigualdades en el acceso y calidad de los servicios sanitarios y actuaciones para la prestación de servicios de acuerdo a las necesidades heterogéneas de las personas y las comunidades.

Artículo 37. Del principio de evaluación.

1. Cualquiera de los programas de salud pública, así como los servicios y centros proveedores de prestaciones de salud pública y que lleven a cabo intervenciones y actividades deben disponer de un programa de evaluación que especifique los indicadores previstos, incluyendo las fuentes de información y la validez y la precisión de las medidas, para valorar la estructura -recursos y organización- como el funcionamiento y, sobre todo, los resultados de las intervenciones.

2. Sobre la responsabilidad de evaluación se atenderá a lo establecido en el artículo 45.

3. El órgano responsable deberá proceder a la evaluación de las intervenciones en los términos señalados con una periodicidad mínima anual, independientemente de que se le sea requerido. En el caso de que las intervenciones se lleven a cabo por otras entidades proveedoras el órgano responsable recabará la evaluación periódica de las intervenciones y contratará la prestación de estas actividades si se dispone de un adecuado Plan de Evaluación. Todo Plan de Evaluación deberá incluir la detección de aquellos

aspectos de la preparación o de la realización de la actividad que resultan mejorables y por otra permite rendir cuentas sobre la utilización de los recursos empleados.

Artículo 38. Del principio de perspectiva de género.

1. Las actuaciones en salud pública deben tener en consideración las desigualdades de poder entre hombres y mujeres y por tanto integrar la perspectiva de género en todas las fases de su desarrollo.
2. Sobre la responsabilidad de aplicación y la justificación se atenderá a lo dispuesto en el artículo 45.

Artículo 39. Del principio de rendición cuentas.

1. Las actividades de salud pública que se financian públicamente deben ser objeto de una explicación pública completa, veraz y comprensible sobre el uso de recursos públicos y particularmente sobre el impacto finalmente obtenido, así como en cuanto a la pertinencia, oportunidad y proporcionalidad de las medidas, consecuencia de la aplicación del principio del artículo previo de evaluación.
2. Sobre la responsabilidad de rendir cuentas sobre los recursos, el proceso y los resultados obtenidos con la puesta en práctica de una actividad o intervención de salud pública se atenderá a lo establecido en el artículo 45.
3. El órgano responsable de la intervención deberá proceder a dar cuentas en los términos señalados al máximo órgano responsable de la salud pública con una periodicidad mínima trienal. Independientemente, y como consecuencia de principio de transparencia citado en el artículo posterior de la presente ley, las Administraciones sanitarias estarán obligadas a publicar al menos en formato electrónico todas las memorias de sus programas y de las intervenciones realizadas por cualquier organización o entidad que haya recibido financiación pública.

Artículo 40. Del principio de transparencia.

1. Cualquier persona física o jurídica tendrá acceso a la información relevante sobre cualquier intervención de salud pública de modo comprensible, independientemente de que tenga la condición de eventual afectada por las consecuencias de la actividad, con la única limitación de la protección de la privacidad y de la confidencialidad de los datos que afectan a terceros. El acceso será a información tanto sobre los aspectos de estructura de los servicios y programas, como a su funcionamiento -el proceso- y a los resultados atribuibles a las prestaciones, actividades e intervenciones.
2. Sobre la responsabilidad de la transparencia se atenderá a lo dispuesto en el artículo 45.
3. El órgano responsable de la actividad queda obligado a facilitar la información relativa a la actividad de la que es responsable a cualquier persona física o jurídica que la requiera, según lo dispuesto en el artículo 8. Sin embargo, el respeto al principio de transparencia no debe suponer interferencias en el proceso de actuación.

Artículo 41. Del principio de participación.

1. Los ciudadanos intervendrán activamente en todo el proceso que culmina con la prestación de las actividades de los programas y servicios de salud pública, según lo dispuesto en el artículo 9.

2. Sobre la responsabilidad de facilitar y en su caso promover la participación de los ciudadanos se atenderá a lo dispuesto en el artículo 8.

3. El órgano responsable de la actividad queda obligado a facilitar la participación de cualquier persona física que la requiera y a promover la de participación comunitaria de las poblaciones directamente afectadas por la intervención, programa o prestación de que se trate. Sin embargo, el respeto al principio de participación no debe suponer interferencias en el proceso de actuación.

Artículo 42. Del principio de coordinación.

1. Las intervenciones de los servicios de salud pública del sistema sanitario deben diseñarse, planificarse y llevarse a cabo teniendo en cuenta el resto de las actividades proporcionadas por otros estamentos del sistema sanitario, de forma que se puedan aprovechar las sinergias resultantes de la cooperación y se eviten al máximo eventuales interferencias y solapamientos que pueden limitar la eficiencia de las intervenciones.

2. El principio de coordinación implica que los distintos estamentos del sistema sanitario, tanto los que proporcionan prestaciones de carácter colectivo, servicios de salud pública, como los que proporcionan prestaciones de carácter individual, servicios asistenciales de atención primaria y de atención especializada, se obligarán a cumplir los deberes que se establecerán reglamentariamente, sobre la información a compartir y la colaboración en los programas de promoción y de protección de la salud.

3. Los servicios de salud pública y los servicios sanitarios se coordinarán para acciones de salud pública con aquellas políticas no sanitarias, cuando las haya, que sean sinérgicas con las acciones sanitarias.

Artículo 43. De sostenibilidad.

Las actuaciones en salud pública deben poder mantenerse en el tiempo sin explotar los recursos, económicos y medioambientales, por encima del índice de renovación de los mismos y sin sacrificar la capacidad de generaciones futuras de satisfacer sus propias necesidades. Los planes de actuación en salud pública deben acompañarse de una valoración de su sostenibilidad económica y ambiental a corto y medio plazo que las autoridades sanitarias realizarán periódicamente.

Artículo 44. Del principio de la ética.

1. Las actividades de salud pública deberán ser objeto de valoración en cuanto a los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia (y no maleficencia) y justicia. También lo deben ser las actividades clínicas preventivas y la publicidad de cualquier servicio o producto que se refiera a la salud.

2. Esta valoración se llevará a cabo preceptivamente con anterioridad a la introducción de nuevas prestaciones, actividades preventivas y anuncios y periódicamente en el caso de las prestaciones ya establecidas.

3. En cada ámbito competencial se dispondrán los procedimientos para obtener el informe de ética que será preceptivo.

Artículo 45. *Garantía de cumplimiento.*

Los principios generales de acción establecidos en el capítulo preliminar del Título II informarán la interpretación y aplicación del régimen disciplinario de los empleados públicos, sin perjuicio del ejercicio de cualesquiera otras acciones legales que sean pertinentes.

CAPÍTULO I

La vigilancia en salud pública

Artículo 46. *Principios de la vigilancia en salud pública.*

1. La vigilancia en salud pública es una función pública que implica el ejercicio de la autoridad sanitaria.

2. Es un componente básico de la salud pública, cuya función es la identificación, selección y seguimiento de los determinantes y problemas de salud de la población, así como la evaluación como parte del sistema de información en salud pública de las intervenciones de promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad.

3. Se realiza mediante la recogida sistemática y continuada de datos, su integración, análisis, interpretación y difusión a los diferentes niveles de decisión, así como a la población, para organizar la respuesta y orientar las intervenciones dirigidas a proteger y/o mejorar la salud o, en su caso, reducir el daño en la población.

4. El principio de proporcionalidad en vigilancia de salud pública obliga a una estrecha correspondencia entre los recursos dedicados a cada tipo y objeto de vigilancia y la magnitud de los determinantes y problemas de salud que pretenden evitarse.

5. Además de sus acciones específicas, toda acción de vigilancia en salud pública incluirá las desigualdades sociales en salud medidas tanto a nivel individual como comunitario y en especial la edad, el sexo, los ingresos, los estudios, el empleo, la etnia y el origen.

6. Su desarrollo y gestión corresponde al Ministerio de Sanidad y Política Social y a las Administraciones autonómicas por medio de los organismos que determinen.

Artículo 47. *Sistemas de la vigilancia en salud pública.*

La vigilancia en salud pública estará formada por los siguientes sistemas:

a) Vigilancia de los factores condicionantes y problemas de salud, que a su vez está compuesto por:

1º. Vigilancia de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades, que incluye mediciones a nivel individual y ecológico, es decir tanto variables o acciones del individuo que afectan a su salud como variables del entorno social en el que vive incluyendo las propias políticas e intervenciones que determinan la salud de la población.

2º. Vigilancia de los riesgos ambientales que integra la información de la presencia de los agentes contaminantes en el medio ambiente y en el

individuo, de la exposición de la población general y grupos de riesgo, y de los efectos en la salud relacionados con los mismos, así como mapas de riesgos ambientales.

3º. Vigilancia de los riesgos alimentarios, derivados del proceso de producción, comercialización, venta y restauración de los alimentos y de los efectos en salud relacionados con ellos.

4º. Vigilancia de los problemas de salud relacionados con el trabajo o su ausencia no voluntaria, que incluye la vigilancia de las exposiciones y sus efectos en la salud, de los incidentes y del seguimiento de las cohortes expuestas.

5º. Vigilancia de las enfermedades transmisibles, para su detección y control en tiempo oportuno y de los microorganismos prevalentes y emergentes que representan un riesgo de exposición y/o de propagación en la población.

6º. Vigilancia de las enfermedades no transmisibles y de sus factores condicionantes.

7º. Vigilancia de las lesiones y de la violencia así como de sus efectos en la salud.

8º. Otros determinantes y problemas de salud de relevancia en salud pública.

b) Sistemas de alerta precoz y respuesta rápida, para la detección de incidentes, riesgos ambientales, síndromes, enfermedades y otras situaciones que representen un potencial riesgo de exposición o propagación y que requieran rapidez en la comunicación, análisis, evaluación y respuesta.

c) Sistema de evaluación de la calidad, oportunidad y eficiencia del sistema de vigilancia.

Artículo 48. Organización del sistema de vigilancia en salud pública.

1. Corresponde a las Administraciones Generales del Estado y de las Comunidades Autónomas, la organización y gestión de la vigilancia en salud pública.

2. Con el fin de coordinar los diferentes sistemas que componen la vigilancia en salud pública se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, organizada como una red de redes, que será coordinada por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

3. Con el fin de coordinar los laboratorios que apoyan la acción de vigilancia en salud pública, tanto en las vertientes biológica, química, física o de otro carácter se crea la Red Estatal de Laboratorios de Salud Pública, organizada como red de redes, que como parte de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública será coordinada por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

4. La configuración y funcionamiento de las redes señaladas en los anteriores apartados serán determinados reglamentariamente considerando la necesidad de eficiencia y servicio nacional e internacional, así como estándares, garantías de calidad y procedimientos sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas.

5. La Comisión Permanente de Salud Pública, asegurará la corresponsabilidad, la cohesión y la calidad de los sistemas de vigilancia en salud pública.

6. Para la gestión de la vigilancia en salud pública se podrá designar cualesquiera órganos o unidades especializados en los diferentes sistemas,

redes o centros y con funciones técnicas y asesoras del Sistema Nacional de Salud, que serán coordinados por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

7. Ante una situación de crisis sanitaria de ámbito estatal o internacional, el Ministerio de Sanidad y Política Social desarrollará los mecanismos de actuación de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.

8. Las autoridades sanitarias en su ámbito de competencia están obligadas a evaluar el impacto que en la salud de la población tienen las exposiciones y condicionantes observados y recogidos por los sistemas de vigilancia en salud pública e informar puntualmente de estos impactos a la población y a quien tenga responsabilidad directa si lo hubiese en la generación de esas exposiciones o condicionantes.

Artículo 49. De las competencias en Vigilancia en Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Corresponden al Ministerio de Sanidad y Política Social las siguientes funciones en materia de vigilancia en salud pública:

a) Elaborar la normativa básica de la vigilancia y su desarrollo, garantizando su oportunidad, calidad y equidad.

b) Articular una red de vigilancia de Sanidad Exterior, en relación con el tránsito internacional de viajeros y mercancías, integrado en la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública

c) Velar para que los criterios y condiciones que regulan la vigilancia y las intervenciones derivadas en el ámbito del Estado y de las Comunidades Autónomas, de conformidad con el artículo 65, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

d) Coordinar y evaluar los órganos o unidades especializados en vigilancia en salud pública, así como coordinar su acción con las Comunidades Autónomas.

e) Coordinar la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.

f) Establecer los mecanismos para la armonización y cohesión en el ámbito del Estado de los órganos técnicos o asesores que para los fines de vigilancia cree la Comisión Permanente de Salud Pública.

g) Identificar y gestionar las situaciones de crisis de acuerdo al artículo anterior y en consecuencia coordinar las actuaciones en el ámbito nacional y con las instituciones internacionales.

h) Coordinar las acciones y la información encaminadas a la resolución de los problemas de salud pública cuando estos afecten a más de una Comunidad Autónoma, o a las competencias de otros Ministerios o de otras Administraciones públicas.

i) Garantizar la homogeneidad de los criterios, la homologación de la información y su intercambio, utilizando las tecnologías de la comunicación e información necesaria, y la aplicación de las medidas de control. Todo ello sin perjuicio de las competencias propias de las Comunidades Autónomas.

j) Garantizar y coordinar los intercambios de la información correspondiente a la vigilancia tanto en el ámbito nacional como en el ámbito de la Unión Europea, de la Organización Mundial de la Salud y demás organismos internacionales, asegurando que la información reúna los requisitos de oportunidad, pertinencia y calidad para generar acciones de intervención.

k) Remitir a las Comunidades Autónomas la información sobre vigilancia de los órganos o unidades especializados y cualquier otra información relevante para la salud pública recibida de instituciones nacionales o internacionales.

l) Articular una red de Vigilancia de Sanidad Exterior para canalizar toda la información y las actuaciones realizadas en fronteras, en coordinación con los sistemas de vigilancia de las Comunidades Autónomas a nivel nacional y con las redes de vigilancia de Salud Pública Internacionales.

m) Diseñar la Encuesta Estatal de Salud Pública, así como su ejecución, análisis y difusión de resultados en coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas. La encuesta, que será periódica y tendrá ámbito nacional, incluirá las siguientes mediciones: biológicas tanto para la determinación de la presencia de contaminantes en las personas como para saber su estado de salud; individuales sobre las exposiciones, factores de riesgo, estado de salud y uso de servicios preventivos; variables sobre el entorno de la persona en el sentido más amplio, sociales, medioambientales, urbanas; y, cualquiera otras variables que el conocimiento científico las necesidades de administración de la salud pública hagan necesarias.

n) Recabar asesoramiento para la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.

o) Evaluar los órganos o unidades especializados de vigilancia en salud pública y coordinar la evaluación de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública

p) Elaborar el Informe anual de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, que incluirá las recomendaciones para la modificación de los programas de salud. Se incorporará también a este informe la evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con las correspondientes propuestas de modificación.

q) Promover el uso de indicadores compatibles con los empleados en la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones relacionadas con la salud pública al tiempo que influye para que esos indicadores recojan los principios rectores de salud pública contenidos en esta ley.

Artículo 50. De las competencias de las Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas, adoptarán las medidas que consideren oportunas para que la Vigilancia en Salud Pública cumpla los siguientes requisitos básicos:

a) Garantizar que la vigilancia en salud pública se desarrolle de acuerdo a los principios básicos contenidos en el artículo 4 de esta ley.

b) Garantizar que se disponga de los sistemas de información específicos, apoyados en las tecnologías de comunicación e información necesarias, determinando, en cada caso, sus niveles de captación, agregación, análisis y respuesta.

c) Garantizar la capacidad funcional de la Vigilancia en Salud Pública, de manera que sus niveles operativos se correspondan con los niveles de decisión de la salud pública determinados por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, del sistema sanitario y del resto de la Administración autonómica y local.

d) Remitir, de forma oportuna y puntual, al Ministerio de Sanidad y Política Social la información de vigilancia de salud pública que recoja sistemáticamente, la que así se reglamente tanto por normativa nacional como por la internacional, con la periodicidad y desagregación que en cada caso se establezca.

Artículo 51. Funciones de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.

La Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública se conforma como una red de redes al integrar a los diferentes subsistemas incorporados en el sistema de vigilancia en salud pública. Es su elemento nuclear con funciones de:

- a) Coordinación y gestión de los sistemas de vigilancia en salud pública.
- b) Coordinación y cohesión de las acciones y de la información que aporta el sistema de vigilancia.
- c) Seguimiento de las actividades realizadas por el sistema de vigilancia en salud pública.
- d) Evaluación de la calidad de la información que aporta el sistema de vigilancia.

Artículo 52. De los órganos designados para la vigilancia en salud pública.

Son centros de titularidad pública que realizan funciones delegadas de ámbito estatal. Serán coordinados y evaluados en sus funciones de vigilancia estatal por el Ministerio de Sanidad y Política Social, e incorporarán representantes de las Comunidades Autónomas en sus órganos de dirección, tal como reglamentariamente se determine, y tendrán las siguientes funciones:

- a) Gestionar el sistema de vigilancia que le sea asignado, incluyendo su análisis, recomendaciones y la oportuna difusión de la información.
- b) Aplicar los estándares para la homogeneidad de criterios, la homologación de la información, así como las recomendaciones y propuestas para el control de los problemas de salud.
- c) Coordinar y proporcionar apoyo logístico a las comisiones de expertos, equipos de intervención y otros grupos técnicos.
- d) Remitir de forma oportuna al Ministerio de Sanidad y Política Social, la información sobre vigilancia periódica establecida con la periodicidad y desagregación que en cada caso se establezca.
- e) Si el incumplimiento de remisión de información tiene repercusiones negativas supone la aplicación del régimen disciplinario por la autoridad sanitaria, elevando esta propuesta a la Comisión Permanente de Salud Pública o al Consejo de Ministros.
- f) Elaborar el Informe anual y aquellos otros solicitados por la Comisión Permanente de Salud Pública o por las Administraciones sanitarias.
- g) Si la evaluación de su actividad no fuese favorable se procederá a la cancelación de su designación.

Artículo 53. Sistemas de alerta y respuesta.

1. Las autoridades sanitarias en cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y por las necesidades generales de seguridad sanitaria dispondrán de mecanismos de vigilancia permanentes capaces de detectar

riesgos de naturaleza biológica, química física o de otro carácter así como situaciones de alarma social que puedan suponer una amenaza para la salud pública que requieran actuaciones de evaluación y respuesta inmediata.

2. Se garantiza el funcionamiento veinticuatro horas al día de estos sistemas de vigilancia y respuesta inmediata.

3. La respuesta ante una crisis, ya sea de ámbito supracomunitario si afecta a más de una Comunidad Autónoma, o de carácter internacional debe ser rápida y coordinada con todos los dispositivos de la Administración General del Estado.

4. Al objeto de proteger la salud de los ciudadanos frente a una emergencia sanitaria, el Ministerio de Sanidad y Política Social en coordinación con las Comunidades Autónomas y otros Departamentos implicados o competentes, establecerá una estrategia de actuación global por razones sanitarias de urgencia y necesidad de acuerdo a los planes que coordinadamente y en cada nivel competencial se establezcan.

Artículo 54. Garantía de cumplimiento de responsabilidades en vigilancia en salud pública.

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en este capítulo sobre supervisión y control de responsabilidades, los funcionarios públicos o quienes realicen sus funciones, los responsables de servicios y programas así como las autoridades sanitarias tienen la obligación de cumplir con lo dispuesto sobre comunicación de datos e información. En caso de vulneración de las responsabilidades que a cada parte le compete, será exigible la responsabilidad disciplinaria, sin perjuicio del ejercicio de las acciones legales pertinentes.

2. Si un responsable sanitario incluida la autoridad sanitaria ordena la no comunicación de información según lo dispuesto en este capítulo debe justificarlo y fundamentarlo detalladamente dando cuenta a los funcionarios que están obligados y al órgano receptor de la información.

3. Los centros, servicios, establecimientos y profesionales sanitarios, tanto del sector público como privado, deberán cumplir con las obligaciones de notificación de enfermedades y problemas de salud en las formas y tiempos que en cada Comunidad Autónoma se establezca, de acuerdo a la normativa nacional y sin perjuicio de otros deberes de notificación legalmente establecidos ateniéndose a las responsabilidades establecidas en el apartado 1 de este artículo.

CAPÍTULO II

Información en salud pública

Artículo 55. Sistema de información en salud pública.

1. El sistema de información en salud pública es el conjunto organizado y armónico de personas, procedimientos e instrumentos de recogida, procesado y análisis de los datos necesarios para producir la información precisa para llevar a cabo las actividades de salud pública contenidas en esta Ley además de lo considerado en los sistemas permanentes de vigilancia de salud pública.

2. El sistema de información en salud pública estará conformado por todos aquellos sistemas de información que compartan finalidad de salud pública o

cuya información sea relevante en la toma de decisiones en salud pública, independientemente de la Administración que los promueva o gestione y del sector público o privado que los genere.

3. Con independencia de los sistemas de información que el desarrollo normativo o científico aconseje incluir en el futuro el sistema de información en salud pública, integrará como mínimo lo siguiente:

a) Las estadísticas, registros y encuestas que midan los determinantes de la salud: educación, situación social, situación laboral, entorno físico y medioambiental, seguridad, demografía y población, economía, servicios, recursos sanitarios.

b) Las estadísticas, registros y encuestas que midan la salud, la calidad de vida y el bienestar de los españoles: morbilidad y mortalidad, condiciones de vida, indicadores de bienestar.

c) La información sobre políticas y sobre intervenciones de salud pública en todos los ámbitos de acción: sistemas de vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención, protección de la salud, evaluación de impacto en salud y cualquier otra acción o servicio en salud pública. Se incluye aquí la información sobre intervenciones y acciones que hayan sido acreditadas.

4. Las Administraciones sanitarias para los fines de los sistemas de información y en la obtención y almacenamiento de datos personales de salud con fines a ser tratados en la tutela de la salud pública, no precisarán obtener el consentimiento de los afectados.

5. Las Administraciones sanitarias con el fin de asegurar de la mejor tutela de la salud pública podrá requerir a los servicios y profesionales sanitarios la cumplimentación de informes, protocolos u otros documentos con fines de información sanitaria mediante los procedimientos que reglamentariamente determinen.

6. La autoridad sanitaria podrá requerir a cualquier Administración pública o privada, la provisión de información al sistema de información en salud pública en los formatos y formas que permitan su tratamiento estadístico adecuado sin coste alguno, esto incluye el acceso a las historias clínicas por razones de salud pública tanto a efectos de vigilancia como de sistemas de información. Recíprocamente, la autoridad sanitaria deberá proveer a cualquier Administración pública la información de sus sistemas que sirvan al cometido incluido en la toma de decisiones de sus políticas.

7. Los responsables de bases de datos y ficheros, cualquiera que sea su titularidad, cederán las bases de datos a la Autoridad Sanitaria, cuando las mismas sean necesarias para la toma de decisiones en salud pública o para la realización de estudios epidemiológicos, con sujeción a lo establecido en la norma estatal aplicable en materia de protección de datos de carácter personal.

8. Para asegurar la compatibilidad e interoperabilidad de todos estos sistemas se atenderá a lo dispuesto en el capítulo V de la Ley 16/2003, del 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre el sistema de información sanitaria, donde se establecen los mecanismos de normalización y circulación de los datos de manera que se asegure no solo la comparabilidad entre ellos sino también un sistema organizado y único de definiciones y clasificaciones.

9. La información generada será de uso público, salvaguardando los requisitos legales y confidenciales de cada situación.

Artículo 56. *Finalidades y utilidades.*

1. El sistema de información en salud pública se orientará a la obtención de datos relativos al conjunto de la población, si bien debe permitir su desagregación en los subconjuntos o colectivos de interés de acuerdo con los usos y con las actividades esenciales de salud pública:

- a) Valorar los riesgos y la situación de los factores condicionantes de la salud de la población.
- b) Valorar las necesidades de salud de la población y detectar desigualdades.
- c) Desarrollar las políticas precisas para cubrir esas necesidades.
- d) Garantizar la prestación de los servicios desde una perspectiva de equidad.
- e) Influir en la inclusión de la salud y la equidad en las políticas no sanitarias.
- f) Coordinar y evaluar los efectos en la salud de todas las políticas.

2. El sistema de información en salud pública considerará la realización de estadísticas para fines estatales y las de interés general supracomunitario, así como responder a las necesidades y compromisos de información que se deriven de acuerdos con organizaciones supranacionales e internacionales.

Artículo 57. *Tratamiento de los datos y comunicación de la información.*

1. Todas las Administraciones públicas y los centros, establecimientos y servicios sanitarios públicos y privados así como los profesionales sanitarios en ejercicio deberán armonizar sus sistemas de información y registro para que sea factible obtener la información de salud pública y facilitarán, en tiempo y forma adecuados, la información requerida por el sistema de información en salud pública.

2. Las Administraciones públicas velarán porque el sistema de información en salud pública se adecúe en cada momento a las necesidades de garantía de protección de la salud, y esté a disposición de sus usuarios, siendo éstos las Administraciones públicas, las empresas y las organizaciones ciudadanas, en los términos que se acuerden en el Comisión Permanente de Salud Pública.

3. La Comisión Permanente de Salud Pública identificará un conjunto de datos básicos en salud pública y sus correspondientes definiciones, que se incluirán en el sistema de información en salud pública en las condiciones y requisitos establecidos en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y sin perjuicio de la utilización de la información básica y complementaria por las unidades y servicios responsables de la salud pública en todos los niveles del sistema sanitario.

Artículo 58. *Gestión de la información.*

1. El Ministerio de Sanidad y Política Social gestionará en el nivel estatal el sistema de información en salud pública, promoviendo la recogida, almacenamiento, análisis y difusión de la información de las distintas situaciones, que por repercutir sobre la salud, puedan provocar intervenciones de la autoridad sanitaria, ya sea directamente ya sea mediante la comunicación

a otras autoridades, siempre en coordinación con el resto de las Administraciones y en los términos que se acuerden en la Comisión Permanente de Salud Pública, con especial importancia a la difusión directa de información de interés para el ciudadano en situaciones de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias.

2. Asimismo, las Administraciones sanitarias públicas promoverán medidas de colaboración y transmisión de información entre los profesionales, a fin de garantizar la utilización de datos comparativos y el desarrollo de actuaciones.

Artículo 59. Seguridad de la información.

1. En todos los niveles del sistema de información en salud pública se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos.

2. Todos los trabajadores de centros y servicios sanitarios públicos y privados que en virtud de sus competencias, tengan acceso a los mismos quedan obligados al secreto profesional.

3. Los datos de carácter sanitario personal recogidos para el ejercicio de sus funciones por los profesionales y entidades mencionadas en el artículo 56, serán cedidos a las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma correspondiente, en los términos previstos en el artículo 11.2.a), de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. La autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma deberá cederlos asimismo al Ministerio de Sanidad y Política Social como la entidad encargada de la gestión y mantenimiento del sistema de información en salud pública, incluso para finalidades, históricas, estadísticas o científicas en el ámbito de la salud pública.

CAPÍTULO III

Promoción de la salud

Artículo 60. Las intervenciones de promoción de la salud en las políticas de salud pública.

1. La promoción de la salud cuando se implanta en poblaciones es una función pública que implica el ejercicio de la autoridad sanitaria.

2. Las Administraciones públicas promoverán la salud creando las condiciones favorables para que los grupos sociales y las personas tengan una mayor capacidad de dominio sobre los factores determinantes de la salud.

3. Con este fin, en el ámbito de los servicios de salud pública, se impulsarán intervenciones de promoción de la salud que requerirán obligatoriamente acción intersectorial y buscarán la reducción de las desigualdades sociales en salud.

4. Las Administraciones públicas diseñarán sus programas de promoción de salud de forma que abarquen políticas no sanitarias e incardinarán los programas en los planes interdepartamentales cuando se disponga de ellos.

5. Las organizaciones sociales también podrán desarrollar intervenciones de promoción de salud que se coordinarán y colaborarán con las iniciativas de las Administraciones sanitarias buscando sinergias que aseguren la mayor eficiencia social posible. Esta coordinación será tenida en cuenta a la hora de obtener patrocinio u otros beneficios de las Administraciones públicas.

6. Los servicios sanitarios y, en concreto, los centros y profesionales sanitarios de atención primaria, en el desarrollo de la vertiente familiar y comunitaria, tienen la obligación de desarrollar funciones de promoción de salud y de prevención en la comunidad, a cuyo fin las autoridades sanitarias garantizarán que al menos un tercio del conjunto de la actividad tiene estos fines.

Artículo 61. Intervenciones de promoción de la salud.

1. Las intervenciones de promoción de la salud implantadas por las Administraciones públicas o cualquier otro agente deben contribuir a:

- a) Aumentar la cultura sobre salud y la salud pública con la finalidad de capacitar a los ciudadanos y facilitar así la toma de decisiones.
- b) Reforzar los recursos comunitarios, favorecer la cohesión social y garantizar la participación comunitaria.
- c) Crear entornos saludables en todos los ámbitos vitales.

2. Las intervenciones de promoción de salud sin perjuicio de los dispuesto en el capítulo preliminar del título II de esta ley reunirán al menos las siguientes características:

- a) Abordar los condicionantes, entornos y problemas de salud prioritarios.
- b) Ser planificadas, tener continuidad e incluir una evaluación con resultados relacionados con la salud.
- c) Disponer las estrategias oportunas para reducir las desigualdades en salud y rendir cuentas de los resultados con criterios de evaluación que sean adecuados al nivel etiológico de condicionantes de la salud objeto de la intervención.
- d) Asegurar la participación comunitaria y de las organizaciones ciudadanas en todas las fases de la intervención e incluir las estrategias de participación en la planificación.
- e) Capacitar a las personas y a las comunidades y aumentar su poder para reconocer los condicionantes sociales de su entorno y modificarlos cuando sea necesario.

3. Las Administraciones sanitarias favorecerán la creación de redes de intervención en promoción de salud que facilitan el acceso e intercambio de recursos y de información, y que garantizan una mejor evaluación de la calidad.

4. Las autoridades sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, son responsables de asegurar la corresponsabilidad, la cohesión y la calidad de las actividades de promoción. La Comisión Permanente de Salud Pública, el Ministerio de Sanidad y Política Social y los correspondientes órganos de las Comunidades Autónomas garantizarán y coordinarán los intercambios de la información en promoción de la salud en cualquiera de sus niveles, tanto en el ámbito nacional como en el ámbito de la Unión Europea, de la Organización Mundial de la Salud y demás organismos internacionales.

5. Las Administraciones públicas no sanitarias que desarrollen actividades de promoción de la salud informarán de ello a la autoridad sanitaria en cada ámbito competencial y con carácter general procurarán las sinergias con las Administraciones sanitarias, la coordinación y la eficiencia de las actuaciones.

6. Las autoridades sanitarias son responsables de que las actividades de promoción de salud implantadas por las Administraciones públicas cumplan con los principios generales de acción en salud pública y los específicos que se detallan en el apartado 2 de este artículo. A estos efectos sus informes de acreditación según lo estipulado en el artículo siguiente serán vinculantes.

Artículo 62. Acreditación.

1. La autoridad sanitaria estatal o la competente de cada Comunidad Autónoma, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrá acreditar intervenciones de promoción de salud y redes de promoción de salud implantadas por las Administraciones públicas, entidades privadas, organizaciones no gubernamentales e instituciones civiles.

2. Las acreditaciones de intervenciones de promoción de salud en cualquier ámbito se realizarán por los procedimientos que establezca el Ministerio de Sanidad y Política Social. Asimismo las Comunidades Autónomas en su ámbito de competencia podrán establecer criterios de acreditación o de autorización para intervenciones de promoción de salud.

3. La autoridad sanitaria no acreditará las acciones de promoción de salud cuando no cumplan los principios generales de acción en salud pública además de los específicos de promoción de salud descritos en el artículo anterior.

4. Aquellas intervenciones de promoción de salud de las que haya evidencia de ser perjudiciales para la salud y tras informe del Ministerio de Sanidad y Política Social o por la Administración sanitaria autonómica y sus órganos competentes podrán ser prohibidas por la autoridad sanitaria.

Artículo 63. Ámbitos de aplicación de la promoción de salud.

1. Las intervenciones de promoción de salud son aplicables al conjunto de políticas de gobierno independientemente de que el papel principal en la implantación de acciones de promoción de la salud lo tienen los servicios de salud pública.

2. Las intervenciones de promoción de salud iniciadas por los servicios de salud pública se desarrollarán principalmente en el ámbito educativo, el sanitario, el laboral y el comunitario –incluidos los virtuales-. Las Administraciones sanitarias iniciarán las intervenciones en cada uno de los ámbitos mencionados por aquellos centros o entornos que estén ubicados en áreas en desventaja social, justificando qué indicadores ha empleado para la elección.

3. Será también una actuación preferente, la defensa de los fines y objetivos de la salud pública ante los medios de comunicación y los agentes sociales incluidos los partidos y agrupaciones políticas y las organizaciones e instituciones civiles.

Artículo 64. Promoción de la salud en el ámbito educativo.

1. La promoción de la salud en el ámbito educativo será considerada prioritaria. Se implantará coordinadamente con la Administración educativa y con la participación de la comunidad escolar que adquirirá responsabilidades en su ejecución.

2. Los planes de promoción de la salud en el ámbito educativo se integrarán en los planes interdepartamentales cuando éstos se diseñen.

3. La promoción de salud en el ámbito educativo tendrá carácter redistributivo con la inversión de más recursos y el refuerzo de las actuaciones en centros y áreas de menor nivel socio económico. A ello están obligadas las autoridades competentes; tanto las sanitarias como las educativas así como cualquiera otras que sus actuaciones tengan impacto en la promoción de la salud escolar.

4. Las intervenciones de salud pública en el ámbito educativo debe ser sometida a un control previo de acreditación por las Administraciones sanitarias y educativas competentes.

5. Las acciones de promoción de salud se llevarán a cabo mediante la colaboración entre centros educativos e instituciones sanitarias y de salud pública. Se dispondrán las formas de colaboración formal oportunas y con dotación presupuestaria, si ésta fuese necesaria, para facilitar el desarrollo de programas e intervenciones adecuados a los principios recogidos en esta ley.

6. Las autoridades educativas y las sanitarias establecerán procedimientos formales de colaboración con el resto de autoridades y departamentos que puedan favorecer la salud escolar. Esto incluye desde las autoridades gubernativas competentes en seguridad para asegurar entornos libres de sustancias perjudiciales para la salud a las municipales responsables de un entorno escolar y urbano saludable.

7. Las Administraciones públicas desarrollarán actividades dirigidas a la conservación y mejora del medioambiente escolar, contemplando no sólo el emplazamiento, sino también los servicios de comedor y transporte escolar.

8. Los poderes públicos asegurarán la no discriminación de los escolares con necesidades especiales a causa de una enfermedad física o psíquica y facilitarán su acceso a una educación de calidad.

9. El Ministerio de Sanidad y Política Social creará un banco de recursos en materia de promoción donde estarán accesibles para toda la comunidad educativa materiales y buenas prácticas elaborados en este campo, que podrán ser utilizados como material educativo.

10. Las Administraciones sanitarias y educativas establecerán los mecanismos necesarios para integrar la salud y la salud pública en la formación de sus profesionales.

11. No será necesario ningún certificado médico para incorporarse a la comunidad escolar; sin embargo, cualquier miembro de la comunidad escolar está obligado a seguir las indicaciones dispuestas por las autoridades sanitarias ante cualquier contingencia que exponga a un mayor riesgo de enfermedad al conjunto de la comunidad escolar.

Artículo 65. Promoción de la salud y los medios de comunicación.

1. Las Administraciones sanitarias contribuirán y facilitarán que la información sobre salud pública vertida en cualquier medio de comunicación sea veraz y se adapte a los criterios de buena práctica.

2. El Ministerio de Sanidad y Política Social creará un Consejo Consultivo de promoción de salud en los medios audiovisuales que prestará orientación y asesoría sobre materia de salud en los medios audiovisuales.

3. La Autoridad Sanitaria Estatal ofrecerá la posibilidad de acreditación opcional y temporal de acciones de comunicación. Esta acreditación permitirá

el uso de un marchamo de calidad para uso por los medios y organizaciones que comuniquen sobre la salud.

4. Las Administraciones sanitarias vigilarán la publicidad y propaganda de productos y actividades que puedan incidir en la salud, para que se ajusten a criterios de veracidad sobre la intervención saludable propuesta y evitar lo que pueda suponer un perjuicio para la salud. Así mismo podrán crear un registro público de informaciones y anuncios cuyo contenido en salud no responde a los criterios señalados.

5. La Autoridad Sanitaria Estatal, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas en esta materia, acreditará la calidad de los sitios Web que muestren información relacionada con la salud, independientemente del tipo de información que contenga o la audiencia a la que vaya destinada.

6. Esta acreditación será opcional y a solicitud del interesado. Cualquier página acreditada podrá incluir de forma claramente visible un marchamo de calidad en salud pública, que garantizará al usuario que su contenido ha sido revisado por expertos y que posee los requisitos imprescindibles de verosimilitud y rigor científico.

7. El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades del Ministerio de Sanidad y Política Social facilitará los procesos de acreditación.

8. La acreditación a que se hace referencia en los puntos anteriores se realizará como reglamentariamente se determine asegurando que al menos, se cumple lo siguiente:

a) Lo dispuesto en los artículos sobre transparencia y declaración de interés

b) Que ninguna información incluida en el sitio Web de la entidad que solicita la acreditación atente contra la salud o promueva acciones o productos no saludables.

c) Que la información contenida sea consistente con el conocimiento actual y las pruebas científicas disponibles y no está sesgada hacia un tipo determinado de acción sanitaria promoviendo sin necesidad el intervencionismo sanitario.

Artículo 66. Emisión de comunicados y recomendaciones a través de los medios de comunicación.

1. Las Administraciones públicas sanitarias colaborarán con los medios de comunicación social para emitir recomendaciones y promover espacios de divulgación con el fin de aumentar el conocimiento sobre la salud y la capacitación de la población para tomar sus propias decisiones sobre asuntos de salud, así como para realizar comunicados en situaciones de riesgo incierto, de alerta o crisis sanitarias declaradas.

2. Para los fines de coordinación y eficiencia de las actuaciones de salud pública en España, las Administraciones públicas sanitarias informarán al Ministerio de Sanidad y Política Social de las campañas de carácter sistemático y masivo que realicen de forma que puedan ponerse a disposición de todas las Administraciones de las Comunidades Autónomas y municipios.

3. Cuando una autoridad sanitaria emita comunicados o recomendaciones que afecten a riesgos inciertos o se produzcan en el contexto de una alerta o crisis sanitarias que por sus características o por la audiencia del medio

empleado pudiese tener alcance de más de una comunidad autónoma, se informará a la autoridad sanitaria correspondiente del Gobierno de España que deberá coordinar los mensajes junto con la Comisión Permanente de Salud Pública velando por identificar fielmente y con precisión el escenario de riesgo para no amplificar innecesariamente su impacto en territorios y sectores económicos y sociales no afectados.

4. Las Administraciones públicas que desarrollen acciones en materia de comunicación en salud garantizarán que la información esté adaptada cultural y lingüísticamente a aquellos sectores de la población que serán los destinatarios de la misma.

CAPÍTULO IV

Prevención de problemas de salud y sus determinantes

Artículo 67. Carácter general de la prevención de problemas de salud, lesiones y sus determinantes.

1. Tienen consideración de actuaciones de salud pública quedando por tanto incluidas en el alcance de esta ley las actividades de prevención sobre condicionantes de la salud, sobre factores de riesgo de enfermedad, las destinadas con carácter general a evitar la aparición de la enfermedad o detener su avance y la evitación de las lesiones.

2. La prevención en la población y las acciones preventivas cuyos efectos no puedan medirse sólo individualmente son una función pública que implica el ejercicio de la autoridad sanitaria.

3. Las Administraciones públicas deben actuar prioritariamente sobre los determinantes de las enfermedades y lesiones así como sobre los factores de riesgo e impulsarán acciones de vacunación; complementariamente, implantarán acciones de prevención secundaria como programas de detección precoz de enfermedad y finalmente medidas de prevención terciaria.

4. Siendo la prevención de enfermedades y lesiones así como la promoción de la salud una prioridad esencial del Sistema Nacional de Salud, las Administraciones sanitarias garantizarán que los profesionales sanitarios tienen los recursos y tiempo imprescindibles para desarrollarlas.

5. Al ser la vacunación, especialmente la infantil, una herramienta clave de la prevención las Administraciones sanitarias adoptarán las medidas necesarias para:

a) Asegurar una adecuada comunicación pública que garantice el conocimiento de la población, especialmente la de menor nivel socioeconómico y en situaciones de desventaja social sobre las vacunas;

b) Acordarán en el seno de la Comisión Permanente de Salud Pública, por su valor de bien público, un calendario común de vacunas en España y solo cuando haya razones de salud pública, que estarán claramente justificadas y comunicadas de acuerdo a los derechos de información establecidos en esta ley, se producirán variaciones en este calendario.

6. Las Administraciones sanitarias podrán requerir la participación de otras Administraciones públicas o personas físicas para la realización de las intervenciones preventivas, coordinando las acciones y los recursos mediante los planes interdepartamentales cuando se disponga de ellos o mediante acción intersectorial. Esto es especialmente relevante en la prevención de

lesiones para conseguir entornos más seguros en lo que las Administraciones locales tienen un papel central.

7. Las Administraciones públicas desarrollarán toda acción de prevención considerando las desigualdades sociales en salud medidas tanto en el individuo como en la comunidad y en especial la edad, el sexo, los ingresos, los estudios, el empleo, la etnia y el origen lo que implica que todos los programas de prevención deben establecer medidas para:

- a) Una implantación prioritaria en áreas de menor nivel socioeconómico.
- b) Asegurar la equidad en el acceso y en la efectividad de las acciones preventivas a todas las personas independientemente de las características personales enunciadas en este apartado.

8. Las Administraciones públicas apoyarán la viabilidad de las intervenciones preventivas mediante otras acciones como la comunicación pública para aumentar el conocimiento sobre la salud, la sensibilización y cualquier otra que facilite el éxito de la intervención y la equidad en su aplicación.

9. La prevención de lesiones es una acción prioritaria y dados los fundamentos científicos disponibles, las Administraciones sanitarias desarrollarán programas de prevención de lesiones dirigidos a todas las etapas de la vida de las personas, con especial énfasis en la infancia y la vejez, y se llevarán a cabo en los diferentes ámbitos vitales: la familia, el ámbito educativo, el lugar de trabajo, los espacios de ocio, el sistema sanitario y la comunidad.

10. Para la prevención de lesiones las Administraciones sanitarias integrarán y compartirán los programas con instituciones, organizaciones y entidades especializadas en prevención, investigación y formación en este campo.

11. Entre las intervenciones de prevención de lesiones se implantarán al menos los siguientes programas:

- a) Prevención de lesiones y caídas en personas mayores con medidas preventivas que alcancen todo su entorno vital.
- b) Prevención de lesiones en los niños con medidas preventivas que alcancen todo su entorno vital.
- c) Prevención de la violencia de género, el maltrato a menores, a personas de edad avanzada y a discapacitados, fomentando la intervención coordinada de diversos sectores y servicios.
- d) Prevención de lesiones en el ámbito laboral.

12. La Comisión Permanente de Salud Pública colaborará para el buen funcionamiento del Registro Estatal de Víctimas de Accidentes de Tráfico creado por la Ley 18/2009, de 23 de noviembre, por la que se modifica el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, en Materia Sancionadora.

Artículo 68. Ejercicio de la autoridad sanitaria en la prevención.

1. Las intervenciones de prevención poblacional de enfermedades y lesiones son iniciativa de la autoridad sanitaria o deben ser autorizadas por ella independientemente de donde se realice su aplicación efectiva y de que Administración o entidad sea la iniciativa. La implantación sólo se decidirá tras una evaluación explícita de los beneficios y riesgos de la intervención cuya

memoria completa será accesible a los profesionales sanitarios y los ciudadanos a través al menos de medios electrónicos.

2. La Comisión Permanente de Salud Pública sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas y adicionalmente a lo establecido en el apartado 5 del artículo 68, acordará las acciones preventivas de carácter poblacional comunes que reúnan los criterios imprescindibles para ser implantadas en todo el territorio. Para ello, la Comisión Permanente de Salud Pública recabará los informes técnicos necesarios al Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades del Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con las administraciones autonómicas competentes y los órganos especializados designados por las Comunidades Autónomas.

3. La Comisión Permanente de Salud Pública valorará periódicamente los programas preventivos comunes implantados y aquellos que no cumplan los objetivos para los que fueron diseñados serán cancelados atendiendo entre otros a los criterios técnicos recabados del Ministerio de Sanidad y Política Social, las administraciones autonómicas competentes y los órganos especializados designados por las Comunidades Autónomas.

4. Las autoridades sanitarias tienen la obligación de informar a la población de los perjuicios para la salud que pueden causar acciones preventivas no fundamentadas en el rigor científico y dispondrán los mecanismos necesarios para prevenir el intervencionismo sanitario excesivo, la realización de intervenciones innecesarias, ineficientes y perjudiciales. A este fin la Comisión Permanente de Salud Pública en coordinación con las Comunidades Autónomas publicará la lista de acciones preventivas poblacionales e individuales que son recomendables y aquellas que no tienen suficiente base científica para implantarse. Las autoridades sanitarias podrán requerir la suspensión de prácticas sanitarias preventivas que no estén fundamentadas científicamente.

5. La Comisión Permanente de Salud Pública establecerá recomendaciones sobre la aplicación a poblaciones de todos aquellos fármacos aprobados con indicación de prevención primaria o que pudiesen usarse para este fin. Para ello, recabarán los informes pertinentes en coordinación con las Comunidades Autónomas y cuando proceda de los órganos especializados designados por las Comunidades Autónomas.

Artículo 69. La implantación de los programas de prevención de enfermedades y lesiones.

1. La implantación de las acciones preventivas y la selección de problemas prevenibles se hará de acuerdo a los principios generales de actuación establecidos en el capítulo preliminar del título II y a los criterios de magnitud, factibilidad y aceptabilidad del programa por parte de la población.

2. Para implantar acciones preventivas será requisito inexcusable contar concurrentemente con un sistema de información adecuado que permita su completa evaluación. El Ministerio de Sanidad y Política Social publicará los sistemas de información precisos para cada acción preventiva sin perjuicio de que cada Comunidad Autónoma pueda establecer los requerimientos de sistemas de información en su territorio.

3. Las Administraciones sanitarias están obligadas a ofrecer a la población información comprensible y rigurosa de todas las medidas preventivas de carácter poblacional que sean instauradas. Reglamentariamente se especificarán las características de la información que debe ser ofrecida a los usuarios y que inexcusablemente incluirá los posibles beneficios y riesgos a nivel individual y el esfuerzo preventivo necesario para que se evite el desenlace no deseado.

4. Los servicios de salud pública ofrecerán anualmente una información accesible al público sobre los resultados de los programas preventivos en la población ateniéndose a lo establecido en el artículo 8 y de acuerdo a los principios generales de actuación en salud pública enunciados en el capítulo preliminar del título II de esta ley.

5. La participación en las actividades preventivas por parte de la población es voluntaria y no puede tener carácter coercitivo salvo los casos considerados en la normativa sectorial vigente. Sin embargo, en los programas de vacunación cuyo éxito depende de la cobertura alcanzada las Administraciones sanitarias informarán de la necesidad de participación a la población y del efecto positivo de ésta.

6. Los profesionales sanitarios tienen absoluta libertad en decidir si se vacunan o no frente a enfermedades que pueden transmitir a los pacientes e incluso de aquellas que transmitidas a ciertos pacientes pueden acarrearles consecuencias graves. Esta libertad acarrea la necesidad ineluctable de que estos profesionales informen de su situación de no vacunación y adopten medidas de prevención adecuadas durante los periodos en que la enfermedad objeto de vacunación es prevalente. Una vez informados, los pacientes pueden decidir que ese profesional sanitario no le atienda.

Artículo 70. De las actuaciones específicas sobre cribados.

1. La realización de pruebas diagnósticas de cualquier carácter debe realizarse de acuerdo a los principios establecidos en el capítulo preliminar del título II de esta ley y a los criterios científicos que fundamentan el cribado.

2. La práctica de pruebas diagnósticas generales de cribado o concretas a una persona que no tengan base en los criterios científicos de cribado es una mala práctica clínica, incorrecta e improcedente que puede causar perjuicios y debe excluirse de cualquier acción preventiva.

3. Los reconocimientos médicos basados en pruebas diagnósticas indiscriminadas sin una justificación expresa de los objetivos de salud procurados que tiene cada una de las pruebas serán considerados mala práctica preventiva y consecuentemente excluidos de cualquier programa.

4. Cualquier determinación biológica o prueba diagnóstica de cualquier carácter a efectos de cribado o detección debe ser conocida de antemano por la persona interesada. La realización de cualquier prueba o determinación a una persona debe hacerse con su conocimiento informado acerca de lo que la prueba permite saber sobre su estado de salud y de los beneficios y riesgos que puede acarrear.

5. Está prohibida la práctica de pruebas diagnósticas en el ámbito laboral sin conocimiento del trabajador. Las pruebas con objetivo de detección precoz de enfermedad en los trabajadores deben atenerse a lo dispuesto en esta ley y no se realizará ningún estudio que no se ciña a la vigilancia de la salud de los trabajadores de acuerdo a sus riesgos laborales específicos.

6. Los reconocimientos sanitarios previos a la incorporación laboral son con carácter general innecesarios. En los casos en los que establezca alguna necesidad de reconocimiento esta debe ser justificada explícitamente. La autoridad sanitaria puede informar de forma vinculante sobre la necesidad o no de reconocimiento.

7. El Servicio Nacional de Salud podrá requerir el abono de los costes sanitarios incurridos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas a las que se les haya practicado exámenes de salud o pruebas diagnósticas improcedentes según lo establecido en la presente ley.

Artículo 71. Garantía de cumplimiento de responsabilidades en prevención.

1. Las Administraciones sanitarias en cada nivel administrativo son responsables de rendir cuentas sobre el establecimiento de la prevención y la promoción de la salud como prioridad esencial mostrando en las memorias oportunas la atención preferente a esta actividad; garantía del apoyo técnico adecuado a los profesionales sanitarios en prevención y promoción de la salud así como la aportación de los recursos y tiempo imprescindibles, concretamente en atención primaria de salud. En caso de vulneración de las responsabilidades que a cada parte le compete, será exigible la responsabilidad disciplinaria, sin perjuicio del ejercicio de las acciones legales pertinentes.

2. Los responsables de los programas preventivos y subsidiariamente sus autoridades respectivas son responsables de que cumplan los requisitos establecidos en esta ley sobre la implantación de programas o acciones preventivas. En caso de vulneración de las responsabilidades que a cada parte le compete, será exigible la responsabilidad disciplinaria, sin perjuicio del ejercicio de las acciones legales pertinentes.

CAPÍTULO V

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud

Artículo 72. Aspectos generales de la prevención y la promoción de la salud en los servicios sanitarios.

1. Los servicios sanitarios en todos los escalones asistenciales y en especial en atención primaria, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 11.3, de la Ley 16/2003, del 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, contribuirán con carácter general a un desarrollo integral de los programas de promoción y prevención coordinados desde las estructuras de salud pública. Asumirán que la prevención y la promoción de la salud es una actividad esencial y prioritaria de la actividad sanitaria.

2. Las Administraciones sanitarias desarrollarán los instrumentos adecuados que serán inexcusablemente explícitos y públicos, en función de su organización, para asegurar que los servicios sanitarios adoptan una perspectiva poblacional en su labor y que contribuyen a alcanzar los objetivos de salud pública establecidos en su área sanitaria en promoción de la salud y prevención de enfermedades y lesiones.

3. Las Administraciones sanitarias establecerán mecanismos para reforzar el papel de referente clave en asuntos de salud que para la población tienen los profesionales sanitarios facilitando su capacitación técnica en prevención y promoción de la salud y aportando las herramientas y recursos técnicos oportunos para que las acciones preventivas estén basadas en los principios generales establecidos en esta ley.

4. A este fin las Administraciones sanitarias colaborarán con las sociedades científicas y colegios profesionales que hayan desarrollado programas de acción preventiva y de promoción de la salud basados en el rigor científico y en los principios generales enunciados en el punto anterior.

Artículo 73. Coordinación de los servicios de salud pública con los asistenciales.

1. En aplicación del principio general de coordinación en la acción en salud pública descrito en el artículo 42 y con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la política general de salud pública y de la política sanitaria, las Administraciones sanitarias establecerán procedimientos explícitos y públicos para una coordinación efectiva entre los equipos de salud pública que presten servicio de un área sanitaria determinada con los respectivos equipos de atención primaria.

2. Las Administraciones sanitarias garantizarán el mantenimiento de un mapa sanitario estable que permita, además de la coordinación: una adecuada vigilancia de salud pública y una generación de información relacionada con denominadores de población estables; la eficiencia de las intervenciones y su oportuna evaluación en términos poblacionales; la eficiente gestión sanitaria y la eficacia en la acción administrativa. La correspondencia entre las poblaciones atendidas por equipos de atención primaria, atención especializada de referencia y equipos de salud pública se mantendrá estable y ajustada a lo dispuesto sobre áreas sanitarias en el artículo 56 de la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad.

3. Las Administraciones sanitarias garantizarán que en los servicios sanitarios, especialmente en los de atención primaria se desarrollan las siguientes acciones:

a) Proporcionar a los equipos de salud pública la información necesaria para la vigilancia en salud pública y toda aquella que sea necesaria para los sistemas de información en salud pública.

b) Realizar las tareas clínicas derivadas de la detección de riesgos para la salud pública incluido el examen de contactos e investigación de fuentes de enfermedad en colaboración con los profesionales de salud pública.

c) Realizar exámenes diagnósticos derivados de acciones de protección de la salud en el ámbito de seguridad alimentaria y ambiental así como de la prevención de enfermedades y lesiones.

d) Ejecutar programas de prevención de acuerdo a las prioridades establecidas por cada Administración sanitaria asegurando su evaluación poblacional.

e) Desarrollar la atención familiar y comunitaria colaborando y desarrollando las acciones de promoción de salud en su área de actuación en

coordinación con los servicios de salud pública, con la participación de todos los profesionales socio-sanitarios del equipo y coordinadamente con otras Administraciones y las organizaciones sociales.

f) Colaborar, junto a los servicios de salud pública, con las Administraciones locales en la aplicación del artículo 42 de la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad fomentando entornos saludables y seguros.

g) Desarrollar el conjunto de su labor de forma que se tengan en cuenta los determinantes sociales de la salud y se tienda a la reducción de las desigualdades sociales en salud;

h) Desarrollar acciones preventivas en el entorno vital de las personas incluido el hogar contando con el papel relevante de los trabajadores del ámbito social;

i) Aplicar los principios de acción en salud pública enunciados en esta ley;

j) Favorecer el papel central de enfermería en las actividades de prevención.

4. Las Administraciones sanitarias garantizarán que sus servicios de salud pública realizan las siguientes acciones para la adecuada coordinación con los servicios asistenciales:

a) Proporcionar información periódica a los servicios asistenciales tanto sobre la situación de salud de la comunidad adscrita, incluyendo una detallada descripción de los determinantes sociales de la salud, como aquella información de la vigilancia en salud pública que permita una mejor acción clínica o una mejor evaluación posterior de las actuaciones realizadas;

b) Aportar los criterios, estándares e indicaciones sobre intervenciones de prevención y promoción así como los procedimientos de información concurrentes imprescindibles a cada acción preventiva para la evaluación de las actuaciones;

c) Facilitar y potenciar las acciones de promoción de la salud mediante la acción intersectorial y la relación con las instituciones y el entorno social en el que está ubicado el servicio asistencial;

d) Participar en la gestión de los equipos asistenciales y en la dirección estratégica para asegurar que se cumplen sus objetivos de salud;

e) Establecer medidas para evitar los efectos perjudiciales de las intervenciones sanitarias;

f) Informar sobre las acciones de cribado, pruebas de detección o cualquier otra intervención que deban suspenderse por incumplir los principios de acción en salud pública y requerir su cancelación;

g) Proveer de información científica actualizada sobre acciones de promoción y prevención en los servicios sanitarios.

Artículo 74. La promoción de salud y la prevención en las oficinas de farmacia.

1. Por su alcance poblacional y potencial para la prevención, promoción y protección y de la salud, las Administraciones sanitarias facilitarán la participación de los profesionales farmacéuticos en los programas de salud pública cuyo concurso sea oportuno.

2. Sin menoscabo de otras acciones que complementen los programas de salud pública, la colaboración de las oficinas de farmacia con los programas de

promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades y lesiones que promueven las Administraciones sanitarias es recomendable en las siguientes acciones:

- a) Participar en los programas y estrategias de salud pública que diseñen los servicios de salud pública de nivel local, regional y nacional.
- b) Contribuir a la disminución de las desigualdades sociales en salud.
- c) Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Artículo 75. Relación entre las oficinas de farmacia y las Administraciones públicas.

1. Las Administraciones sanitarias promoverán el desarrollo de programas de salud pública con la participación de las oficinas de farmacia mediante el establecimiento de conciertos con los colegios profesionales.
2. Los conciertos incluirán al menos acciones de formación en salud pública de los farmacéuticos, intercambio de información, otras acciones de cooperación.
3. Con carácter extraordinario, tal como establece el artículo 91 de la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad y de acuerdo al carácter de las acciones de salud pública, estos conciertos incluirán subvenciones económicas u otros beneficios o ayudas con cargo a fondos públicos.
4. A excepción de las alertas de carácter general, las Administraciones sanitarias concertarán prioritaria e inexcusablemente con las farmacias ubicadas en áreas socialmente deprimidas.

CAPÍTULO VI

La gestión sanitaria como una acción de la salud pública

Artículo 76. Carácter y objetivos de la gestión sanitaria.

1. La gestión sanitaria es a todos los efectos una función de la salud pública que desarrollarán profesionales con formación específica de salud pública.
2. La gestión sanitaria tiene como objetivo esencial mejorar y cuidar la salud de la población en cada uno de los niveles de responsabilidad y ámbito asistencial. En concordancia con los artículos 3, 6, 8 y 12 de Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad y según lo establecido en la presente ley, debe priorizar la prevención y la promoción de la salud, garantizar la reducción de los desequilibrios sociales y territoriales; y, analizar desde el punto de vista epidemiológico la situación de salud de la población objetivo de la gestión. Consecuentemente, la ganancia de salud poblacional será el objetivo principal de la gestión sanitaria que guiará sus acciones en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.
3. Con este fin los gerentes de cualquier nivel sanitario incluirán en todos sus documentos de planificación, que en cualquier caso se redactarán al menos cada tres años, de forma destacada y prioritaria los objetivos establecidos sobre prevención, promoción de la salud, equidad y reducción de las desigualdades sociales en salud. El plan será público y sobre sus avances se rendirá cuentas anualmente.

Artículo 77. La gestión sanitaria en el Área de Salud.

1. Los órganos que forman las Áreas de Salud, en consonancia con lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los artículos 58, 59 y 60 de la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad, darán prioridad dentro de sus funciones establecidas a aquellas acciones que estén dirigidas a la mejora de la atención comunitaria, la prevención, la protección y la promoción de la salud. En términos generales, la gestión sanitaria debe guiarse por los resultados de salud que serán explicitados con una periodicidad mínima de tres años.

2. El conocimiento del estado de salud de la población y sus condicionantes en el Área de Salud fundamentan la gestión sanitaria y es punto de partida para la adecuada planificación de actividades lo que obliga a hacer referencia a ella en cuantas actividades, documentos de planificación y evaluación se desarrollen por los responsables de la gestión sanitaria.

3. Los responsables de la gestión sanitaria adoptarán todas aquellas medidas destinadas a que los establecimientos sanitarios sean centros promotores de la salud teniendo en cuenta las directrices emanadas de la Organización Mundial de la Salud. Con este fin desarrollarán un plan de promoción de la salud y rendirán cuentas periódicamente y al menos cada tres años de los objetivos alcanzados tal como reglamentariamente se disponga.

4. La gestión sanitaria está obligada a garantizar la máxima seguridad de los establecimientos sanitarios y de sus actividades, así como de la máxima garantía sobre la prevención de efectos de adversos así como de cualquier otro tipo de problemas de salud asociado a la estancia en esos establecimientos. Para ello, reglamentariamente se dispondrán las acciones esenciales comunes que deben implantarse así como los indicadores básicos que deben ser públicos.

Artículo 78. La gestión en atención primaria de salud.

1. La atención primaria de salud juega un papel principal en la implantación de acciones preventivas individuales, en las acciones de salud comunitaria colaborando con los programas de promoción de la salud y es referente para la población en el desarrollo de entornos y hábitos saludables, consecuentemente los responsables de la gestión sanitaria en este ámbito tienen la obligación de asegurar que las acciones de prevención y promoción reciben los recursos suficientes, técnicos, formativos y de disponibilidad temporal para asumir estas funciones en la forma dispuesta por la presente ley.

2. Las administraciones sanitarias garantizarán que en el ámbito de la gestión de atención primaria la realización de las acciones previstas en el artículo 74 estableciendo la oportuna coordinación con los servicios de salud pública. Asimismo, asegurarán que los distintos profesionales de los equipos realizan las tareas de acción familiar y comunitaria teniendo en cuenta el papel clave que debe jugar la enfermería junto con otros profesionales del equipo.

3. Las administraciones sanitarias garantizarán que en el ámbito de la gestión de atención primaria que las acciones de salud pública en el ámbito clínico y comunitario desarrollado por los equipos de atención primaria se implantan de acuerdo a los principios establecidos en el capítulo preliminar del título II. En caso de ausencia de garantías de aplicación de acuerdo a estos principios deberán suspenderlas y comunicarlo a sus autoridades sanitarias y a la población.

4. Los responsables de la gestión en atención primaria son garantes de que todas las acciones sanitarias implantadas apliquen los principios establecidos en el capítulo preliminar del título II de la presente ley.

5. A los responsables de la gestión de atención primaria y de acuerdo con los servicios de salud pública les corresponde la coordinación con las autoridades locales, a fin de implantar las acciones de prevención, protección y promoción de la salud mediante la consecución de entornos saludables en los municipios, especialmente en centro escolares y residencias, y otras políticas que inciden positivamente en los condicionantes sociales de la salud.

Artículo 79. La gestión hospitalaria en el Área de Salud.

1. La gestión hospitalaria fomentará aquellas acciones dirigidas a reducir todo tipo de riesgos promoviendo que el hospital sea un área saludable.

2. Acogidos al derecho de información de la ciudadanía de la presente Ley, la gestión hospitalaria publicará informes, en los que se verán reflejados los indicadores sobre el funcionamiento de los hospitales.

CAPÍTULO VII

Protección de la salud

Artículo 80. La protección de la salud.

1. Las intervenciones de la salud pública en materia de protección de la salud van dirigidas a la prevención de los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas.

2. Las intervenciones en materia de salud alimentaria se dirigen al control y vigilancia de los agentes mencionados que están presentes en los alimentos o que pueden ser vehiculados por éstos y están consideradas en la ley de seguridad alimentaria y nutrición (en trámite), por ello en el resto de este Capítulo se enuncian a modo descriptivo con el fin de dar una visión completa de la protección de la salud como uno de los ejes clave de la intervención en salud pública.

Artículo 81. Las intervenciones de protección de la salud.

1. Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias protegerán la salud de la población mediante actividades, servicios y el ejercicio de la autoridad sanitaria sobre los riesgos presentes en el medio y en los alimentos.

2. Con este fin, en el ámbito de los servicios de salud pública, se desarrollarán los servicios y actividades que permitan el control de los riesgos para la salud presentes en el conjunto de la población.

3. Las acciones de control sobre los objetos de riesgo para la salud se desarrollarán de acuerdo a los principios de colaboración y coordinación interadministrativa y gestión conjunta que garanticen la máxima eficacia y eficiencia.

4. El Ministerio de Sanidad y Política Social, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas y de acuerdo al principio de salud en todas las políticas, realizará un informe periódico de aquellas normas y actuaciones que sin detrimento relevante de su objetivo principal pueden

modificarse para asegurar una mejor salud de la población mediante modificaciones del entorno que lo hagan más seguro.

5. Los operadores económicos serán responsables del control de los riesgos para la salud relacionados con los procesos, productos y servicios de su actividad.

Artículo 82. Características de las intervenciones de protección de la salud.

1. Las intervenciones de protección de la salud garantizarán el análisis y control de los riesgos para la salud a través de acciones de asesoría sobre quien sea el responsable del riesgo y la aplicación de la normativa específica a través del control oficial.

2. El análisis del riesgo incluirá: la evaluación del riesgo, la gestión del riesgo y la comunicación del riesgo.

3. La evaluación del riesgo desarrollará actuaciones destinadas a identificar y valorar cualitativa y cuantitativamente los peligros y a considerar y caracterizar el riesgo para la salud de la población derivado de las características del entorno en el que vive y la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos procedente del medio, el lugar de trabajo o de los alimentos.

4. La gestión del riesgo englobará las actuaciones destinadas a evitar o minimizar un riesgo para la salud, con la selección y aplicación de las medidas de prevención y control más adecuadas, además de las reglamentarias.

5. La comunicación del riesgo asegurará el intercambio interactivo, a lo largo del proceso de análisis del riesgo, de información y opiniones relacionadas con los peligros y riesgos entre las personas, físicas o jurídicas, encargadas de la evaluación y las encargadas de la gestión, los consumidores, los representantes de la industria, la comunidad académica y demás partes interesadas.

Artículo 83. Análisis del riesgo.

1. Están sometidas a la evaluación del riesgo las situaciones derivadas de la exposición de las personas al entorno en el que viven y a los agentes físicos, químicos o biológicos presentes en el medio que puedan suponer un peligro para la salud.

2. Están sometidos a la gestión del riesgo y, por lo tanto, a las acciones de vigilancia y control sanitarios correspondientes:

a) Las condiciones con carácter general del entorno en el que viven las personas y que por sus características pueden suponer un riesgo de enfermedad o lesiones

b) Las condiciones higiénicas y sanitarias de los alimentos y bebidas, del agua de consumo público y de todas las sustancias relacionadas con la misma, en general. Y, especialmente, los procesos de producción, elaboración, captación, tratamiento, transformación, conservación, envasado, almacenaje, transporte, distribución y venta de estos elementos.

c) Las condiciones higiénicas y sanitarias de los sistemas de suministro de agua de consumo, de las industrias y establecimientos dedicados a actividades alimentarias y sus instalaciones, así como las de las personas manipuladoras de alimentos.

d) Las condiciones higiénicas y sanitarias en que se practica la venta de

alimentos, bebidas y agua.

e) Las condiciones higiénicas y sanitarias de los locales e instalaciones de concurrencia pública, así como de las actividades que se llevan a cabo en los mismos.

f) Las condiciones higiénicas y sanitarias de los edificios y lugares de vivienda y de las actividades que se llevan a cabo en los mismos.

g) Las condiciones del uso y la manipulación de productos químicos o biológicos que puedan afectar a la salud de las personas.

h) Las condiciones sanitarias de la gestión interna de los residuos sanitarios.

i) Las actividades e instalaciones de policía sanitaria mortuoria, incluido el traslado de cadáveres.

j) Los peligros que pueden derivar de los animales y de las plagas.

k) Las condiciones sanitarias derivadas de la contaminación del medio ambiente.

l) Las condiciones sanitarias derivadas de los residuos municipales e industriales.

Artículo 84. *Autorización sanitaria.*

1. Para las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias en que se realicen las actividades de protección de la salud a que se refiere el artículo 82 se precisa la previa autorización sanitaria de funcionamiento, de acuerdo con la normativa sectorial de aplicación. El contenido de la correspondiente autorización sanitaria y los criterios y requisitos para su otorgamiento han de regularse reglamentariamente, y, si procede, debe incluirse en la misma la acreditación de la suscripción de un seguro de responsabilidad civil a nombre del solicitante.

2. La autorización sanitaria a que se refiere el apartado anterior debe ser otorgada por las correspondientes autoridades sanitarias, de conformidad con sus respectivas competencias.

Artículo 85. *Los registros.*

Las Administraciones sanitarias, de conformidad con el ámbito competencial establecido y con lo que reglamentariamente se regule, han de constituir los registros necesarios para facilitar las tareas de control sanitario de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias o productos. Dichos registros, según la normativa vigente, deben garantizar la confidencialidad de los datos personales que contengan y deben ser establecidos y gestionados por las Administraciones sanitarias competentes en la materia, de conformidad con el ámbito competencial que tienen atribuido.

SECCIÓN 1.ª SANIDAD AMBIENTAL

Artículo 86. *De la sanidad ambiental.*

Las Administraciones públicas implantarán programas de sanidad ambiental coordinados por las Administraciones sanitarias para elevar el nivel de protección de la salud ante los riesgos derivados de los condicionantes ambientales, incluyendo tanto los efectos directos producidos por los agentes químicos, físicos y biológicos, como los efectos indirectos, sobre la salud y el

bienestar del entorno físico, social y estético considerado en su sentido más amplio.

Artículo 87. Funciones y actividades de la sanidad ambiental.

La sanidad ambiental tiene como funciones la identificación, la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud que puedan derivarse de los condicionantes ambientales; la vigilancia de los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico y de las situaciones ambientales que afectan o pueden afectar a la salud; así como la identificación de las políticas de cualquier sector que reducen los riesgos ambientales y maximizan las ganancias en salud al tiempo que alcanzan los objetivos esenciales para los que están diseñadas. Estas funciones se desarrollan mediante las siguientes actividades:

- a) Evaluar e identificar los efectos nocivos para la salud de los factores ambientales
- b) Determinar los riesgos para la salud que los factores ambientales pueden ejercer ante diferentes situaciones de exposición
- c) Establecer las medidas de prohibición, limitación o mitigación para evitar o disminuir, en su caso, los efectos nocivos de los factores ambientales sobre la salud.
- d) Asegurar que los laboratorios cuya actividad esté dedicada a la identificación y control de los factores ambientales incorporen, en cada caso, sistemas de garantía de calidad, acreditación o buenas prácticas de laboratorio
- e) Integrado en la Red Nacional de Vigilancia de Salud Pública, establecer un sistema de información y vigilancia de sanidad ambiental, que incluya la elaboración de mapas de riesgos ambientales
- f) Establecer los mecanismos de inspección y control sanitario de las instalaciones y establecimientos relacionados con factores ambientales.
- g) Reducir el impacto sobre la salud de las desigualdades por factores ambientales.
- h) Fomentar la formación de los profesionales de salud pública en el ámbito de la sanidad ambiental.
- i) Prestar especial atención los trabajos y las actividades relacionadas con la aparición de riesgos ambientales emergentes para la salud, en particular las asociadas al cambio climático.
- j) Fomentar los mecanismos que favorezcan la innovación tecnológica, con objeto de disminuir los riesgos identificados.
- k) Identificar indicadores de ganancia en salud ligados a las políticas ambientales que adicionalmente contribuyen a un desarrollo sostenible y respetuoso con el entorno.
- l) Fomentar las alianzas entre sectores y entidades cuyos objetivos contribuyen a reducir los riesgos ambientales y contribuyen a entornos saludables.
- m) Identificar herramientas para aplicar el principio de salud en todas las políticas.
- n) Fomentar e impulsar el acceso de la información al ciudadano en materia de sanidad ambiental.

Artículo 88. Actuaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social en sanidad ambiental.

1. La Autoridad Sanitaria se encargará de la implantación, el seguimiento, la evaluación y, en su caso, la ejecución, de las actuaciones y programas de salud ambiental relacionados con la protección de la salud en los ámbitos en que puedan poner en riesgo a la población que son competencia de la Administración General del Estado. Además, recogerá sistemáticamente la información necesaria para fundamentar las políticas de salud en los diversos campos.

2. Al Ministerio de Sanidad y Política Social le corresponde hacer efectiva la coordinación del Estado en materia de salud con las Administraciones públicas y los organismos competentes en el ejercicio de las actuaciones relacionadas con la prevención de riesgos y la protección de la salud relacionados con el medioambiente.

3. En este sentido, las acciones enumeradas en el apartado anterior se desarrollarán en el marco de coordinación interterritorial establecido por la Comisión Permanente de Salud Pública. Así como con las autoridades competentes en la regulación de los factores ambientales.

4. El Ministerio de Sanidad y Política Social desarrollará servicios estables que actuarán como centro de referencia nacional en los aspectos de la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud de la población derivados de los productos químicos, que actuará como órgano de apoyo técnico a las Administraciones y ostentará la representación nacional sanitaria en la Agencia de Seguridad Química Europea y los organismos internacionales relacionadas con el tema.

5. El Ministerio de Sanidad y Política Social desarrollará servicios estables de referencia sobre salud y cambio climático que coordinarán sus trabajos con los organismos internacionales.

6. En colaboración con las autoridades competentes, el Ministerio de Sanidad y Política Social elaborará un informe periódico que analice el estado de la salud ambiental y sus determinantes, integrando a tal fin la información procedente de los sistemas de información y vigilancia sobre prevención de riesgos y protección de la salud relacionados con el medioambiente, así como de cualquier otra fuente de datos sobre sanidad ambiental.

SECCIÓN 2.ª LA SALUD LABORAL

Artículo 89. Objeto de la salud laboral.

La salud laboral, que es la salud pública en el ámbito laboral, tiene por objeto elevar el nivel de protección de la salud frente a los riesgos derivados del trabajo.

Artículo 90. Funciones de la salud laboral.

La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral se desarrollará manteniendo el máximo grado de equidad efectiva y comprenderá los siguientes aspectos:

- a) Promover con carácter general la salud integral del trabajador.

b) Vigilar las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas, los factores de riesgo laborales y las enfermedades derivadas del trabajo.

c) Vigilar la salud de los trabajadores, individual y colectivamente, para detectar precozmente los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos.

d) Desarrollar los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos laborales.

e) Promover la información, formación y participación de los profesionales sanitarios, trabajadores y empresarios en cuanto a los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.

Artículo 91. *Actuaciones de las autoridades sanitarias en salud laboral.*

La autoridad sanitaria, de forma coordinada y cooperante con la autoridad laboral, y cualquier otra autoridad competente, llevará a cabo las siguientes actuaciones:

a) Valoración, identificación y prevención de los problemas de salud y de la exposición a riesgos laborales de los trabajadores.

b) Integrado en la vigilancia de salud pública y en el marco del Sistema Nacional de Salud, establecimiento de un sistema de información en salud pública y vigilancia en salud laboral, capaz de identificar los principales problemas de exposición y salud de los trabajadores, optimizar la capacidad de respuesta y aportar el conocimiento adecuado para la toma de decisiones en salud laboral.

c) Establecimiento de un sistema de indicadores para el seguimiento del impacto sobre la salud de las políticas relacionadas con el trabajo, fomentando la evaluación del impacto en salud como paso previo a su aplicación.

d) Elaboración de un mapa de riesgos laborales y daños para la salud de los trabajadores.

e) Vigilancia de la salud de los trabajadores en paro, o en cualquier otra situación de finalización de la relación laboral, en los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario.

f) Elaboración y evaluación de guías y protocolos de vigilancia sanitaria específica de los trabajadores expuestos a riesgos laborales.

g) Desarrollo de los programas de vigilancia de la salud post-ocupacional, de acuerdo a la legislación específica de prevención de riesgos laborales.

h) Fomento del máximo grado de calidad en las actividades en materia de salud laboral a realizar en las empresas y los servicios de prevención de riesgos laborales.

i) Autorización, evaluación y control de la actividad sanitaria de los servicios de prevención de riesgos laborales, la cual será considerada como actividad del Sistema Nacional de Salud a todos los efectos.

j) Establecimiento de los criterios y mecanismos necesarios para promover la máxima coordinación de los recursos sanitarios humanos y materiales de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y del Sistema Nacional de Salud.

k) Fomento y desarrollo de la promoción de la salud en el lugar de trabajo a través de la promoción de entornos favorables a la salud y a los hábitos de vida saludables.

l) Desarrollo de actividades para la reducción de desigualdades en salud en el seno de la empresa.

m) Impulso de la adecuada formación de los profesionales de la medicina y enfermería del trabajo, así como colaboración en su evaluación, en coordinación con las autoridades competentes en materia de educación.

n) Promoción de la formación en salud laboral de los profesionales sanitarios, tanto la formación inicial como la formación continuada, así como, la formación en salud laboral en el ámbito de las profesiones no sanitarias relacionadas con la salud laboral.

o) Elaboración y divulgación de estudios, investigaciones y estadísticas relacionados con la salud de los trabajadores.

p) Cualesquiera otras que promuevan la mejora en la vigilancia, promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de los problemas de salud derivados del trabajo.

Artículo 92. Actuaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social en materia de salud laboral.

1. El Ministerio de Sanidad y Política Social le corresponde hacer efectiva la coordinación del Estado en materia de salud con las Administraciones públicas y los organismos competentes en el ejercicio de las actuaciones, las prestaciones y los servicios de vigilancia, promoción y protección de la salud y de prevención de las enfermedades y los problemas de salud derivados del trabajo.

2. En este sentido, las acciones enumeradas en el apartado anterior se desarrollarán en el marco de coordinación interterritorial establecido por la Comisión Permanente de Salud Pública.

3. El Ministerio de Sanidad y Política Social actuará en estrecha coordinación con las autoridades laborales, educativas y cualquier otra autoridad competente, así como con los órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo y seguridad y salud en las empresas.

4. En colaboración con las autoridades laborales y otras autoridades competentes, elaborará un informe periódico que analice el estado de salud de la población trabajadora española y sus determinantes, integrando a tal fin la información procedente de los sistemas de información y vigilancia sobre salud laboral existentes, así como de cualquier otra fuente de datos sobre salud y seguridad en el trabajo. Asimismo, elaborará estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de enfermedades que puedan estar producidas o agravadas por el trabajo, por las características del trabajo o por la ausencia de este.

Artículo 93. Participación en salud laboral.

Los empresarios y trabajadores a través de sus organizaciones representativas participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral, en los distintos niveles territoriales.

CAPÍTULO VIII

Evaluación del impacto en salud de otras políticas

Artículo 94. *La evaluación del impacto sobre la salud.*

1. La presente ley establece las bases para la aplicación de la evaluación del impacto en salud, de acuerdo con el principio de salud en todas las políticas y con la finalidad de incorporar la protección y promoción de la salud en el diseño e implementación de las intervenciones sectoriales.

2. Las leyes, planes, proyectos y programas de las Administraciones públicas serán sometidos a una valoración previa mediante un cribado, con la finalidad de seleccionar aquellas actuaciones que tengan un impacto relevante sobre la salud y puedan beneficiarse de la realización de una EIS. Se regulará el modelo de cribado más pertinente, así como los criterios que deben determinar la realización de una EIS.

3. La evaluación del impacto en salud se implantará de forma que garantice la integración efectiva de los aspectos de salud en la implementación de las políticas públicas, sanitarias y no sanitarias que tienen una influencia establecida en el nivel de salud.

4. De acuerdo con los principios de salud pública enumerados en el Título Preliminar de esta Ley, la evaluación de impacto en salud se implantará considerando en todas sus procedimientos y resultados la búsqueda de una equidad efectiva reduciendo las desigualdades sociales en salud.

5. La evaluación de impacto en salud deberá prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población con el objetivo de la mejora de las intervenciones.

6. La aplicación de los principios de la evaluación de impacto en salud por parte de las autoridades competentes se basará en criterios de coordinación, cohesión, equidad, transparencia, participación social y uso de las mejores pruebas científicas disponibles.

Artículo 95. *Ámbito.*

1. Serán sometidos a evaluación de impacto en salud, las normas legales, políticas, planes, programas y proyectos seleccionados, por tener un impacto significativo en la salud, en los términos previstos en esta Ley y que cumplan los dos requisitos siguientes:

- a) Que se elaboren o aprueben por una Administración pública.
- b) Que su elaboración y aprobación venga exigida por una disposición legal o reglamentaria o por acuerdo del Consejo de Ministros o del Consejo de Gobierno de una Comunidad Autónoma.
- c) Que se estime necesario y así lo decida la Administración sanitaria competente de forma pública y motivada tras el proceso de revisión estandarizado.

La realización de la evaluación de impacto en salud se llevará a cabo sin perjuicio de la legislación vigente en otras materias ya reguladas como la Ley 6/2001, de 8 de mayo, de modificación del Real Decreto Legislativo 1302/1986, de 28 de junio, de Evaluación de Impacto Ambiental de Proyectos, la Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre Medidas para Incorporar la Valoración del Impacto de Género en las Disposiciones Normativas que elabore el Gobierno, la Ley 27/2006, de 18 de julio, por la que se regulan los Derechos de Acceso a la Información, de Participación Pública y de Acceso a la Justicia en Materia de

Medio Ambiente y otras normativas que tengan un impacto directo en la evaluación de impacto en salud.

2. Se realizará la evaluación de impacto en salud cuando, tras valorar su necesidad, así lo decida.

Artículo 96. *Competencias.*

1. Las Administraciones públicas sanitarias establecerán los criterios que faciliten la decisión sobre qué normas legales, planes, proyectos y programas deben ser sometidos a una evaluación de impacto en salud parcial o completa.

2. Las autoridades sanitarias de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas en su ámbito de competencia, serán responsables de:

a) Elaborar la estrategia de evaluación de impacto en salud con los más elevados niveles de participación y transparencia.

b) Promover el conocimiento, la aceptación y el uso de la evaluación de impacto en salud por sectores no sanitarios cuyas intervenciones tienen un impacto sobre la salud.

c) Difundir la aplicación metodológica y los valores añadidos que aporta la evaluación de impacto en salud en salud pública.

d) Coordinar las estrategias más efectivas para la aplicación flexible y progresiva de la evaluación de impacto en salud.

e) Promover la investigación, formación y la educación en evaluación de impacto en salud, desarrollando las capacidades teóricas, instrumentales y técnicas para realizar estudios sobre intervenciones políticas con la finalidad de evaluar sus impactos en la salud.

f) Regular el marco legislativo que permita acreditar las entidades públicas y privadas que podrán realizar la evaluación de impacto en salud.

3. Para alcanzar estos objetivos se faculta al Ministerio de Sanidad y Política Social para que forme una red de expertos en evaluación de impacto en salud y con su concurso pueda proveer los siguientes servicios:

a) Proporcionar asesoría técnico-científica a los organismos públicos y privados en el ámbito de su competencia;

b) Brindar capacitación especializada para la implantación de la evaluación de impacto en salud;

c) Realizar y coordinar la evaluación de impacto en salud cuando las leyes, políticas, planes, proyectos y programas superen el límite geográfico de una Comunidad Autónoma;

d) Desarrollar la coordinación internacional en evaluación del impacto en salud.

4. La Administración General del Estado y las de las Comunidades Autónomas adoptarán las medidas legislativas y organizativas que consideren más adecuadas para ejercer de forma efectiva estas competencias.

CAPÍTULO IX

Sanidad exterior y salud internacional

Artículo 97. Finalidad de la sanidad exterior.

1. La sanidad exterior, como competencia exclusiva del Estado de acuerdo con el Artículo 149.6 de la Constitución Española y con arreglo a lo dispuesto en el artículo 38.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, tiene la responsabilidad de:

a) Organizar y garantizar la prestación y calidad de los servicios realizados en los puestos de inspección fronteriza y los controles sanitarios realizados en las fronteras españolas, los medios de transporte internacionales así como la atención del tránsito internacional de viajeros y la mejora de los servicios de vacunación internacional prestados por la Administración General del Estado.

b) Prevenir, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional y el Convenio Internacional sobre la Armonización de los Controles de Mercancías en las Fronteras, la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle respuesta proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencia innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

c) Articular una red de vigilancia de sanidad exterior tal como se dispone en el artículo 49 de la presente ley.

2. Lo dispuesto en el presente capítulo se entiende sin perjuicio de las competencias que en materia de relaciones internacionales corresponden al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

Artículo 98. Actuaciones de sanidad exterior.

1. La sanidad exterior realizará todas las actuaciones necesarias en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros a fin de garantizar la salud pública y cumplir con la legislación nacional e internacional.

2. Se realizarán las siguientes funciones:

a) Control y vigilancia higiénico-sanitaria en puertos, aeropuertos y puestos fronterizos tanto en situaciones rutinarias como ante emergencias que puedan constituir una emergencia de salud pública a nivel nacional como internacional.

b) El personal funcionario de sanidad exterior responderá ante cualquier evento que pueda suponer un riesgo de salud pública en las fronteras españolas, desempeñando el papel de "agente de la autoridad" y coordinando la respuesta con las distintas Administraciones sanitarias a nivel nacional. Así mismo colaborará con las autoridades competentes de otros países y con los organismos sanitarios internacionales, especialmente con la Organización Mundial de la Salud, tal y como queda establecido en el Reglamento Sanitario Internacional

c) Control y vigilancia de las condiciones higiénico-sanitarias en el tráfico internacional de:

1º. Personas, garantizando una asistencia equitativa en la atención preventiva e integral a los viajeros internacionales.

2º. Cadáveres y restos humanos.

3º. Animales y sus productos, sin perjuicio de las competencias del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino.

4º. Mercancías, sin perjuicio de las competencias de los Ministerios de Economía y Hacienda, de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino y de Industria, Turismo y Comercio, en cuanto a control de calidad, incluyendo productos alimenticios y alimentarios, y otras mercancías susceptibles de poner en riesgo la salud pública.

5º. Medios de transporte internacionales.

d) Todas aquellas actividades concordantes que se determinen en el futuro.

Artículo 99. De la actuación de sanidad exterior.

1. Los servicios de sanidad exterior podrán actuar de oficio o a petición de parte, según corresponda y convenientemente acreditados e identificados, para llevar a cabo las inspecciones que sean pertinentes. Así mismo podrán requerir la presentación de las autorizaciones de funcionamiento y las certificaciones que sean necesarias, en todo lo relacionado con las actuaciones de inspección e higiénico-sanitarias que estén establecidas como reglamentarias y con la periodicidad que legalmente esté estipulada.

2. Cuando, tras las correspondientes inspecciones, se detecte incumplimiento de las normas higiénico-sanitarias, los servicios de sanidad exterior actuarán en consecuencia que, dependiendo de la gravedad de las anomalías detectadas, consistirán en la adopción, en un plazo determinado, de medidas higiénico-sanitarias (limpieza, desinfección, cloración, desinsectación, etc.) o el rechazo o la destrucción de la mercancía, o la actuación inmediata si la situación lo requiere que, incluso, podría dar lugar a la paralización de actividades de la instalación o medio de transporte inspeccionado si la gravedad de los riesgos para la salud lo hiciera necesario, todo ello de acuerdo con las normas nacionales e internacionales en vigor.

Artículo 100. La salud pública en salud internacional y sus objetivos.

1. El Gobierno de España desarrollará funciones que contribuyan a potenciar la seguridad sanitaria internacional y a la mejora de la salud global proporcionales a su posición en la escena internacional y de acuerdo a los principios generales de intervención en salud pública enunciados en el capítulo preliminar del título II de la presente ley.

2. El Gobierno de España desarrollará acciones para el refuerzo de los organismos internacionales competentes en salud, y transmitiendo a éstos los valores y principios del Sistema Nacional de Salud y los enunciados en esta ley.

3. España impulsará su presencia e influencia en la elaboración de la agenda internacional de salud global basándose en los valores mencionados en el punto anterior, buscando la transparencia y rendición de cuenta de las políticas e intervenciones implantadas y fomentando la implicación de la sociedad española en los asuntos de equidad y salud global.

4. Las acciones de salud global desarrolladas por España tendrán como propósito esencial la mejora de la salud y equidad mundiales.

5. La evaluación del impacto en salud y equidad es obligatoria para todas las acciones en salud internacional y salud global.

6. Todos los fondos destinados a cooperación sanitaria requerirán rendición de cuentas periódica, al menos cada tres años de las asignaciones y efectos esperados.

Artículo 101. Funciones de salud internacional.

1. La contribución a la seguridad sanitaria y a la salud global de acuerdo al papel de España en la escena Internacional requiere las siguientes funciones:

- a) Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.
- b) Disponibilidad de un sólido sistema de inteligencia en salud global que permita un análisis de las tendencias de los problemas de salud global y de sus condicionantes, así como la detección de las amenazas a la seguridad sanitaria.
- c) Desarrollo de la capacidad de respuesta a inmediata así como a medio y largo plazo.
- d) Disponibilidad de grupos operativos de intervención sanitaria enlazados y de una red de expertos en salud global.
- e) Cooperación sanitaria enmarcada en la cooperación al desarrollo y basada en las capacidades, valores y principios del Sistema Nacional de Salud y la salud pública.
- f) Cooperación sanitaria basada en el capital humano del Sistema Nacional de Salud, en las capacidades formativas del Sistema Nacional de Salud y el sistema universitario español y con perspectiva de salud pública.
- g) Defensa de los fines y principios de la cooperación sanitaria española en las organizaciones internacionales sanitarias y relacionadas mediante un adecuado equilibrio diplomático técnico destacando personal técnico permanente que será obligatorio cuando las donaciones de España sean de una magnitud superior a los tres millones de euros y serán financiados como parte de la estrategia de cooperación con cargo a los mismos fondos.

Artículo 102. Funciones del Ministerio de Sanidad y Política Social en salud global.

En materia de salud global el Ministerio de Sanidad y Política Social ejercerá las siguientes funciones:

- a) Realizará las acciones de salud internacional y salud global relacionadas con la salud pública y es el centro de enlace para el intercambio de cualquier información intencional de interés en salud pública además de las mencionadas en el artículo anterior.
- b) Mantendrá información permanente de riesgos para la salud de carácter internacional e informar a los organismos de la Administración General del Estado competentes en materia de protección civil y coordinación de emergencias.
- c) Realizará informes periódicos, como mínimo anuales y siempre que sea requerido por el Gobierno sobre la evolución y determinantes de la salud global y las implicaciones para España.
- d) Informará sobre las estrategias de cooperación sanitaria idóneas en áreas concretas de interés para el Gobierno de España.
- e) Evaluará el impacto en salud de las intervenciones sanitarias en salud internacional y salud global de las Administraciones públicas y podrá realizarlo para otras organizaciones.

f) Creará las unidades de intervención en salud pública internacional como agrupaciones de sanitarios que recibirán formación y adiestramiento específico para actuar ante necesidades sanitarias de emergencia o de cooperación concreta en materia de salud pública de corta duración y cuyo funcionamiento se reglamentará.

g) Propondrá expertos en salud pública que ostentarán la representación en materia de salud pública ante organismos internacionales y los expertos destacados en las instituciones internacionales.

h) Establecerá una red de centros de salud internacional y global en España capaz de colaborar en las acciones antes mencionadas y establecerá los requisitos de acreditación.

i) Establecerá una red de profesionales sanitarios y equipos a través de la Comisión Permanente de Salud Pública y de otros órganos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que estén en disposición de cooperación sanitaria inmediata que coordinará con otros departamentos de la Administración General del Estado, con las Comunidades Autónomas y con organizaciones ciudadanas a fin de poder responder a emergencias sanitarias de especial magnitud en cualquier lugar del mundo. Las características de la red serán establecidas reglamentariamente.

j) Para cumplir con los fines y funciones enunciados en los puntos anteriores, creará servicios específicos y estables en salud internacional que actuarán como centro de referencia nacional e internacional en esta materia.

Artículo 103. La aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

1. La Autoridad Sanitaria estatal será el Centro Nacional de Enlace para la comunicación continua con la Organización Mundial de la Salud.

2. La Autoridad Sanitaria estatal como Centro Nacional de Enlace mantendrá la capacidad nacional imprescindible para cumplir con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional lo que obliga a mantener recursos materiales y humanos activos durante 24 horas.

3. La autoridad sanitaria española es responsable de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y las autoridades sanitarias de Comunidades Autónomas co-responsables en la medida de que están obligadas a comunicar al Ministerio de Sanidad y Política Social todos los eventos susceptibles de comunicación de acuerdo al Reglamento mencionado.

CAPÍTULO X

Prestación de salud pública

Artículo 104. Prestación en salud pública.

1. Las diferentes Administraciones sanitarias proveerán un conjunto de servicios organizados de carácter colectivo, social o individual. Su finalidad será mantener, proteger y mejorar la salud de los individuos, de grupos sociales específicos o del conjunto de la población, en el marco competencial respectivo y en función de sus recursos y modelos organizativos característicos, de acuerdo con los principios generales que informan la presente ley.

2. La prestación en salud pública incluirá asimismo, y con carácter general, todas aquellas actuaciones singulares o medidas especiales que, en materia de

salud pública, resulte preciso adoptar por las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones públicas, dentro del ámbito de sus competencias, cuando circunstancias sanitarias de carácter extraordinario o situaciones de especial urgencia o necesidad así lo exijan, y la evidencia científica disponible las justifique.

3. La prestación en salud pública comprende actuaciones relativas a:

a) La información sanitaria, la vigilancia en salud pública y los sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante emergencias en salud pública.

b) La defensa de los fines, principios y objetivos de la salud pública,

c) La protección de la salud, evitando los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y bienestar de las personas.

d) La promoción de la salud, a través de programas intersectoriales y transversales.

e) La prevención de las enfermedades, deficiencias y lesiones.

f) La protección y promoción de la sanidad ambiental.

g) La protección y promoción de la seguridad alimentaria.

h) La vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.

i) La contribución a la salud internacional.

j) La protección y promoción de la salud laboral.

k) La garantía de la seguridad de los productos o sustancias de consumo público, agentes o elementos presentes en el medio ambiente y otros tipos de muestras con incidencia en la salud pública a través de la red de laboratorios de salud pública.

l) El ejercicio de la autoridad sanitaria, a través del control del cumplimiento de la legislación, criterios y estándares sanitarios, y la supervisión, evaluación y actualización de normas, reglamentos y protocolos.

m) El ejercicio de la autoridad sanitaria en la aplicación de los principios generales de acción en salud pública.

n) Con carácter general, a cualquier aspecto relacionado con la situación o condiciones sanitarias de individuos o grupos que se estimen útiles o necesarias para preservar o promover la salud y el bienestar de la población general.

4. Las distintas Administraciones garantizarán el acceso de todos los ciudadanos a la prestación en salud pública reconocida en la presente ley, que sea de su competencia y en condiciones de equidad efectiva, con independencia del lugar del territorio nacional en que se encuentren en cada momento. Las prestaciones de salud pública tienen carácter universal.

5. Las actuaciones y servicios que conforman la prestación en salud pública se adecuarán, en todo caso, a los principios generales de intervención en salud pública enunciados y definidos en la presente ley.

6. La prestación en salud pública será proporcionada por las Administraciones públicas competentes mediante cualquiera de las formas de gestión admitidas en derecho y se hará efectiva, en todo caso, a través de la cartera de servicios comunes de salud pública del Sistema Nacional de Salud y, en su caso, de los eventualmente incorporados de manera complementaria en la cartera de servicios aprobada, en el ámbito de sus competencias, por cada comunidad autónoma.

7. La prestación en salud pública se ejercerá, con carácter intersectorial, para todas aquellas estructuras externas al Sistema Nacional de Salud que tengan actuaciones implicadas en las prestaciones reseñadas, y con carácter de integralidad, desde los servicios, dispositivos y estructuras de salud pública de distinta naturaleza de las diferentes Administraciones, así como desde la infraestructura de atención primaria y de otros servicios del Sistema Nacional de Salud para aquellos programas de salud pública incluidos en su cartera de servicios y aplicados a nivel individual por los profesionales de dicho nivel asistencial.

Artículo 105. *La cartera de servicios.*

1. La prestación de salud pública se hará efectiva mediante la cartera de servicios de las Administraciones y organizaciones competentes en materia de salud pública.

2. La cartera de servicios comunes de salud pública del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de actividades, servicios, tecnologías y procedimientos mediante los cuales se hace efectiva la prestación en salud pública, en los términos previstos en la presente ley. Tendrá un carácter dinámico, debiendo estar permanentemente adaptada al conocimiento y evidencia científicos disponibles, a fin de dar adecuada respuesta a las necesidades, nuevos problemas y retos de salud de los individuos, grupos sociales y población general.

3. El Ministerio de Sanidad y Política Social establecerá dentro de su marco competencial de salud pública la cartera de servicios común que reconocerá obligatoriamente.

4. Las Comunidades Autónomas dentro de su ámbito competencial podrán establecer su propia cartera que incluirá como mínimo la cartera de servicios común del Sistema Nacional de Salud.

5. Las Comunidades Autónomas informarán anualmente de su cartera de servicios, que se atenderá a lo indicado en el artículo 105 de esta ley, a la Comisión Permanente de Salud Pública y siempre que practiquen una modificación de la misma.

6. La cartera de servicios de salud pública del Sistema Nacional de Salud se actualizará mediante orden del Ministro/a competente en materia de Sanidad, previo informe de la Comisión Permanente de Salud Pública.

La Comisión Permanente de Salud Pública es el organismo encargado de evaluar periódicamente la cartera de servicios común, debiendo incluir las prestaciones que hayan demostrado las condiciones oportunas según los principios establecidos en esta ley y eliminar las prestaciones que se hayan mostrado inseguras, inefectivas o no reúnan los principios mencionados. A estos efectos recabarán la colaboración que sea necesaria de otros organismos estatales o autonómicos.

TÍTULO III

La organización de la salud pública

CAPÍTULO I

Órganos para el gobierno de la Salud Pública

Artículo 106. La organización de la salud pública.

1. La organización de la salud pública estará compuesta por los siguientes órganos:
 - a) Ministerio de Sanidad y Política Social
 - b) El Consejo Estatal de Salud Pública.
 - c) El Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud y su órgano de coordinación de salud pública la Comisión Permanente de Salud Pública
 - d) El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades.
 - e) El Comité Asesor de Salud Pública.
 - f) La Red Española de Expertos en Salud Pública
 - g) Los órganos e instituciones de las Comunidades Autónomas.
 - h) Organización de la salud pública en el municipio.

Artículo 107. Ministerio de Sanidad y Política Social

1. Al Ministerio de Sanidad y Política Social le corresponde la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección a la salud.

2. Para la consecución de sus objetivos, el Ministerio de Sanidad y Política Social ejercerá las funciones siguientes:

a) La coordinación y desarrollo de estrategias de actuación de vigilancia en salud pública, en coordinación con los servicios de las Comunidades Autónomas.

b) La coordinación, con otros organismos públicos, del control sanitario en el área de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud ambiental y laboral, productos biológicos y aquellos potencialmente peligrosos para la salud pública, en particular en lo relativo a la emisión de informes y dictámenes científico-técnicos, labores de vigilancia, conservación de patrones internacionales y la preparación y conservación de patrones nacionales.

c) La colaboración en las políticas y actividades relativas a la formación especializada en salud pública que impulsan y coordinan las distintas Administraciones, universidades, otros organismos de investigación y sociedades científicas, con especial incidencia en la formación sanitaria especializada en medicina preventiva y salud pública, así como las vinculadas a la Escuela Nacional de Sanidad, la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y las relacionadas con la medicina preventiva y la salud pública en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria.

d) La evaluación de los efectos de los factores ambientales sobre la salud humana.

e) La realización de las actividades relacionadas con la protección de la salud derivadas de la aplicación del Reglamento (CE) 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH).

- f) La determinación de los criterios de clasificación, envasado y etiquetado de sustancias y mezclas de químicos.
- g) La evaluación del riesgo para la salud humana de biocidas.
- h) La evaluación de la peligrosidad de los productos fitosanitarios.
- i) La acreditación y coordinación de los laboratorios de referencia en salud pública.
- j) El establecimiento de los estándares de calidad y de eficiencia social de las políticas, intervenciones o acciones en salud pública, y la medición de los indicadores de cumplimiento de la Estrategia Estatal de Salud Pública.
- k) La coordinación de las actuaciones en materia de salud pública, especialmente con los organismos ejecutivos de inspección y control especializados en salud pública, dependientes de los diversos departamentos de la Administración General del Estado, otros organismos y con los entes locales.
- l) La coordinación de todos los grupos de trabajo técnico que den servicio a la Comisión Permanente de Salud Pública.
- m) La actuación como centro de referencia nacional e internacional en salud pública.
- n) La dirección y la gestión de los centros y servicios de salud pública que le sean confiados.
- o) La coordinación con los organismos de investigación de la Administración General del Estado.
- p) El fomento, en colaboración con los organismos responsables, las universidades y los centros de investigación, de la competencia de los profesionales y de la investigación en salud pública.
- q) Cuantas otras acciones cuyo detalle se establece en otros títulos de la presente ley.

Artículo 108. Creación y composición del Consejo Estatal de Salud Pública.

1. Se crea el Consejo Estatal de Salud Pública, órgano consultivo en el que están representados los diversos departamentos de la Administración General del Estado cuyas políticas inciden en la salud, y aquellas otras Administraciones, organismos y organizaciones que aseguren una adecuada gobernanza del sistema.
2. El Consejo Estatal de Salud Pública lo preside el Ministro/a competente en materia de Sanidad.
3. La composición y funcionamiento del Consejo Estatal de Salud Pública se determinará reglamentariamente pero incluirá al menos la siguiente representación:
 - a) Los presidentes de la comisiones de sanidad del Congreso y Senado.
 - b) Del Ministerio de Sanidad y Política Social.
 - c) De la Administración General del Estado representación con rango de Secretario de Estado de entre aquellas áreas que más impacto tengan en la salud de la población y que cubran al menos lo siguiente: Educación, Empleo, Economía, Ordenación del territorio, Movilidad, Medio Ambiente, Tráfico, Industria, Investigación, Vivienda y Agricultura.
 - d) De las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla que ejerzan las competencias en salud pública. La representación será rotatoria, al

menos un tercio de la representación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y con la máxima representación.

e) Representación de la Federación Española de Municipios y Provincias y de las redes de municipios que trabajen específicamente en salud.

f) Representación de la sociedad civil, incluyendo representantes de las asociaciones científicas y profesionales relacionadas con la salud pública, agentes sociales, organizaciones sin ánimo de lucro

g) Del Consejo Asesor en Salud Pública.

h) De personalidades que por su actividad pública muestren interés y puedan influir para la implantación de políticas y acciones que mejoren la salud de la población.

Artículo 109. Funciones y competencias del Consejo Estatal de Salud Pública.

1. Establecer los principios que deben guiar la Estrategia Estatal de Salud y Equidad en todas las Políticas y cualquier otra acción para la gobernanza de la salud pública.

2. Proponer al Gobierno de Nación la Estrategia Estatal de Salud y Equidad en todas las Políticas para su aprobación y monitorizarla.

3. Aprobar el Informe de Salud y Equidad en todas las Políticas de España antes de presentarlo en las cámaras parlamentarias y recomendar los cambios que fuesen oportunos en futuros informes.

4. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud consultará al Consejo Estatal de Salud Pública para la aprobación de aquellas políticas en materia de salud pública de carácter sanitario que puedan requerir la acción sinérgica de políticas en otros departamentos.

Artículo 110. Estrategia Estatal de Salud Pública.

1. La Estrategia tiene por finalidad fundamental asegurar que la salud y la equidad se consideren en todas las políticas y legislación relevante del gobierno así como facilitar la acción intersectorial por la salud mediante la identificación de las áreas de acción preferente de diversos departamentos y su ejecución.

2. La Estrategia definirá las áreas de acción en el ámbito de las competencias estatales dirigidas a los principales factores determinantes de la salud e influirá para la adopción de políticas similares en los otros ámbitos competenciales, identificará sinergias con políticas de otros departamentos y favorecerá una economía sostenible. Así mismo la Estrategia Estatal de Salud Pública incorporará las acciones de carácter singular e innovador que se desarrollen por las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales o por otros agentes.

3. Contará con un presupuesto específico asignado a los Departamentos que desarrollen acciones que incidan en la salud con este fin y al Ministerio de Sanidad y Política Social que planificará y dará apoyo técnico a las acciones de carácter intersectorial que bajo el principio de equidad y salud en todas las políticas se desarrollen.

4. La Estrategia Estatal de Salud Pública tendrá una evaluación periódica y adaptada en base a los resultados obtenidos y las necesidades detectadas durante el periodo de vigencia. El seguimiento de su desarrollo será

monitorizado por el Consejo Estatal de Salud Pública que rendirá cuenta de sus resultados al Gobierno de España.

5. Antes de tres años después de la promulgación de esta ley, el Ministerio de Sanidad y Política Social, escuchada la Comisión Permanente de Salud Pública y otros agentes del sistema propondrá al Consejo Estatal de Salud Pública la Estrategia Estatal de Salud Pública, que tras su revisión y aprobación, será remitida al Gobierno para su definitiva aprobación. Sus propuestas vinculan al Gobierno y tendrá duración quinquenal.

CAPÍTULO II

El Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud y sus órganos de coordinación de salud pública.

SECCIÓN ÚNICA. COMISIÓN PERMANENTE DE SALUD PÚBLICA

Artículo 111. *Creación de la Comisión Permanente de Salud Pública*

Se crea la Comisión Permanente de Salud Pública como órgano colegiado adscrito al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Artículo 112. *Objeto.*

La Comisión Permanente de Salud Pública es el órgano especializado de asesoramiento al Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud, para garantizar la cohesión y equidad de las políticas, actividades y prestaciones de la salud pública, y su integración en todas las políticas con impacto en salud, con el objeto de velar por el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, así como para el seguimiento ordinario de las funciones que en materia de salud pública le sean encomendadas por el Pleno.

Artículo 113. *Composición.*

1. La Comisión Permanente de Salud Pública estará constituida por los representantes designados por las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, y será presidida por el responsable de salud pública del Ministerio de Sanidad y Política Social.

2. Se podrán incorporar otros representantes de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas cuando los asuntos a tratar así lo requieran.

Artículo 114. *Funciones.*

1. La Comisión Permanente de Salud Pública además de las funciones establecidas en otros capítulos de esta ley y las que le sean encomendadas por el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud, conocerá, debatirá y en su caso emitirá recomendaciones sobre las siguientes materias:

a) En relación con funciones esenciales:

1º. El establecimiento de prestaciones sanitarias comunes y las complementarias por parte de las Comunidades Autónomas.

2º. El uso tutelado, de conformidad con el artículo 22 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3º. La ordenación de los servicios de referencia de la salud pública: vigilancia, promoción de la salud, protección de la salud y prevención.

4º. Los criterios que aseguren la homogeneidad, accesibilidad, seguridad e interoperabilidad de los sistemas de información de salud pública.

5º. Los criterios para la elaboración y evaluación de las políticas de calidad elaboradas en el marco de las intervenciones en materia de salud pública.

6º. La declaración de la necesidad de realizar las actuaciones coordinadas en materia de salud pública a las que se refiere la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

7º. Cualquier otra función que le atribuya ésta u otras disposiciones.

b) En relación con funciones de planificación y evaluación en salud pública:

1º. Los planes y programas sanitarios, especialmente los que se refieren a las intervenciones que impliquen a todas o a una parte de las Comunidades Autónomas.

2º. Los criterios básicos de acreditación de las intervenciones en salud pública.

3º. La evaluación de las intervenciones.

4º. En materia de planificación y evaluación cualquier otra función que le atribuya ésta u otras disposiciones.

c) En relación con funciones de coordinación:

1º. Los asuntos en materia de salud pública para conformar, de manera coordinada, la voluntad del Estado en el seno de la Unión Europea en estas materias, así como coordinar la implantación en el Sistema Nacional de Salud de las medidas, decisiones y orientaciones adoptadas en las Comunidades Europeas.

2º. Los criterios para coordinar los programas de control de calidad y seguridad en el ámbito de todas las intervenciones.

3º. Informar sobre los acuerdos sanitarios internacionales por los que se colabore con otros países y organismos internacionales en las materias a las que se refiere el artículo 39 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

4º. En general, coordinar aquellos aspectos relacionados con la salud pública que dispongan las leyes o que, de acuerdo con su naturaleza, precisen de una actuación coordinada de las Administraciones públicas.

d) En relación con funciones de cooperación:

1º. Los acuerdos entre las distintas Administraciones sanitarias para conseguir objetivos de común interés de todos los servicios de salud pública.

2º. Los criterios de salud pública para el desarrollo de programas con impacto en salud que integren acciones de cooperación.

3º. En general, todos aquellos asuntos que los miembros del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud consideren de interés general para el conocimiento y la colaboración en el seno del Consejo.

e) Además la Comisión emitirá informes sobre:

1º. Las prestaciones de salud pública para incorporar o suprimir del Catálogo de Prestaciones de del Sistema Nacional de Salud, así como su actualización.

2º. Los planes integrales de desarrollo de políticas transversales cuando afecten aspectos de la salud pública, que tendrán un carácter preceptivo

3º. La inclusión en el catálogo de prestaciones de las aplicaciones preventivas que tengan los procedimientos o productos diagnósticos, terapéuticos o de otra índole.

Artículo 115. *Régimen de funcionamiento.*

1. La Comisión Permanente de Salud Pública se reunirá, al menos, una vez cada trimestre.

2. Su régimen de funcionamiento será establecido por el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO III El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades, el Comité Asesor en Salud Pública y la Red Española de Expertos en Salud Pública.

Sección Primera. Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades

Artículo 116. *Configuración.*

1. El Centro de Análisis y Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades asegura las acciones de asesoramiento técnico y científico y las labores que le comisione para órganos del Ministerio de Sanidad y Política Social, de la Administración General del Estado y otras Administraciones, instituciones o entidades interesadas.

~~2.~~ Dependerá estructuralmente del Ministerio de Sanidad y Política Social,

3. El funcionamiento del Centro se basará en el uso de las tecnologías con funcionamiento en red pues sus funciones principales las realizan grupos de expertos que pueden trabajar a distancia.

1. Incorporarán las experiencias españolas en establecimiento de medidas preventivas basadas en pruebas científicas.

4. El Centro de Análisis y Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades incorporará las experiencias desarrolladas en España en la valoración de acciones preventivas y de promoción de salud basadas en pruebas científicas en la línea de las desarrolladas en atención primaria de salud.

5. El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades se organizará de acuerdo a lo que reglamentariamente se establezca.

6. Se incorpora al Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades la Red Española de Expertos en Salud Pública cuya naturaleza y funciones se describen en esta Ley.

Artículo 117. *Funciones.*

1. Evaluar e informar las políticas públicas que tengan impacto en la salud.
2. Asesorar, previo a su aplicación, al Ministerio de Sanidad y Política Social y a la Comisión Permanente de Salud Pública y sus órganos dependientes sobre las pruebas científicas y la eficiencia social que fundamentan las diversas actuaciones en salud pública, abarcando desde las acciones aplicadas al individuo a las aplicadas a poblaciones.
3. Informar sobre los estándares de calidad de las intervenciones y acciones preventivas, tanto las aplicadas a la población en su conjunto como las aplicadas al individuo.
4. Proveer asistencia técnica en materias de salud pública de competencia estatal.
5. Asesorar a la Administración General del Estado en materia de políticas que afecten a la salud pública nacional o internacional.
6. Realizar las tareas técnico científicas que se desprenden de las diversas actuaciones en salud pública derivadas de lo establecido en la presente ley.

Sección Segunda. Comité Asesor en Salud Pública

Artículo 118. Comité Asesor en Salud Pública.

1. Se crea el Comité Asesor de Salud Pública como órgano consultor sobre los aspectos técnicos y científicos de la salud pública.
2. El Comité Asesor de Salud Pública está formado por personas expertas y de reconocida solvencia en el ámbito de la salud pública, nombradas por el responsable de salud pública del Ministerio de Sanidad y Política Social para un periodo determinado.
3. Corresponden al Comité Asesor de Salud Pública las siguientes funciones:
 - a) Asesorar al Ministerio de Sanidad y Política Social en las cuestiones relacionadas con la salud pública, así como al resto de la Administración General del Estado y a la Comisión Permanente de Salud Pública.
 - b) Emitir dictámenes sobre aspectos relacionados con la salud pública que le encomiende el Ministerio de Sanidad y Política Social

Los miembros del Comité Asesor de Salud Pública deben ejercer sus funciones con imparcialidad e independencia, deben guardar reserva sobre las deliberaciones y decisiones que se adopten y atenerse a lo dispuesto en esta ley sobre acuerdo y colaboración en salud pública y sobre principios de acción en salud pública.

A dichos efectos, los miembros del Comité Asesor de Salud Pública están obligados a registrar la correspondiente declaración de intereses.

4. El Ministerio de Sanidad y Política Social establecerá el sistema de designación y los requisitos que deben cumplir los miembros del Comité Asesor de Salud Pública, su organización y sus normas de funcionamiento.

Sección Tercera. Red Española de Expertos en Salud Pública.

Artículo 119. Creación y naturaleza de la Red Española de Expertos en Salud Pública.

1. Se crea la Red Española de Expertos en Salud Pública que integra expertos procedentes de todos los ámbitos relevantes científico técnicos de salud pública y áreas relacionadas, incluyendo los expertos en prevención en atención primaria.

2. La Red Española de Expertos en Salud Pública será coordinada por el Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades y su organización y funcionamiento serán determinados por el reglamento de este Centro.

3. La Red Española de Expertos en Salud Pública tiene por objeto principal aglutinar la mejor inteligencia y experiencia posible en salud pública para ponerla a disposición de la sociedad española en el lugar o en la acción en la que sea más necesaria.

4. La Red Española de Expertos en Salud Pública se constituye en un capital científico técnico de excelencia en salud pública que propicia la cohesión territorial de la acción de salud pública y favorece la calidad de la cooperación española en salud internacional.

5. Los expertos tendrán dos perfiles principales no excluyentes, un perfil académico y científico de excelencia y un perfil profesional acreditado.

6. Los expertos pueden proceder de cualquier ámbito o institución incluyendo la Administración pública, universidad, centros de investigación, etc. Los expertos cuyo perfil sea profesional, serán trabajadores de los servicios públicos de salud pública o relacionados con ella, particularmente la atención primaria de salud.

7. Los expertos en salud pública serán profesionales que en el caso de académicos se acreditará la excelencia mediante los procedimientos habituales en ese ámbito además de la elección por iguales acreditados. En el caso de profesionales en salud pública se primará la elección entre sus iguales. En el caso de profesionales sanitarios clínicos se valorará tanto la trayectoria clínica como la investigadora junto a la elección por iguales. Los procedimientos de nombramiento se detallará en el reglamento de la Red Española de Expertos en Salud Pública.

Artículo 120. *Funciones.*

1. Los expertos actuarán individualmente o en grupo tanto en funciones de asesoramiento que precise el Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades como en el apoyo a la ejecución de acciones de salud pública en las Comunidades Autónomas o en otros ámbitos que se requiera.

2. Favorecerán mediante estudios, acciones de formación y de comunicación o mediante cualquier otra acción la implantación de la equidad y salud en todas las políticas.

3. Apoyarán que la implantación de intervenciones de salud pública se rijan por los principios establecidos en la presente ley.

4. Entre las funciones principales de los expertos se encuentran las siguientes:

a) Evaluar y recomendar políticas e intervenciones de salud pública de acuerdo a los principios generales de las intervenciones en salud pública.

- b) Evaluar la efectividad de las acciones preventivas aplicadas en los servicios sanitarios según las pruebas científicas disponibles en cada momento.
- c) Realizar informes técnicos sobre las intervenciones o actividades de sus áreas de incumbencia.
- d) Identificar áreas de necesidad de generación de conocimiento y de necesidad de formación.
- e) Colaborar en o evaluar acciones de salud pública a petición de cualquier Administración.
- f) Asesorar al Ministerio de Sanidad y Política Social.
- g) Revisar e informar normas, planes y cualquier otro documento relacionado con la salud pública.
- h) Realizar informes ante situaciones de incertidumbre científica sobre riesgos de salud para la población.
- i) Acudir como grupos de trabajo especiales a lugares donde sea necesaria su actuación para resolver problemas concretos de salud pública.

Artículo 121. *Procedimientos.*

El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades favorecerá el trabajo de los expertos de acuerdo con sus organismos de procedencia. El Ministerio de Sanidad y Política Social de forma preferente en sus acuerdos y reconocimientos a las instituciones que favorezcan la participación de sus profesionales como Expertos Españoles de Salud Pública, así mismo, a las actividades de formación o difusión científica que éstas organicen. Las diversas formas procedimentales y su funcionamiento se establecerán en el reglamento del Centro.

CAPÍTULO IV

Órganos e Instituciones de las Comunidades Autónomas.

Artículo 122. *La organización de la salud pública en las Comunidades Autónomas.*

Corresponde a las Comunidades Autónomas en uso de las competencias en salud pública que tienen atribuidas disponer la organización de la salud pública que sea más conveniente para cada territorio a fin de conseguir los fines de la salud pública y de acuerdo a la legislación sectorial vigente y a los principios establecidos en esta ley.

Artículo 123. *Instituciones de salud pública en las Comunidades Autónomas.*

Corresponde a las Comunidades Autónomas crear en uso de sus competencias las instituciones que estimen más adecuadas para el adecuado desarrollo de la salud pública. Estas instituciones se coordinarán y colaborarán con el Ministerio de Sanidad y Política Social que facilitará la colaboración y apoyo a las Comunidades Autónomas que lo requieran para el mejor desempeño de las políticas y servicios de salud pública.

CAPÍTULO V

Organización de la salud pública en el municipio

Artículo 124. *Salud pública y municipio.*

1. Los municipios, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Leyes de Protección de los Consumidores y Usuarios y otras Leyes Sectoriales sanitarias específicas, participan de forma activa en la prestación de servicios de salud pública en su ámbito territorial.
2. Los municipios facilitarán a las otras Administraciones implicadas en la salud pública la información sobre la propia gestión que sea relevante para el adecuado desarrollo por éstas de sus cometidos,
3. Los municipios ponderarán, en la actuación de las competencias propias, la totalidad de los intereses públicos implicados en materia de salud pública y, en concreto, aquellos cuya gestión esté encomendada a las otras Administraciones, siempre buscando mejorar la salud de la población.
4. La prestación de servicios de salud pública se realizará, de acuerdo a las competencias municipales, como funciones propias o atribuidas por delegación.
5. Aplicarán los principios de intervención en salud pública establecidos en esta ley.

Artículo 125. De las competencias de salud pública propias del municipio.

1. Las competencias propias se ejercen en régimen de autonomía y bajo responsabilidad municipal. Están orientadas a promover las actividades y los servicios públicos que contribuyan a mejorar la salud de sus vecinos, atendiendo siempre a la debida coordinación en su programación y ejecución con las demás Administraciones Públicas.
2. Las competencias en materia de protección ambiental son:
 - a) La gestión de la planificación urbana saludable.
 - b) El control sanitario de los riesgos para la salud derivados de la contaminación física, química y microbiológica del medio ambiente.
 - c) El control sanitario de edificios, viviendas, hoteles, lonjas, centros residenciales, centros deportivos, centros educativos, y otros lugares de convivencia humana.
 - d) El control sanitario de las aguas de consumo público.
 - e) El control sanitario de las aguas lúdicas, piscinas, balnearios públicos.
 - f) La gestión del riesgo para la salud de actividades tales como peluquerías, saunas, tatuajes, micropigmentación y piercing.
 - g) La salud laboral de su personal en materia de prevención y evaluación de riesgos laborales, ergonomía, condiciones de trabajo y atención sanitaria en su caso.
3. Las competencias en materia de seguridad alimentaria son:
 - a) La gestión del riesgo para la salud derivado de los productos alimentarios en cuanto a su elaboración, comercialización y distribución, ello engloba la producción de alimentos de ámbito local, el almacenamiento mayorista, el

comercio mayorista y minorista, la restauración y el transporte de alimentos en el medio urbano.

b) La gestión del riesgo para la salud derivados de los animales domésticos, de los animales de compañía, de los animales salvajes urbanos y de los agentes vectores susceptibles de originar plagas.

4. Los municipios desarrollarán las competencias de policía sanitaria mortuoria en su propio ámbito.

5. Asimismo cualquier otra actividad de competencia municipal que en un futuro puedan atribuírseles por las legislaciones estatal o autonómica correspondientes en materia de salud pública.

Artículo 126. De las competencias de salud pública atribuidas al municipio por delegación.

1. Las competencias atribuidas, son delegadas por otras administraciones, respetando la potestad de autoorganización municipal. Su finalidad es la de prestar, en el ámbito propio, la cooperación y asistencia activa que incremente la eficacia en la aplicación de los planes y programas sanitarios en su aplicación a nivel local, comprendiendo:

a) La promoción de la salud en el ámbito de las competencias locales aplicando el principio de salud en todas las políticas y en áreas tales como los condicionantes de la alimentación no saludable, los condicionantes locales del ejercicio físico, los determinantes sociales de las adicciones, de la salud mental, los condicionantes de la seguridad frente a la accidentabilidad.

b) La actuación preventiva sobre los condicionantes sociales de la salud en el ámbito de las competencias municipales, así como la participación en los planes de actuación o de emergencia sanitaria que se determinen.

c) La gestión del riesgo para la salud y seguridad de los productos alimentarios y no alimentarios que se incluyan en las redes de alerta.

d) La atención socio-sanitaria de colectivos vulnerables según las normas que se establezcan en las legislaciones sectoriales específicas así como el impulso de acciones y políticas que incidan en los determinantes sociales de la salud.

e) Cualquier otra actividad de salud pública competencia de la Comunidad Autónoma o de la Administración General del Estado.

2. Para el desarrollo de estas competencias y otras que en futuro puedan ser atribuidas, las Administraciones competentes podrán delegar mediante convenios o encomienda de gestión, de acuerdo a los requisitos establecidos en la legislación vigente.

Artículo 127. De la evaluación del impacto en salud en el municipio

1. Con el fin de garantizar la salud de los vecinos, las ordenanzas, reglamentos, planes, proyectos y programas del municipio que tengan un impacto relevante sobre la salud deben ir acompañados para su aprobación de

un estudio de evaluación de impacto en la salud de la población. Estos planes no podrán ser aprobados por los órganos municipales competentes sin dicho requisito.

2. Las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán reglamentariamente los criterios para seleccionar qué actuaciones, entre las señaladas en el párrafo anterior, tienen un impacto relevante para la salud.

3. La aplicación de la evaluación de impacto en salud se realizará de acuerdo a lo establecido en el capítulo VIII del título II de la presente ley.

Artículo 128. *Del Plan Local de Salud.*

Es un elemento de planificación estratégica que será periódico y evaluable y que se conformará de acuerdo a los Planes de Salud Autonómicos; estará basado en los determinantes de la salud, asegurándose en su diseño una proporción de inversión y actuación inversa a la situación social, favoreciendo los barrios y personas con menos recursos. Se ejecutará de acuerdo a los principios de subsidiariedad, equidad, calidad, transversalidad y participación comunitaria establecidos en esta ley.

CAPÍTULO VI

Cooperación en materia de salud pública

Artículo 129. *Principios generales de cooperación en salud pública.*

1. Los diferentes ámbitos, modos y sistemas de relación entre los órganos de las diferentes Administraciones con competencias en salud pública configurados con ocasión del ejercicio de las funciones que les son propias con arreglo a lo dispuesto en la presente ley, están basados en el principio de lealtad institucional contemplado en el artículo 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en el ejercicio de la coordinación general sanitaria por la Administración General del Estado previsto en el artículo 70 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

2. De acuerdo con el citado principio, las Administraciones sanitarias, en el desarrollo de sus específicas competencias en materia de salud pública, deberán:

a) Respetar el legítimo ejercicio de las competencias en salud pública que las disposiciones vigentes y la presente ley atribuyen a otras Administraciones.

b) Facilitar a las otras Administraciones la información requerida por éstas acerca de una determinada actividad desarrollada en el ejercicio de sus funciones características y, con carácter general, cuando así esté previsto en el desarrollo de protocolos, planes, programas o estrategias conjuntos, conforme a lo establecido en la presente ley.

c) Prestar, en el ámbito competencial propio, la colaboración y asistencia que las otras Administraciones pudieran recabar para el más eficaz ejercicio de sus competencias.

3. Para el mejor y más eficaz ejercicio del deber de colaboración institucional, y con independencia de las específicas funciones de coordinación y cooperación

en materia de salud pública que la presente ley atribuye al Ministerio de Sanidad y Política Social y a la Comisión Permanente de Salud Pública, a los órganos de la Administración General del Estado, de las Administraciones de las Comunidades Autónomas y de los entes de la Administración local competentes en la materia, podrán acordar, en aquellas cuestiones que afecten a competencias compartidas o exijan articular una actividad o respuesta común entre ellas, los siguientes instrumentos de cooperación e interacción administrativa:

a) La creación de órganos específicos, de composición bilateral o multilateral, y de ámbito general o sectorial, con funciones de coordinación o cooperación según los casos, en determinados aspectos de la salud pública y de manera especial en aquellas materias en las que exista interrelación competencial.

b) La realización de planes y programas conjuntos para el logro de objetivos comunes.

c) La formalización de convenios de colaboración, en el ámbito de sus respectivas competencias.

d) La suscripción de protocolos generales, limitados al establecimiento de pautas de orientación política sobre la actuación de cada Administración o a la fijación del marco general y la metodología para el desarrollo de la colaboración.

Artículo 130. *La gobernanza de la salud pública española.*

1. La salud pública se gobernará de forma que en cada momento y en cada territorio se garantice que son aplicadas las acciones de salud pública con la máxima excelencia posible, es decir, lo mejor de todo el conjunto para cada uno. A este fin todos los órganos y personas participantes actuarán con competitividad solidaria, concursando para que su mejor inteligencia y experiencia en salud pública esté cuanto antes a disposición del conjunto, a través de la coordinación del Ministerio de Sanidad y Política Social.

2. El Consejo Estatal de Salud Pública facilitará la aplicación de los principios de equidad y salud en todas las políticas en la Administración General del Estado y en la acción en salud internacional. Así mismo recogerá las aportaciones de las Administraciones locales, de las Comunidades Autónomas y la sociedad civil y, a través de la Estrategia Estatal de Salud Pública, procurará un marco general de referencia en la salud pública española.

3. La Comisión Permanente de Salud Pública es el órgano de cooperación en salud pública entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y las Comunidades Autónomas y es así mismo un órgano que debe influir para que los principios de equidad y salud en todas las políticas impregnen las políticas no sanitarias.

4. Los representantes de las Comunidades Autónomas en la Comisión Permanente de Salud Pública facilitarán que la Estrategia Estatal de Salud Pública se examine y considere en sus territorios. A la inversa, estos mismos responsables aportarán a la mencionada Estrategia todos los desarrollos que con éxito hayan aplicado en sus territorios.

5. La Comisión Permanente de Salud Pública garantizará el desarrollo de la salud pública en el ámbito local y la participación de la sociedad civil en la gobernanza de la salud pública.

6. La coordinación de acciones en salud pública del Ministerio de Sanidad y Política Social a través de organismos e instituciones de ámbito supracomunitario serán comunicadas y consideradas en la Comisión Permanente de Salud Pública.

Artículo 131. Cooperación para la cohesión en conocimiento de salud pública.

1. El conocimiento y la experiencia de las personas o grupos de personas en la actuación en salud pública es un bien público común que debe estar a disposición de la sociedad española.

2. Todas las administraciones públicas facilitarán la participación de sus profesionales en las actuaciones previstas en la presente ley mediante las formas de cooperación mencionadas en el artículo 137.

Artículo 132. Flujos de información en materia de salud pública.

1. Todos los organismos y personas de la salud pública española en cualquier administración pública se regirán por la norma de que el acceso y distribución de la información es clave para la mejora de la calidad de las actuaciones.

2. El Ministerio de Sanidad y Política Social facilitará a las Comunidades Autónomas cuanta información relevante para la administración de la salud pública sea necesaria y que obtenga como órgano de referencia y punto focal de relación con las instituciones internacionales sanitarias. A estos efectos establecerá sistemas de distribución de información que permitan el acceso inmediato.

3. El Ministerio de Sanidad y Política Social facilitará a las Comunidades Autónomas cuanta información relevante para la administración de la salud pública sea necesaria referente a acciones con organismos e instituciones de carácter supracomunitario cuyas intervenciones se producen en las Comunidades Autónomas.

4. Las Autoridades Sanitarias garantizarán que toda la información sobre actuaciones en salud pública, conocimiento de aplicación en salud pública y cualquier otra información que sea útil para la salud pública española sea facilitada a la Autoridad Sanitaria Estatal para su difusión y disponibilidad por el conjunto de las Comunidades Autónomas y cualquier persona o entidad interesada.

TÍTULO VI

Los profesionales de la salud pública

CAPÍTULO I

Formación y desarrollo profesional en salud pública

Artículo 133. Principios generales.

1. El ejercicio de la salud pública será realizado por personal técnico con formación específica en sus áreas de conocimiento y adecuada a su nivel de responsabilidad y competencia.

2. La profesión de salud pública incluye a los técnicos que trabajan en los servicios de salud pública de las Administraciones sanitarias, a los que trabajan en los servicios asistenciales en funciones esenciales de prevención y salud pública y de gestión sanitaria, a los que trabajan en los departamentos de sanidad de los gobiernos y en centros de cualquier naturaleza de ellos dependientes, a los que dependiendo de otro departamento realizan acciones descritas en esta u otras leyes como competencias de salud pública y en términos generales a los que contribuyen con su trabajo a la implantación de las intervenciones de salud pública.

3. Las competencias de salud pública deben ser actualizadas por la Administración sanitaria en colaboración las académicas una vez consultadas las organizaciones profesionales y científicas de la salud pública.

4. La profesión de salud pública siendo profesión sanitaria no necesita ser ejercida por profesionales con formación de grado en ciencias de la salud, excepto en los casos que determina la normativa sectorial.

5. Los profesionales de salud pública deben recibir un reconocimiento profesional idéntico al de cualquier otro profesional del Sistema Nacional de Salud del mismo nivel de responsabilidad y tener derecho a la carrera profesional .

Artículo 134. *Formación.*

1. Será requisito imprescindible para acceder a puestos de trabajo de salud pública en la Administración pública, estar en posesión de la titulación que acredite los correspondientes conocimientos de salud pública exigidos en cada caso. Las vías para adquirir la correspondiente titulación en salud pública son:

a) A través del programa de médicos internos y residentes, especialidades de medicina preventiva y salud pública, medicina del trabajo, enfermería comunitaria y enfermería del trabajo.

b) Mediante los programas oficiales de postgrado, debidamente acreditados en función al grado de procedencia (180 ECTS ó 240 ECTS) que podrá ser cualquiera dado el carácter multidisciplinar de la salud pública. Cuando se tenga titulación en medicina será necesaria una formación básica equivalente a un programa oficial de postgrado en salud pública (60 ECTS).

c) La acreditación por los órganos competentes y de acuerdo con la normativa vigente de titulaciones obtenidas en otros países.

2. Los Ministerios competentes en Educación y Sanidad fijarán reglamentariamente los criterios que deben seguir los programas oficiales de formación en el ámbito de las áreas de conocimiento de la salud pública.

Artículo 135. *El desarrollo profesional.*

1. A todos los profesionales de salud pública descritos en el artículo 141 se les aplicará lo dispuesto en el Título III sobre desarrollo profesional y su reconocimiento de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las

Profesiones Sanitarias, así como lo dispuesto sobre desarrollo profesional y modernización del Sistema Nacional de Salud en la Ley 16/2003, de 28 mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud con las especificidades que normativamente se determinarán por el Ministerio de Sanidad y Política Social y que necesariamente definirán una carrera profesional para los profesionales de la salud pública basada en la formación, la investigación y la actividad desarrollada por los profesionales, incentivando el reconocimiento de los méritos y no la antigüedad.

2. La formación continuada además de una parte fundamental del desarrollo profesional en salud pública es una inversión estratégica que la Administración facilitará y financiará.

3. La formación continuada en salud pública requiere la movilidad de los profesionales a centros nacionales e internacionales de excelencia que será facilitada por las administraciones públicas.

CAPÍTULO II

Investigación en salud pública

Artículo 136. Las prioridades de la investigación en salud pública.

1. El Consejo Estatal de Salud Pública y la Comisión Permanente de Salud Pública informarán al Ministerio competente en Ciencia de las necesidades y prioridades de conocimiento teniendo en cuenta los condicionantes y los problemas de salud de la población para una adecuada toma de decisiones en salud pública.

2. El Ministerio de Sanidad y Política Social junto al Instituto de Salud Carlos III, el Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública, otros centros de investigación de la Administración General del Estado y en colaboración con las Comunidades Autónomas asesorarán al Consejo Estatal de Salud Pública y a la Comisión Permanente de Salud Pública sobre las prioridades de investigación en salud pública.

Artículo 137. Impacto en la salud de la investigación en salud pública y difusión de resultados.

1. El Ministerio de Sanidad y Política Social evaluará el impacto en la salud de la población que tienen los resultados de las investigaciones financiadas públicamente en España con posible repercusión en la salud de la población.

2. Los investigadores que reciban financiación pública en España, que alcancen resultados con posibles implicaciones en la toma de decisiones en salud pública, comunicarán sus resultados a las autoridades sanitarias. A estos efectos, la información será canalizada en la forma que disponga el Ministerio de Sanidad y Política Social sin menoscabo de otros mecanismos de comunicación que establezcan las Comunidades Autónomas cuando los resultados tengan exclusiva implicación en su territorio.

3. Las agencias de financiación de la investigación darán un valor relevante en la evaluación de grupos de investigación, a la aplicación y uso de sus resultados por las Administraciones sanitarias.

Artículo 138. *La investigación y la comunicación de resultados en salud pública.*

1. Las Administraciones sanitarias considerarán la investigación y la comunicación de resultados como parte consustancial del trabajo profesional de salud pública y adoptarán las siguientes acciones:

- a) Facilitar los medios para que las investigaciones sobre los problemas de salud de la población, tanto los de carácter crítico como los de carácter crónico, se realicen con la diligencia y calidad adecuadas.
- b) Facilitar la realización de trabajos de investigación entre los profesionales de salud pública.
- c) Fomentar la relación entre los grupos de investigación de excelencia con los profesionales de salud pública.
- d) Facilitar la actividad investigadora financiada públicamente con los datos e información disponible en las Administraciones sanitarias.
- e) Fomentar la publicación de los trabajos de investigación y la difusión de los resultados por los profesionales de salud pública como una garantía de la calidad de su trabajo.

Artículo 139. *Garantías de cumplimiento en investigación en salud pública.*

1. Las autoridades, los funcionarios públicos y, especialmente, los responsables de las áreas implicadas en lo que se refiere a la investigación en salud pública habrán de adoptar las medidas pertinentes que aseguren el cumplimiento de lo dispuesto en este capítulo. En caso de vulneración les será exigible la responsabilidad disciplinaria, sin perjuicio del ejercicio por quien resulte afectado de las acciones legales pertinentes.

TÍTULO V

La autoridad sanitaria, vigilancia y control

CAPÍTULO I

Autoridad Sanitaria

Artículo 140. *La Autoridad Sanitaria*

1. A los efectos de la presente ley, se entenderá por autoridad sanitaria todo órgano de la Administración que, en el ejercicio de su particular responsabilidad y en el ámbito de las competencias que le reconoce la legislación aplicable en materia de salud pública, dicta disposiciones o adopta medidas que obligan a particulares, colectivos e instituciones, de forma personal o a sus bienes, al objeto de preservar y proteger la salud de la población.

2. La autoridad sanitaria, en el ejercicio de sus funciones y en aplicación de la legislación vigente en materia de salud pública, tiene facultades para intervenir, mediante los órganos competentes en cada caso, en las actividades públicas o privadas para proteger la salud de la población limitando, eventualmente, derechos individuales o colectivos, en beneficio del interés general y de los derechos de la comunidad.

3. Corresponde a la autoridad sanitaria, con carácter general, la adopción de cuantas medidas de intervención especial en materia de salud pública

resulten precisas por razones sanitarias de urgencia o necesidad o ante circunstancias de carácter extraordinario que representen riesgo evidente para la salud de la población, y siempre que la evidencia científica disponible así lo acredite.

4. La autoridad sanitaria, en el ejercicio de las funciones que le son propias para proteger la salud de la población y a estos efectos, podrá solicitar el apoyo, auxilio y colaboración de otros órganos administrativos o funcionarios públicos, pudiendo incluso requerir, en caso de estricta y urgente necesidad y para el mejor cumplimiento de la legislación vigente, la intervención de los cuerpos y fuerzas de seguridad u otros agentes de la autoridad que tengan encomendadas funciones de seguridad.

Artículo 141. *Agentes de la Autoridad Sanitaria.*

1. Tendrán la consideración de agentes de la autoridad sanitaria, los funcionarios públicos de las Administraciones competentes en materia de salud pública, designados para ejercer las funciones de inspección sanitaria, teniendo valor probatorio los hechos por ellos constatados y formalizados en documentos públicos, conforme a los requisitos legales pertinentes.

2. Los ciudadanos particulares, y las diferentes Administraciones, organismos, entes e instituciones, con independencia de su titularidad pública o privada, están obligados a colaborar con la autoridad sanitaria, sometiéndose a las intervenciones y actuaciones de distinta naturaleza que ésta dicte, en el ejercicio de su especial responsabilidad, en aplicación de la normativa vigente o ante situaciones de urgencia o emergencia sanitarias.

Artículo 142. *Ejercicio de la Autoridad Sanitaria*

1. Ostentan la máxima autoridad sanitaria a nivel del Estado el responsable del Ministerio de Sanidad y Política Social, El Secretario General de Sanidad, el Director General competente en materia de Salud Pública y el Presidente y el Director Ejecutivo de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

2. Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias y para su territorio, definirán las autoridades sanitarias correspondientes para los diferentes niveles administrativos de responsabilidad.

3. Corresponde a la máxima autoridad sanitaria a nivel del Estado la declaración de actuaciones coordinadas en materia de salud pública, en los términos y supuestos previstos en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO II

Vigilancia y control

Artículo 143. *Inspección.*

1. Las Administraciones públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, han de realizar las inspecciones necesarias para el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y de las que sean

concordantes.

2. Los funcionarios públicos de las Administraciones sanitarias competentes en la materia, debidamente acreditados, en ejercicio de sus funciones inspectoras relativas a la protección de la salud tienen la condición de agentes de la autoridad y están autorizados para:

a) Entrar libremente y sin previa notificación en cualquier instalación, establecimiento, servicio o industria sujetos al control sanitario establecido por la presente ley.

b) Tomar muestras y practicar las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para la comprobación del cumplimiento de las normas sanitarias.

c) Efectuar todas las actuaciones necesarias para el cumplimiento de sus funciones de inspección.

3. En el ejercicio de sus respectivas funciones, los funcionarios públicos de las Administraciones sanitarias competentes en la materia pueden solicitar el apoyo, auxilio y colaboración de otros inspectores de protección de la salud, así como de otros agentes de la autoridad que tengan encomendadas funciones de seguridad.

Artículo 144. *Control analítico.*

Las tareas de control analítico con valor oficial que deben realizar las Administraciones públicas para el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley han de efectuarse en los establecimientos homologados por la red de laboratorios de salud pública.

Artículo 145. *Información a la autoridad sanitaria.*

1. En caso de que los titulares de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias detecten la existencia de riesgos para la salud derivados de la actividad o de los respectivos productos, deben informar inmediatamente de ello a la correspondiente autoridad sanitaria y adoptar las medidas contempladas normativamente y todas aquellas que se considere necesario para evitar o reducir riesgos para la salud.

2. Los servicios de salud pública han de establecer los protocolos de actuación para informar a las autoridades competentes en la materia, el contenido de la correspondiente comunicación y los criterios para la determinación de las adecuadas medidas preventivas.

CAPÍTULO III

Medidas cautelares

Artículo 146. *Medidas cautelares.*

1. Si, como consecuencia de las actividades de inspección y control, se comprueba que hay riesgo para la salud de la población, o existen indicios razonables de ello, las autoridades sanitarias, a través de los órganos competentes en la materia establecidos reglamentariamente, deben adoptar las siguientes medidas cautelares:

- a) La inmovilización y, si procede, el decomiso de productos y sustancias.
- b) El cierre preventivo de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias.
- c) La suspensión de la autorización sanitaria de funcionamiento.
- d) La determinación de condiciones previas en cualquier fase de la fabricación o comercialización de productos y sustancias, así como del funcionamiento de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias a que se refiere la presente ley, con la finalidad de corregir las deficiencias detectadas.
- e) Cualquier otra medida ajustada a la legalidad vigente si existen indicios racionales de riesgo para la salud.

2. La duración de las medidas cautelares a que se refiere el apartado 1 no debe exceder de lo que exige la situación de riesgo que las justifica, no pudiendo mantenerse estas medidas, en ningún caso, más de 9 meses.

3. Para garantizar la aplicación y eficacia de las medidas cautelares reguladas por el presente artículo pueden imponerse multas coercitivas. El órgano que ha dictado la medida debe cursar un requerimiento de ejecución en que se comunique a la persona interesada el plazo de que dispone para su cumplimiento, con el apercibimiento de que en caso de incumplimiento se le impondrá una multa, que no puede exceder de 6.000 euros.

4. En caso de comprobarse el incumplimiento del requerimiento de ejecución a que se refiere el apartado 3, pueden imponerse las multas establecidas hasta un máximo de 3 veces, con unos requerimientos que establezcan unos plazos que no pueden ser inferiores al señalado en el primer requerimiento. Dichas multas no tienen carácter de sanción y son independientes de las que pueden imponerse como consecuencia de un procedimiento sancionador, con las cuales son compatibles.

TÍTULO VI

Infracciones y sanciones

Artículo 147. Sujetos responsables de las infracciones.

Podrán ser sancionadas, por las acciones u omisiones constitutivas de las infracciones administrativas reguladas en este título, las personas físicas y jurídicas responsables de las mismas.

Artículo 148. Infracciones.

1. Son infracciones administrativas las acciones y las omisiones que se tipifican en los artículos siguientes, así como las que, en su caso, establezca la legislación autonómica de desarrollo de esta Ley.

2. Si un mismo hecho u omisión fuera constitutivo de dos o más infracciones, se tomará en consideración únicamente aquella que comporte mayor sanción.

3. No podrán sancionarse los hechos que hayan sido sancionados penal o administrativamente, en los casos en los que se aprecie identidad de sujeto, de hecho y de fundamento. En los supuestos en los que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito o de falta, la autoridad competente pasará el tanto de la culpa a la jurisdicción competente y se abstendrá de proseguir el

procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no se haya pronunciado.

De no haberse estimado la existencia de ilícito penal o en caso de haberse dictado resolución de otro tipo que ponga fin al procedimiento penal, el Ministerio Fiscal lo pondrá en conocimiento de la autoridad competente, que continuará el expediente sancionador teniendo en cuenta, en todo caso, los hechos que los tribunales hayan considerado probados.

4. La tramitación de un procedimiento sancionador por las infracciones reguladas en este capítulo no postergará la exigencia de las obligaciones de adopción de medidas de prevención, de evitación de nuevos daños o de reparación previstas en esta Ley, que serán independientes de la sanción que, en su caso, se imponga.

Artículo 149. *Calificación de las infracciones.*

Las infracciones tipificadas en esta Ley se califican en muy graves, graves y leves, atendiendo a los criterios de riesgo para la salud pública, gravedad de la alteración sanitaria o social producida, cuantía del eventual beneficio obtenido, grado de intencionalidad y reincidencia en las mismas.

Artículo 150. *Tipificación de las infracciones.*

Se tipifican como infracciones en salud pública las siguientes:

1. Son infracciones muy graves:

- a) La realización de conductas u omisiones que produzcan un riesgo o un daño grave para la salud pública.
- b) Incumplir los deberes previstos en el artículo 18 y 19 de esta Ley, de colaboración y comunicación, cuando de estos incumplimientos se deriven riesgos o daños graves o muy graves para la salud de las personas.
- c) No ajustarse, de forma reiterada, a las instrucciones recibidas de la autoridad competente, o incumplir un requerimiento de ésta, si este incumplimiento comporta daños graves para la salud.
- d) Denegar el apoyo, auxilio y colaboración de los agentes de la autoridad sanitaria
- e) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves, o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.
- f) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

3. Son infracciones graves:

- a) La realización de conductas u omisiones que pueda producir un riesgo o un daño para la salud pública, cuando esta no sea constitutiva de infracción muy grave.
- b) Incumplir los deberes previstos en los artículos 18 y 19 de esta Ley, de colaboración y comunicación, cuando de estos incumplimientos se deriven riesgos o daños para la salud de las personas, en los supuestos en que no sea constitutiva de infracción muy grave.

- c) No ajustarse a las instrucciones recibidas de la autoridad competente, si este incumplimiento comporta daños para la salud, cuando no sea constitutiva de infracción muy grave.
- d) La resistencia o la obstrucción de aquellas actuaciones que fueren exigibles, de acuerdo con lo previsto en esta Ley.
- e) Las actuaciones tendentes a facilitar o encubrir infracciones leves o que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves.
- f) La reincidencia en la comisión de infracciones leves, en los últimos doce meses.

4. Son infracciones leves:

- a) La mera irregularidad en el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente, o la cometida por simple negligencia, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud pública.
- b) Aquellas infracciones a las que, al amparo de los criterios previstos en el presente artículo, no proceda la calificación de las mismas como faltas graves o muy graves.

Artículo 151. *Sanciones.*

1. Las infracciones en materia de salud pública tipificadas en el artículo anterior darán lugar a la imposición de todas o algunas de las siguientes sanciones:

- a) En el caso de infracción muy grave: Multa de 85.001 hasta 1.200.000 de euros, pudiendo rebasar esta cuantía hasta alcanzar el quíntuplo del valor de mercado de los productos o servicios objeto de la infracción.
- b) En el caso de las infracciones graves: Multa de 6.001 hasta 85.000 euros.
- c) En el supuesto de las infracciones leves: Multa de hasta 6.000 euros.

2. Sin perjuicio de la sanción económica que pudiera corresponder, en los supuestos de infracciones muy graves, se podrá acordar, por la autoridad competente, el cierre temporal de los establecimientos o servicios por un plazo máximo de cinco años.

3. Las cuantías señaladas anteriormente podrán ser actualizadas por el Gobierno periódicamente, teniendo en cuenta los índices de precios para el consumo.

Artículo 152. *Graduación de sanciones.*

En la imposición de las sanciones, las Administraciones públicas deberán guardar la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada, considerando a tal efecto los criterios establecidos en el artículo 131 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Artículo 153. *Prescripción de infracciones y de sanciones.*

1. Las infracciones leves prescribirán al año, las graves a los tres años y las muy graves a los cinco años.

2. El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse desde el día en que la infracción se hubiera cometido.

3. En los supuestos de infracciones continuadas, el plazo de prescripción comenzará a contar desde el momento de la finalización de la actividad o del último acto con el que la infracción se consuma. En el caso de que los hechos

o actividades constitutivos de infracción fueran desconocidos por carecer de signos externos, dicho plazo se computará desde que estos se manifiesten.

4. Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador, reanudándose el plazo de prescripción si el expediente sancionador estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto responsable.

5. Las sanciones impuestas por la comisión de infracciones leves prescribirán al año, las impuestas por faltas graves a los tres años y las impuestas por faltas muy graves a los cinco años.

6. El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquel en que adquiriera firmeza la resolución por la que se impone la sanción.

7. Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento de ejecución, volviendo a transcurrir el plazo si aquel está paralizado durante más de un mes por causa no imputable al infractor.

Artículo 154. *Procedimiento sancionador.*

1. El procedimiento sancionador, en materia de salud pública, debe ajustarse a las disposiciones legales y reglamentarias en materia de régimen jurídico y procedimiento administrativo para el ejercicio de la potestad sancionadora administrativa y a la normativa de desarrollo de la presente ley.

2. El plazo para dictar y notificar la resolución de un expediente sancionador es de nueve meses.

Artículo 155. *Órganos competentes para imponer sanciones.*

1. Cuando la competencia sea de la Administración General del Estado, la iniciación del expediente se efectuará por la Dirección General competente en materia de salud pública y la resolución corresponderá al Director General para las infracciones leves, al Secretario General de Sanidad para las infracciones graves y al Ministro de Sanidad y Política Social en el caso de las muy graves.

2. En el ámbito competencial autonómico, para el ejercicio de la potestad sancionadora que establece la presente ley, serán competentes los órganos previstos por las respectivas legislaciones autonómicas.

La sanción de las infracciones tipificadas en esta ley corresponderá al órgano competente de la comunidad autónoma en cuyo ámbito tenga lugar la comisión de la infracción. En los supuestos en que la infracción haya sido cometida por un mismo sujeto en el territorio de más de una comunidad autónoma, será competente aquella que primero haya constatado la comisión de la infracción.

3. En el ámbito competencial de la Administración Local, para el ejercicio de la potestad sancionadora que establece la presente ley, serán competentes los órganos previstos en la legislación en materia de régimen local.

4. Las autoridades competentes podrán publicar, una vez firmes, las sanciones impuestas por las infracciones cometidas contra la ley, los hechos constitutivos de tales infracciones, así como la identidad del infractor.

5. Con carácter excepcional y cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia, la Administración General del Estado promoverá, coordinará o adoptará cuantas medidas sean necesarias para asegurar el

cumplimiento de la Ley, con la colaboración de las comunidades autónomas y de acuerdo con sus respectivas competencias.

Artículo 156. Medidas de carácter provisional.

1. Iniciado el procedimiento sancionador, el titular del órgano competente para resolverlo, por propia iniciativa o a propuesta del instructor, podrá adoptar en cualquier momento, mediante acuerdo motivado, las medidas de carácter provisional que estime necesarias para asegurar la eficacia de la resolución que pudiera recaer y evitar el mantenimiento de los riesgos o daños para la salud pública. Dichas medidas deberán ser proporcionadas a la naturaleza y gravedad de las presuntas infracciones.

2. Con la misma finalidad, el órgano competente, en los casos de urgencia y para la protección provisional de los intereses implicados, podrá adoptar las medidas provisionales imprescindibles con anterioridad a la iniciación del procedimiento, con los límites y condiciones establecidos en el artículo 72.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y demás normativa aplicable, sin que puedan en ningún caso sobrepasar el plazo de cinco años.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en esta ley.

Disposición final primera. Título competencial.

1. Esta Ley se dicta al amparo del artículo 149.1.16ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las bases y coordinación general de la sanidad. El Capítulo IX del Título II se ampara en la competencia exclusiva del Estado en materia de sanidad exterior en virtud de lo previsto en esta misma cláusula.

2. Se exceptúan de lo dispuesto en el apartado anterior los siguientes preceptos:

a) El Capítulo II del Título IV, que se dicta al amparo del artículo 149.1.15ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica.

b) El Capítulo III del Título III, y los artículos 108, 109 y 110, que son aplicables únicamente a la Administración General del Estado, y que no tienen carácter básico.

Disposición final segunda. Habilitación al Gobierno para elaborar un texto refundido.

1. Se autoriza al Gobierno para que, en el plazo de dos años a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, proceda a la elaboración de un Texto Refundido que regularice, aclare y armonice la presente Ley con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. El Texto Refundido resultante se denominará Ley General de Sanidad y Salud Pública.

2. Se autoriza igualmente al Gobierno para que integre en dicho Texto Refundido regularizadas, aclaradas y armonizadas las disposiciones en materia de salud pública contenidas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Disposición final tercera. *Habilitación para el desarrollo reglamentario.*

Se faculta al Gobierno para que, en el ámbito de sus competencias, pueda dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y aplicación de esta ley.

Disposición final cuarta. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor a los treinta días de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”.

**MEMORIA DEL ANÁLISIS DEL
IMPACTO NORMATIVO.
ANTEPROYECTO DE LEY
GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

ÍNDICE

I. OPORTUNIDAD DEL ANTEPROYECTO

1. Motivación
2. Objetivos
3. Alternativas

II. CONTENIDO, ANÁLISIS JURÍDICO Y DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

1. Contenido del anteproyecto
2. Análisis jurídico
3. Descripción de la tramitación

III. ANÁLISIS DE IMPACTOS

1. Consideraciones generales
2. Adecuación del anteproyecto al orden de distribución de competencias
3. Impacto económico y presupuestario
4. Impacto de género
5. Otros impactos

En esta memoria del análisis del impacto normativo agrupa las memorias, estudios e informes sobre la necesidad del anteproyecto, así como la memoria económica y el informe de impacto de género, previstos en la Ley del Gobierno. Para la elaboración de la memoria se ha tenido en cuenta la estructura prevista en el Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, por el que se regula la memoria del análisis del impacto normativo.

I. OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA

1. Motivación

El anteproyecto de ley general de salud pública tiene dos motivaciones principales: 1) normativa; 2) adaptar el dispositivo de salud pública a los conocimientos científicos actuales y a la situación de la sociedad española en los próximos decenios, solventando problemas prácticos que impiden alcanzar y resolver los principales problemas de salud de nuestra población. Por otra parte es un compromiso con los ciudadanos adquirido en las últimas elecciones generales.

Motivación normativa.

La Constitución Española que en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Aunque la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, trató de dar respuesta y desarrollo completos a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud, la respuesta fue parcial ya que el desarrollo real y el legislativo posterior se han centrado exclusivamente en ordenar las actividades asistenciales obviando las de salud pública. El derecho a la protección de la salud exige una norma que especifique los derechos y deberes de los ciudadanos por lo que respecta a los asuntos de

prevención, promoción y protección de la salud y que contenga previsiones básicas que garanticen que se consigue un mayor nivel de salud de la población residente en España mediante la prestación de servicios de prevención de la enfermedad, protección y promoción de la salud, de mayor calidad, seguridad y eficiencia social.

Motivación por necesidades sobrevenidas.

El conocimiento científico acumulado, la situación y tendencias de los principales problemas de salud pública y la evolución demográfica, social y sanitaria previsible muestran que es preciso articular un enfoque diferente para abordar los retos de salud con garantías de éxito. Los problemas de salud pública actualmente relevantes son de carácter sistémico de forma que las mayores ganancias de salud requieren una respuesta organizada de la sociedad que asegure la consideración de la salud como uno de los resultados de las diversas políticas e intervenciones en todos los niveles de gobierno. Se trata de facilitar la consideración de la salud como un efecto de diversas políticas y asegurar sinergias con esas políticas de forma eficiente contribuyendo además a una economía sostenible.

Además, las acciones en materia de salud pública realizadas en todas las políticas de gobierno se inspirarán en base a los principios de salud. Estos principios están bien documentados en diversos informes que han tenido amplio respaldo técnico y político (de la Presidencia Finlandesa de la Unión Europea, el de la Comisión, etc). La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria ha escrito un informe con participación de sus sociedades adheridas indicando la necesidad ineluctable de que haya una ley estatal definiendo las características necesarias del contenido imprescindible. La ausencia de una norma que articule y ordene la organización y características básicas de la salud pública en España impide abordar con éxito los grandes retos de la salud pública, como son entre otros las desigualdades sociales en salud y los determinantes sociales de la salud. Al respecto debe recordarse que el Libro Blanco de la Comisión Europea “Juntos por la salud: un

planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)” recoge que la carga económica anual estimada que suponen enfermedades fuertemente relacionadas con los determinantes sociales como son las enfermedades cardiovasculares y los trastornos psíquicos, puede cifrarse en un 1 % y en un 3-4 % del PIB respectivamente. España tiene capacidad para mantener y mejorar su esperanza de vida en buena salud y puede hacerlo afrontando con mejor calidad las acciones preventivas. Una mejora de un año de esperanza de vida de la población supone según estimaciones contrastadas un aumento del 4% en la renta per cápita. Independientemente de los motivos de desarrollo económico, hay suficientes razones de carácter humano y social para apostar por la prevención, la promoción y la protección de la salud.

Una vez se han asentado unos servicios asistenciales de alta calidad y amplio reconocimiento internacional y hay un alto grado de cohesión en el Sistema Nacional de Salud es el momento adecuado para abordar los principales problemas que amenazan su sostenibilidad al tiempo que suponen una carga de enfermedad evitable para la población española. Nuestra sociedad debe ahora encarar con seriedad y solvencia la necesidad de prevenir los graves problemas de salud, de minimizar los riesgos ambientales y sociales que deterioran nuestra salud, de conseguir una promoción de salud real y efectiva, y de asegurar una preparación y respuesta oportunas a las amenazas a la seguridad sanitaria derivadas de un mundo globalizado. Es preciso recordar aquí que respuestas recientes bien coordinadas frente a amenazas a la salud pública han mostrado que el clima social y político es propicio para abordar el reto de que España tenga un liderazgo en materia de seguridad sanitaria, en materia de prevención, promoción y protección de la salud.

2. Objetivos

La finalidad del Anteproyecto de la ley general de salud pública es mejorar la salud de la población residente en España. Para ello se establecen los

derechos y deberes de los ciudadanos relativos a los asuntos de la salud pública; los principios de actuación en salud pública básicos que faciliten una implantación de actuaciones con garantía de equidad, calidad y eficiencia; las formas de organización de la salud pública en España que permitan abordar los problemas relevantes de salud pública impactando en sus causas principales; y se ordenan los medios y recursos para facilitar la gobernanza del conjunto del sistema de salud pública. De ahí que los objetivos principales de la norma sean los siguientes:

1) incrementar el nivel de protección de la salud y desarrollar la promoción de la salud y la prevención para mejorar la salud de la población.

2) garantizar el derecho, tanto individual como colectivo, a recibir de forma efectiva la prestación de los servicios de salud pública y garantizar asimismo el derecho a la participación, a la información, a la confidencialidad de la información personal, a la autonomía personal y el derecho a la seguridad de las intervenciones en salud, con especial atención a la equidad y a la disminución de las desigualdades injustas, sean éstas territoriales, sociales, culturales o de género;

3) establecer una organización que permita la cooperación entre todas las Administraciones públicas y los otros agentes implicados a fin de asegurar la mejor gobernanza posible de la salud pública española.

Cabría la posibilidad de establecer objetivos específicos que desarrollasen los tres objetivos principales, pero se trata de una norma básica que favorece un marco general de actuación en salud pública en la que otras Administraciones competentes además de la Administración General del Estado deben desarrollar sus actuaciones. De ahí que, independientemente de que el nivel de desagregación daría lugar a innumerables objetivos, no parece adecuado establecerlos

Los indicadores oportunos para reflejar el alcance de la norma y su seguimiento en el tiempo son tanto cuantitativos como cualitativos. Entre los de carácter cuantitativo se dispone de algunos de fácil accesibilidad:

- Esperanza de vida
- Esperanza de vida en buena salud.
- Esperanza de vida libre de discapacidad.
- Índice de dependencia.
- Índice medio de calidad de vida infantil relacionada con la salud.
- Percepción de salud.
- Mortalidad general, por causa específica y por grupos de edad específicos.
- Morbilidad hospitalaria

Dentro de los cuantitativos se pueden recoger de forma más específica indicadores relacionados con la morbilidad, como:

- Incidencia de cáncer.
- Incidencia por infarto de miocardio y otras enfermedades cardiovasculares a través de morbilidad hospitalaria y registros.
- Prevalencia de diabetes mellitus en la población adulta.

Indicadores relacionados con el comportamiento y salud:

- Prevalencia de sobrepeso
- Prevalencia de obesidad.

- Prevalencia de sedentarismo.
- Consumo de sustancias perjudiciales para la salud

Respecto a indicadores de utilización de la atención sanitaria:

- Frecuencia de uso de acciones preventivas.
- Cobertura de los programas de vacunación.
- Frecuentación registrada en atención primaria.
- Atención registrada de ingresos hospitalarios.

Respecto a gasto sanitario:

- Gasto sanitario público por habitante.
- Gasto en programas de salud pública por habitante.
- Gasto sanitario público por funciones asistenciales.

Respecto a resultados:

- Tasas de incidencia de enfermedades prevenibles mediante vacunación.
- Porcentaje de pacientes diabéticos con buen control.
- Grado de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico.

Los enumerados son sólo una muestra indicativa de diversos indicadores relacionados con resultados en términos de salud o sobre fenómenos relacionados que, como más arriba se ha mencionado, son de acceso inmediato. Hay otros indicadores de carácter cuantitativo también accesibles, ya sea mediante sistemas periódicos de las redes de información sanitaria, ya sea

por indicadores contenidos en el Plan Estadístico Nacional que monitorizan áreas objetivo de la ley, ya sean las desigualdades sociales en salud, ya sean diversos problemas de salud específicos entre los que también se incluyen los sistemas de información de lesiones. Por tanto, los diversos indicadores de frecuencia de problemas de salud usados comúnmente en epidemiología, los sistemas de información de accidentes y lesiones, los informes periódicos sobre desigualdades en salud, los informes de riesgos ambientales, los sistemas de información de enfermedades y lesiones en el entorno laboral, los indicadores demográficos y sociales aportan indicadores de aplicación para observar la consecución de los objetivos de esta ley.

Hay indicadores cuantitativos de acceso menos inmediato, pero que con escaso esfuerzo organizativo permitirán monitorizar aspectos clave sobre la implantación de programas e intervenciones preventivas de calidad y medir sus efectos en términos de proceso, entre ellos el sistema de información de intervenciones de promoción de la salud.

La Administración rendirá cuentas de su obligación de dar garantía respecto a los derechos y deberes de los ciudadanos utilizando los indicadores que vienen siendo habituales.

También se utilizarán indicadores que muestren el grado de conocimiento que tiene la población sobre los problemas de salud colectivos y los programas de prevención, utilizando encuestas habituales en el ámbito autonómico, nacional, y europeo que ya incluyen cuestiones concretas de estos aspectos.

Los indicadores cualitativos adecuados para medir el cumplimiento de los objetivos de esta ley son especialmente pertinentes para el tercer objetivo principal, ya que el grado de cooperación y coordinación es medible mediante procedimientos aplicables en el ámbito de los organismos creados por esta ley y los que habitualmente coordinan técnicamente las acciones de salud pública

en España. Estos procedimientos serán de aplicación también para determinar los efectos de la ley en cuestiones relacionadas con el desarrollo profesional y la investigación. Sería el ejemplo de los flujos de información de resultados científicos con implicación en las decisiones sanitarias ya que el grado cualitativo frente a la situación actual de práctica ausencia es suficiente a corto plazo.

La regulación del ejercicio de la autoridad sanitaria o la tipificación de infracciones y sanciones propias del ámbito de la salud pública tienen indicadores asociados.

3. Alternativas.

No hay legislación estatal que dé respuesta a las nuevas necesidades de gestión de la salud pública. La Comunidad Valenciana y Cataluña han promulgado sendas leyes de salud pública, al menos 4 Comunidades Autónomas tienen redactados anteproyectos y en plazos breves se tramitarán. Otras Comunidades Autónomas han manifestado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que desean la promulgación de una norma estatal para redactar sus propias normas de acuerdo a las bases generales establecidas.

En este contexto y de acuerdo a las motivaciones más arriba señaladas, las alternativas a valorar son las siguientes:

1) refuerzo organizativo de los dispositivos disponibles y establecimiento de criterios opcionales en las intervenciones de salud pública;

2) inacción.

La promulgación de una norma de carácter menor dado el contexto antes comentado y la naturaleza actual de la materia objeto de la normativa no es alternativa a considerar.

Sobre la primera de las dos alternativas citadas, se ha barajado con detalle la posibilidad de no regulación, de hecho se ha avanzado en algunos aspectos en la medida que la situación actual lo permite. Consistiría en adoptar en el nivel estatal modos de organización que permitan alcanzar algunos de los objetivos planteados y en emplear diversas aproximaciones que consigan que las Comunidades Autónomas reconozcan los deberes y derechos en salud pública; homogeneicen criterios de actuación y establezcan bases comunes de calidad, seguridad y eficiencia en la implantación de políticas, programas y diversas actuaciones de salud pública.

Aunque algunas de las acciones establecidas en el anteproyecto pueden establecerse en ausencia de regulación, y de ahí alguna de las ventajas de esta alternativa, es prácticamente inviable alcanzar la mayor parte de los objetivos en ausencia de norma. La extensión al ámbito de la salud pública de lo que normativamente se ha establecido para los servicios asistenciales mediante guías y recomendaciones generales se ha mostrado ya impracticable. Hay en España una disparidad en la implantación de acciones de salud pública que muestra desigualdades graves entre territorios y personas, carencias de criterios de calidad, uso indebido y arriesgado de recursos, medicalización innecesaria de acciones preventivas y de promoción de la salud o ineficiencias graves en la prevención por citar algunos de los problemas detectados y que no han podido resolverse con los instrumentos organizativos actuales.

Tampoco podrá resolverse la demanda exponencial derivada de los compromisos en la Unión Europea asociadas a la evaluación y registro de sustancias químicas sin cambio normativo. No es tampoco verosímil conseguir una acción de liderazgo nacional e internacional en seguridad sanitaria con una organización que no permite acciones como la evaluación de las políticas europeas frente a la reciente pandemia de gripe estando en una situación

inmejorable para hacerlo y recibir además por ello el reconocimiento profesional y económico.

La opción de *no hacer nada* es inviable precisamente porque los problemas detectados obligan a una continua respuesta para impedir la falta de cumplimiento de las obligaciones que la Administración General del Estado tiene con los ciudadanos y con otras Administraciones nacionales e internacionales en materia de salud pública.

Tanto por lo que se refiere a las actuaciones de la Administración General del Estado en el ejercicio de sus competencias exclusivas como las relativas a la coordinación de las actuaciones cuya competencia corresponde a las Comunidades Autónomas se están adoptando sin cesar medidas tratando incisamente de responder a los problemas que se suceden. La reciente crisis de la gripe pandémica o la situación sobre la evaluación y registro de sustancias químicas antes mencionados han demostrado que la presente organización no responderá a situaciones previsibles en plazos breves y que se incumplirán ineluctablemente las obligaciones que los poderes públicos tienen con los ciudadanos y con las garantías de seguridad sanitaria, afectando no solo a salud de la población sino también teniendo efectos indeseables y quizás perdurables en el desarrollo de actividades económicas fundamentales. Definitivamente, la inacción no es una salida responsable.

II. CONTENIDO, ANÁLISIS JURÍDICO Y DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

1. Contenido del anteproyecto.

El Anteproyecto de ley tiene un título preliminar, y seis títulos, relativos a las disposiciones generales de la política de salud pública, los derechos y deberes de los ciudadanos, las intervenciones en salud pública, la organización de la salud pública, los profesionales de la salud pública, la autoridad sanitaria, vigilancia y control, y las infracciones y sanciones.

En total consta de 156 artículos, una disposición derogatoria y 4 disposiciones finales.

Título preliminar

El título preliminar contiene disposiciones de carácter general que afectan a todo el Anteproyecto de ley. En este título se define el objeto de la ley, las definiciones relativas al área de la salud pública, su ámbito de aplicación, se establecen los principios que deben orientar las actuaciones de los poderes públicos, las funciones y las actividades básicas de la salud pública, mediante las cuales se valoran las necesidades de salud de la población, el desarrollo de políticas públicas sanitarias y no sanitarias, y la garantía de la prestación de programas, acciones y servicios. Su objetivo es establecer el marco legal para las actuaciones de la salud pública que se realizan desde las distintas Administraciones en España y desde cualquier ámbito de la sociedad en el ejercicio de sus respectivas competencias, de forma que se garanticen la equidad, efectividad, transparencia, calidad y cohesión de la organización de la salud pública en España. Se incluye un breve glosario de términos motivado entre otros, por la distancia entre el significado atribuido a algunos términos en el ámbito de la salud pública y el recogido en el Diccionario de la Real Academia Española.

Título I: Derechos y deberes en salud pública

En este título se legislan los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud pública, completando a los que aparecían en la Ley General de Sanidad habida cuenta de que se centraban más en cuestiones relacionadas con los servicios de asistencia a la enfermedad y menos con las cuestiones del mantenimiento y mejora de la salud. Es particularmente novedoso el reconocimiento del derecho del ciudadano a recibir información sobre una

intervención de salud pública antes de someterse a ésta y a recibir información sobre riesgos para su salud.

Es asimismo novedoso el apartado que ordena la participación de diversos agentes en la gobernanza de la salud pública precisando requisitos de transparencia y responsabilidad social. Por primera vez se requiere la declaración de intereses para colaborar con las Administraciones públicas en materia de salud, una necesidad ineludible en el futuro considerando los problemas suscitados por la posible colisión de intereses de las industrias relacionadas con la salud y las instituciones sanitarias internacionales. Son requisitos básicos para cuyo adecuado desarrollo será necesario un cambio paulatino de la visión de los diversos agentes sobre su posible implicación en los asuntos públicos relacionados con la salud de la población, un cambio decisivamente favorecido por esta norma.

Capítulo I: Derechos de los ciudadanos

Este capítulo define el derecho de los ciudadanos a las prestaciones públicas, incluyendo el de recibir información sobre éstas, como en el caso en el que haya riesgos específicos para la salud. La Administración denegará esta información solo en los supuestos que se mencionan. Asimismo, los ciudadanos tendrán derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o la individual. Los ciudadanos también tendrán derecho a participar en cuantos asuntos tengan relación con la salud pública. Los ciudadanos tienen derecho a la equidad efectiva en todas las intervenciones de salud pública a fin de alcanzar la igualdad sin que pueda producirse discriminación por razones de raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia o condición personal o social. Todos tienen derecho a la confidencialidad de su información personal que se utilice en cualquier intervención de salud pública. Otros derechos recogidos son el de la autonomía personal y el derecho a la seguridad de las intervenciones en salud. El derecho a una valoración no sesgada del valor de las intervenciones sanitarias, en el artículo 14, garantiza a la población que las autoridades, los funcionarios

públicos y especialmente los responsables de cada programa de salud pública actúen de forma imparcial y sin conflicto de intereses, mediado por una declaración registrada y actualizada. Para este fin, administradores, funcionarios y cualquier profesional sanitario se abstendrán de recibir cualquier tipo de remuneración u obsequio de entidades que tengan interés en su toma de decisiones, incluidas invitaciones para asistencias a congresos o eventos.

Capítulo II: Deberes de los ciudadanos

Las reformas que introduce este capítulo de deberes tienen como objetivo informar a los ciudadanos de su responsabilidad sobre su propia salud y de la obligación de preservar la salud del conjunto de la población. Asimismo se habla del deber de colaboración con la Administración pública, de comunicación, y de cumplir con las órdenes generales de las Administraciones. Esto se llevará a cabo colaborando con la Administración pública y no obstaculizando las intervenciones que realizan y comunicando aquellas situaciones que puedan constituir un riesgo para la salud pública.

Capítulo III: Acuerdo y colaboración en salud pública

Se establecen las bases de colaboración entre Administración pública, ciudadanos, empresas y demás organizaciones de la sociedad civil para alcanzar los fines de la salud pública, fomentando especialmente la cooperación con aquellas que realicen acciones con los grupos más desfavorecidos en cuestiones de salud pública. Se define el ámbito de la colaboración, que incluirá la realización de estudios, campañas de información, evaluación de planes de salud. A los efectos de garantizar la objetividad y transparencia de todas las actuaciones, se establece los procedimientos y requisitos oportunos. Asimismo, se fomenta la responsabilidad social por la salud pública de ciudadanos, asociaciones y organizaciones sociales.

Otro asunto de especial relevancia en salud pública es la objetividad y transparencia de las actuaciones de todos los actores interesados,

particularmente cuando puede haber una colisión de intereses. En este capítulo se establecen los mecanismos para garantizar que las actividades de tipo científico y asesoramiento hacia las autoridades públicas en materia de salud no están sesgadas por intereses ajenos a la salud de la población y el bien público. Este aspecto es clave para el gobierno de la salud pública en el futuro, los sucesos recientes sobre el gobierno mundial acerca de la pandemia de gripe han puesto de manifiesto que la meticulosidad en la delimitación de los intereses es esencial para garantizar la confianza de la población en las autoridades sanitarias. La confianza es una cuestión tan crucial para la gestión de la salud pública que debe protegerse de cualquier amenaza y más si esta es motivada por intereses ajenos al bien público.

Título II: Intervenciones en salud pública

Recoge las bases generales que fundamentan la actuación en salud pública y las características clave de las diversas intervenciones destinadas a la mejora de la salud de la población. Su contenido se ha redactado procurando establecer las exigencias mínimas indispensables para que la acción en salud pública en España se rija por los principios inspiradores enumerados en el artículo 4. No se trata por tanto de enumerar todas y cada una de las actuaciones de salud pública y prescribir su instauración toda vez que este es un asunto de competencia autonómica, se trata de establecer bases mínimas generales de aplicación de forma análoga a las exigencias que se requieren para otras intervenciones sanitarias, por ejemplo las terapéuticas.

Capítulo preliminar: Principios generales de acción en salud pública.

En este capítulo se especifican cuales son los principios generales que toda acción en salud pública debe considerar estableciendo las garantías de su aplicación. Estos son: salud en todas las políticas; pertinencia; respeto a los derechos humanos; eficiencia social; proporcionalidad; precaución; equidad;

evaluación; perspectiva de género; rendición de cuentas; transparencia; participación ciudadana; integración funcional (coordinación); sostenibilidad; y, ética (autonomía; beneficencia y no maleficencia, y justicia). Para cada uno de los principios mencionados se especifica su forma de aplicación y las garantías.

Capítulo I: La vigilancia en salud pública

Se consideran el alcance, la organización y las garantías de funcionamiento de una acción fundamental de la salud pública cual es la vigilancia. Se realiza mediante tres elementos: sistemas de vigilancia de los factores condicionantes de la salud y de los problemas de salud, sistemas de alerta precoz y respuesta rápida, y sistema de evaluación de la calidad, oportunidad y eficiencia del sistema de vigilancia. Se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública como coordinadora de los diferentes sistemas, y tal como se establecía en la Ley de Cohesión y Calidad se organiza la Red Estatal de Laboratorios de Salud Pública. Se enumeran, asimismo, las competencias del Estado en materia de vigilancia y las competencias de las Comunidades Autónomas, donde se incluye como novedad la obligatoriedad de todos los agentes de remitir de forma oportuna y puntual la información sobre vigilancia a fin de cumplir con las obligaciones nacionales e internacionales relativas a la seguridad sanitaria. Se determina el papel del Ministerio de Sanidad y Política Social en la coordinación de las funciones de vigilancia. Es particularmente novedoso la inclusión de la vigilancia de los condicionantes sociales de la salud, con ello España puede convertirse en el primer país que traslada al ámbito normativo la consideración de que la vigilancia en salud pública debe tener en cuenta los condicionantes de los grandes problemas de salud actuales y futuros; es sólo cuestión de tiempo que se establezca en muchos países ya que hasta ahora se ha legislado únicamente sobre enfermedades transmisibles por inercias seculares. Igualmente merece especial atención la vigilancia de la presencia de sustancias tóxicas en fluidos biológicos. El siglo XXI se caracterizará por la necesidad de conocer la aparición de sustancias tóxicas en el organismo humano a fin de entender la frecuencia y la distribución de problemas de salud tan diversos

como la infertilidad creciente, el cáncer o las enfermedades endocrinas y metabólicas. El cumplimiento en materia de vigilancia es relevante ya que las decisiones políticas, sobre todo en momentos de crisis sanitarias, se basan en un adecuado funcionamiento de la denominada “inteligencia de salud pública”, para ello la norma ha establecido garantías en este propio capítulo y también en el capítulo VI del título III sobre cooperación en salud pública de forma el marco legal propicie doblemente el buen funcionamiento y por tanto la aplicación efectiva de la norma.

Capítulo II: Información en salud pública.

La ley define el sistema de información que permite complementar las funciones de vigilancia. Es decir, regulan las acciones relativas a los sistemas de registros, estadísticas y otras fuentes de información que permitan guiar las políticas de salud pública. Muchas de estas fuentes de información están organizadas en departamentos no sanitarios y por ello en este capítulo se ordena la forma de obtención de la información para los fines de la salud pública y los requisitos y garantías de uso de la información siempre de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Son de carácter clave las cuestiones de gestión, armonización y seguridad de la información contenidas en este capítulo ya que por su aplicación se tenderá a una eficiencia en las operaciones de intercambio de información, homogeneización en el estado, reducción de cargas administrativas y otros beneficios manteniendo los derechos de los ciudadanos respecto a la protección de datos.

Capítulo III: Promoción de la salud

Este capítulo propone las reformas necesarias para hacer de la promoción de la salud un aspecto básico de las intervenciones de la salud pública, impulsando la acción intersectorial (políticas no sanitarias) y buscando la reducción de las desigualdades sociales en salud. A los servicios asistenciales y en concreto a los profesionales de atención primaria se les reconoce un papel

relevante y como novedad se determinan los mínimos de actividad que debe realizarse en esta vertiente clave de la atención familiar y comunitaria. Los ámbitos de acción preferente en promoción de la salud que se establecen son el educativo, el sanitario, el laboral y el comunitario. La Comisión Permanente de Salud Pública, procedente de la actual Comisión de Salud Pública, coordina y acredita las acciones de promoción a cualquier nivel, incluido el privado. También se establecen procedimientos para fomentar la calidad y el rigor científico en la información sobre promoción de la salud en los medios de comunicación social. Las previsiones de la norma se verán facilitadas por una adecuada coordinación en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a través de la Comisión Permanente de Salud Pública, ese trabajo será imprescindible para la adecuada aplicación de la norma, como lo será también la participación de la sociedad civil tal como se describe en el Título Preliminar que además facilitará las disposiciones contenidas en este capítulo sobre la acción intersectorial.

Capítulo IV: Prevención de problemas de salud y sus determinantes

Se establecen las características generales que deben seguir las acciones preventivas y se dispone que las Administraciones públicas faciliten la acción preventiva en los servicios asistenciales, los servicios de salud pública y mediante acción intersectorial. Acciones de particular relevancia como la prevención de lesiones, las vacunaciones o la detección precoz de enfermedad merecen atención detallada en este capítulo y en términos generales se disponen procedimientos para asegurar la calidad y la seguridad de la acción preventiva. Destacan como novedades el requerimiento de publicar la relación de actividades preventivas sobre las que hay fundamento científico para su aplicación y la potestad de excluir aquellas prácticas que no estén basadas en pruebas científicas. Aunque pueda resultar paradójico, uno de los riesgos para la salud de la población es el uso excesivo de los servicios sanitarios, particularmente la realización de pruebas diagnósticas innecesarias, de ahí que en el contenido de este capítulo se preste atención a este problema creciente y

que en algún país ha llegado a proporciones preocupantes por estar la población infantil sobreexpuesta innecesariamente a radiaciones ionizantes. La norma ofrece instrumentos para que la autoridad sanitaria evite la realización de pruebas innecesarias a personas no enfermas.

Así mismo y por primera vez se establece la necesidad de que la autoridad de salud pública apruebe los usos y aplicaciones preventivas de tratamientos destinados a la prevención primaria de enfermedad. Como eje clave de esta norma se incide sistemáticamente en la necesidad que la implantación de acciones de salud pública consiga una equidad efectiva. Por último, se disponen las garantías para que se impulse en los servicios sanitarios la acción preventiva y para que ésta se realice según los principios generales dispuestos en esta ley.

Capítulo V: La promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud.

En este capítulo se consideran las acciones que deben adoptar las Administraciones sanitarias para que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud sean actividades esenciales y prioritarias de la actividad asistencial ya que son un complemento imprescindible para las acciones de salud pública implantadas en el conjunto de la población y se producen sinergias beneficiosas. Se disponen las formas de coordinación entre equipos de salud pública y de atención primaria de cada área sanitaria, garantizando el mantenimiento de un mapa sanitario estable. Se enumeran las obligaciones de los servicios asistenciales y de los de salud pública a fin de asegurar la coordinación y efectividad en las acciones de prevención y promoción de la salud. En este capítulo se incide en la importancia de las oficinas de farmacia en labores de salud pública por su alcance poblacional y su potencial preventivo. Se recomienda su participación en programas a nivel local, regional y nacional mediante el establecimiento de conciertos entre Administración sanitaria y colegios profesionales.

Capítulo VI: La gestión sanitaria como una acción de la salud pública

Este capítulo dispone que la gestión sanitaria sea a todos los efectos una función de la salud pública. Se dispone que las actuaciones de la gestión sanitaria estén siempre guiadas por los principios y los métodos de la salud pública y se coordine con otros ámbitos sanitarios y no sanitarios a fin de asegurar la mejor implantación de las acciones de prevención, protección y promoción de la salud. La gestión sanitaria se convierte mediante el contenido de este capítulo en un garante complementario de que las acciones de salud pública instauradas en los servicios sanitarios se desarrollen de acuerdo a los principios generales.

Capítulo VII: Protección de la salud

Antes de las dos secciones de este capítulo se establecen los principios que debe regir la protección de la salud y las características generales de las intervenciones de protección de la salud tratando sucesivamente el análisis del riesgo, la autorización sanitaria y los registros.

Sección 1ª Sanidad ambiental

De la sanidad ambiental se detallan sus funciones básicas y se tratan las competencias del Ministerio de Sanidad y Política Social en esta materia. Éste hará efectiva la coordinación del Estado con las Administraciones públicas y a nivel internacional. Entre sus funciones se especifica el establecimiento de un sistema de información y vigilancia que incluye la elaboración de mapas de riesgos ambientales, accesibles a toda la población. Como novedad, se presta atención a la aparición de riesgos ambientales para la salud asociados al cambio climático.

Sección 2ª Salud laboral

Además del objeto y funciones de la salud laboral se especifican las actuaciones de la autoridad sanitaria en este campo. Es novedosa la

consideración sobre las relaciones entre el ámbito de la salud laboral y el Sistema Nacional de Salud. Se disponen procedimientos que promueven entornos de trabajo favorables a la salud y la promoción de hábitos de vida saludables desde el lugar de trabajo. El contenido es complementario al ordenamiento jurídico que es ya amplio y por ello se ha concretado la vertiente de carácter más sanitario de la prevención de problemas de salud en el entorno laboral.

Capítulo VIII: Evaluación del impacto en salud de otras políticas

La presente ley establece las bases para la aplicación de la evaluación del impacto en salud por la cual las leyes, planes, proyectos y programas de las Administraciones públicas que sean susceptibles de tener un efecto en la salud de la población serán sometidos a una valoración previa con la finalidad de seleccionar aquellas actuaciones que puedan beneficiarse de la realización de una evaluación de impacto en salud. Se disponen procedimientos para que esta evaluación integre los aspectos de salud en la implementación de las políticas públicas, sanitarias y no sanitarias que tienen una influencia establecida en el nivel de salud. La inclusión de la evaluación de impacto en salud es un aspecto clave para asegurar el principio general de salud en todas las políticas. La forma en como se estipula la implantación es flexible, permite aprovechar todo el desarrollo de evaluaciones de impacto y respeta los ámbitos competenciales.

Capítulo IX: Sanidad exterior y salud internacional

En este capítulo se exponen las funciones de sanidad exterior en materia de vigilancia y control de posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Se establecen los mecanismos para cumplir con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional, sin menoscabo de las competencias en materia de relaciones internacionales que corresponden al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

Como novedad define las acciones que se realizarán desde el Ministerio de Sanidad y Política Social en materia de salud global y salud internacional, impulsando la presencia e influencia de España en el panorama internacional y estableciendo una red de profesionales y equipos sanitarios con disponibilidad inmediata en materia de cooperación internacional. El Ministerio realizará las acciones de salud internacional y salud global relacionadas con la salud pública y es el centro de enlace para el intercambio de cualquier información intencional de interés en salud pública. Este contenido sobre salud internacional proporciona suficiente marco legal para que España desarrolle una actividad en salud internacional acorde con su posición y que enlace la acción internacional con las capacidades del Sistema Nacional de Salud y sus capacidades en formación e investigación sanitarias.

Capítulo X: Prestación de salud pública

Se dispone que la prestación en salud pública comprende aquellas actuaciones dirigidas a mantener, proteger y mejorar la salud de los individuos y que son accesibles a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva. Esta prestación se ejercerá con carácter intersectorial para aquellas estructuras ajenas al Sistema Nacional de Salud y con carácter integral desde los servicios, dispositivos y estructuras de salud pública de diferente naturaleza de las diferentes Administraciones, incluidos los servicios de atención primaria y otros del Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad y Política Social acordará una cartera de servicios comunes de salud pública mediante la cual se hace efectiva la prestación en salud pública. La cartera de servicios de salud pública del Sistema Nacional de Salud se actualizará mediante orden del Ministro/a competente en materia de Sanidad, previo informe de la Comisión Permanente de Salud Pública. La Comisión Permanente de Salud Pública es el organismo encargado de evaluar periódicamente la cartera de servicios comunes, debiendo incluir las prestaciones que hayan demostrado las condiciones oportunas según los principios establecidos en esta ley y eliminar las prestaciones que se hayan

mostrado inseguras, inefectivas o no reúnan los principios mencionados. A estos efectos recabarán la colaboración que sea necesaria de otros organismos estatales o autonómicos.

Las Comunidades Autónomas incluirán en su propia cartera como mínimo la cartera común e informarán anualmente y siempre que se produzcan modificaciones, a la Comisión Permanente de Salud Pública.

Título III: La organización de la salud pública

En este título se desarrollan las cuestiones organizativas esenciales para dar respuesta a las necesidades de la salud pública española. Se establece una organización compuesta de los siguientes órganos:

- a) Ministerio de Sanidad y Política Social
- b) El Consejo Estatal de Salud Pública.
- c) El Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud y su órgano de coordinación de salud pública la Comisión Permanente de Salud Pública
- d) El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades.
- e) El Comité Asesor de Salud Pública.
- f) La Red Española de Expertos en Salud Pública
- g) Los órganos e instituciones de las Comunidades Autónomas.
- a) Organización de la salud pública en el municipio.

En cada uno de los capítulos se detallan la estructura y funciones de cada uno de los órganos citados.

Capítulo I: Órganos de gobierno de la salud pública

El Ministerio de Sanidad y Política Social, a través del órgano directivo correspondiente, ofrecerán el soporte técnico necesario para la ejecución de las

competencias de la Administración General del Estado en materia de salud pública y la coordinación en esta materia con las Comunidades Autónomas, con la Unión Europea y con las instituciones internacionales. El Ministerio aportará el apoyo técnico y científico a las decisiones del ámbito político y gestionará la transversalidad y horizontalidad de las políticas de salud pública. Se establecen su finalidad y funciones.

Además de especificar los órganos de gobierno de la salud pública en España, detalla la estructura y funciones del Consejo Estatal de Salud Pública. Se trata de un nuevo órgano consultivo que garantizará la consideración de la salud como elemento general de todas las políticas públicas, y de coordinar a las Administraciones y actores relevantes. Este Consejo está presidido por el Ministro/a competente en materia de Sanidad y está formado por representantes de todos los organismos de las Administraciones públicas que tengan una implicación directa o indirecta sobre la salud así como representación de los agentes sociales y organizaciones científicas y sociales relacionadas con la salud pública. Hay una relevante representación autonómica. El Consejo establecerá los principios que deben guiar la Estrategia Estatal de Salud Pública, cuyas características se precisan, y proponerla al Gobierno de la Nación para su aprobación.

Capítulo II: El Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud y sus órganos de coordinación de salud pública.

Sección única: La Comisión Permanente de Salud Pública.

La Comisión Permanente de Salud Pública es el órgano especializado cuya misión es garantizar la cohesión y equidad de las políticas, actividades y prestaciones de la salud pública. Se detallan su estructura y funciones. Hasta ahora parte de sus funciones las realizaba la Comisión de Salud Pública, que sin embargo no tenía claramente definida su estructura y funcionamiento.

Capítulo III: El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades, el Comité Asesor en Salud Pública y la Red Española de Expertos en Salud Pública.

En las tres secciones de este capítulo se detallan las respectivas estructuras y funciones de los siguientes órganos: Centro de Análisis y Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades, el Comité Asesor de Salud Pública y la Red de Expertos en Salud Pública. Tanto el Centro, que depende del Ministerio de Sanidad y Política Social, como los otros dos órganos asociados, tienen el propósito de conseguir que la mejor experiencia, conocimiento y capacidad española en salud pública se ponga al servicio de los ciudadanos mediante la organización de la salud pública dispuesta en esta Ley. A este fin se detallan en las respectivas secciones características básicas y sus funciones.

Capítulo IV: Órganos e instituciones de las Comunidades Autónomas

Siendo las Comunidades Autónomas competentes en la mayor parte de las políticas de salud pública, en este capítulo únicamente se determinan mediante dos artículos elementos básicos de coordinación. Las Comunidades Autónomas, como les corresponde, disponen la organización de la salud pública que es más conveniente en su territorio a fin de conseguir los fines propuestos. Las instituciones que sean creadas, se coordinarán y colaborarán con el Ministerio de Sanidad y Política Social, quien facilitará colaboración y apoyo a las Comunidades Autónomas que lo requieran para el mejor desempeño de las políticas y servicios de salud pública.

Capítulo V: Organización de la Salud Pública en el Municipio

Se redefinen las competencias de las entidades locales en materia de salud pública. Dada la relevancia de la política local para la salud de la población se incluyen elementos como el plan local de salud y la evaluación de impacto en

salud en el municipio, a fin de propiciar una mayor atención a la salud de la población por los municipios.

Capítulo VI: Cooperación en materia de Salud Pública

La presente ley sustancia la reforma de la salud pública y de sus servicios, y se configura como un instrumento normativo sobre el que se fundamenta su modernización y adaptación a las nuevas necesidades. Este Anteproyecto nace en un contexto de abundante regulación previa, fundamentalmente de ámbito autonómico. No obstante, también hay antecedentes de regulación estatal y de regulación europea e internacional. De ahí la importancia de que este Anteproyecto aborde aspectos hasta ahora no tratados, de manera que se facilite la coordinación entre los diversos agentes implicados, respetando las competencias de las distintas Administraciones. La salud pública se gobernará de forma que en cada momento y territorio se garantice la aplicación de las acciones de salud pública con la máxima excelencia posible. La Comisión Permanente de Salud Pública es el órgano de cooperación en salud pública entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y las Comunidades Autónomas, y el encargado de garantizar el desarrollo de la salud pública en el ámbito local y la participación de la sociedad civil en la gobernanza de la salud pública. Los procedimientos establecidos en este capítulo favorecen la aplicación de la norma en muchos de los aspectos considerados en capítulos precedentes.

Título IV: Los Profesionales de la Salud Pública

Se incluyen en este título aquellos aspectos específicos que afectan a la profesión de la salud pública y la generación del conocimiento en esta materia con sendos capítulos.

Capítulo I: Formación y desarrollo profesional en salud pública

Se establecen los aspectos generales de la profesión en salud pública dada la diversidad de áreas de conocimiento de procedencia de sus profesionales. Se establecen los requisitos de formación y sus características y se presta atención al desarrollo profesional. Para acceder a puestos de trabajo de salud pública, será requisito imprescindible tener conocimientos de salud pública demostrables a través de formación universitaria posgrado o mediante el acceso por pruebas específicas. A esta formación inicial debe seguir una formación continua, ligada a la carrera profesional, que sirva para reacreditar periódicamente las competencias profesionales.

Capítulo II: Investigación en salud pública

Se incluye la investigación como uno de los objetos de esta norma para conseguir una salud pública con orientación científica. Su impulso requiere el refuerzo del sistema de generación de conocimientos y el establecimiento de mecanismos que definan las necesidades de investigación, la transferencia del conocimiento para la acción en salud pública y el soporte económico necesario para desarrollar estas necesidades. Con el objetivo de mejorar la efectividad investigadora, ésta debe estar muy ligada al ejercicio de la salud pública y se deben facilitar cauces de diseminación de la innovación y buenas prácticas. Todos los asuntos mencionados se abordan en el articulado del capítulo.

Título V: La Autoridad Sanitaria, vigilancia y control.

Capítulo I. Autoridad Sanitaria

Se define en este capítulo la Autoridad Sanitaria como todo órgano de la Administración que dicta disposiciones o adopta medidas que obligan a particulares, colectivos e instituciones, de forma personal o a sus bienes, al objeto de preservar y proteger la salud de la población.

Se establece la jerarquía de cargos que ostentan la Autoridad sanitaria. La máxima Autoridad la ostentan a nivel de Estado el responsable del Ministerio de Sanidad y Política Social, el Secretario General de Sanidad, el Director General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social, el Presidente/a y el Director/a Ejecutivo/a de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias y para su territorio, definirán las correspondientes autoridades sanitarias. Los funcionarios públicos de las Administraciones competentes en materia de salud pública, designados para ejercer las funciones de inspección sanitaria, tendrán consideración de agentes de la autoridad, teniendo valor probatorio los hechos por ellos constatados y formalizados en documentos públicos, conforme a los requisitos legales pertinentes.

Capítulo II. Vigilancia y control.

En este capítulo se regulan las actuaciones de vigilancia y control a realizar por las Administraciones públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias. Así, las mismas han de realizar las inspecciones necesarias para el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y de las que sean concordantes.

Así, los funcionarios públicos de las Administraciones sanitarias competentes en la materia, debidamente acreditados, en ejercicio de sus funciones inspectoras relativas a la protección de la salud, tienen la condición de agentes de la autoridad y están autorizados para:

a) Entrar libremente y sin previa notificación en cualquier instalación, establecimiento, servicio o industria sujetos al control sanitario establecido por la presente ley.

b) Tomar muestras y practicar las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para la comprobación del cumplimiento de las normas sanitarias.

c) Efectuar todas las actuaciones necesarias para el cumplimiento de sus funciones de inspección.

También en este capítulo se regulan las actividades de control, señalándose que las tareas de control analítico con valor oficial que deben realizar las Administraciones públicas para el cumplimiento de las disposiciones de la ley han de efectuarse en los establecimientos homologados por la red de laboratorios de salud pública, así como el deber de informar a la correspondiente autoridad sanitaria y adoptar las medidas contempladas normativamente y todas aquellas que se considere necesario para evitar o reducir riesgos para la salud que atañe a los titulares de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias que detecten la existencia de riesgos para la salud derivados de la actividad o de los respectivos productos

Capítulo III: Medidas cautelares.

Si, como consecuencia de las actividades de inspección y control, se comprueba que hay riesgo para la salud de la población, o existen indicios razonables de ello, las autoridades sanitarias, a través de los órganos competentes en la materia establecidos reglamentariamente, deben adoptar las siguientes medidas cautelares:

- a) La inmovilización y, si procede, el decomiso de productos y sustancias.
- b) El cierre preventivo de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias.
- c) La suspensión de la autorización sanitaria de funcionamiento.
- d) La determinación de condiciones previas en cualquier fase de la fabricación o comercialización de productos y sustancias, así como del funcionamiento de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias a que se refiere la presente ley, con la finalidad de corregir las deficiencias detectadas.
- e) Cualquier otra medida ajustada a la legalidad vigente si existen indicios racionales de riesgo para la salud.

Título VI. Infracciones y sanciones

De acuerdo con la regulación contenida en este Título, podrán ser sancionadas, por las acciones u omisiones constitutivas de las infracciones administrativas reguladas en el mismo (tipificadas en muy graves, graves y leves), las personas físicas y jurídicas responsables de las mismas.

Resulta finalmente destacable la disposición final segunda del anteproyecto de Ley, mediante la cual se faculta al Gobierno para que, en el plazo de dos años a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, proceda a la elaboración de un Texto Refundido que regularice, aclare y armonice la presente Ley con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Dicha disposición final autoriza también al Gobierno para que integre en dicho Texto Refundido regularizadas, aclaradas y armonizadas las disposiciones en materia de Salud Pública contenidas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

2. Análisis jurídico

Se trata de un anteproyecto con rango de Ley.

El anteproyecto se relaciona con la Constitución Española ya que extiende a las personas en buen estado de salud el derecho reconocido a la protección de la salud. La normativa sectorial desde la Constitución Española se ha centrado en asuntos más relacionados con la asistencia a la enfermedad que en el mantenimiento y mejora de la salud pese a que La Ley General de Sanidad estableció que los servicios sanitarios girasen en torno a la prevención y la promoción de la Salud. De hecho una característica de esta propuesta normativa es que es coherente con el ordenamiento jurídico en la medida que complementa las siguientes normas:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, el anteproyecto garantiza el cumplimiento de las actividades relacionadas con la salud derivadas de la aplicación del reglamento (CE) nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH), así como el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

3. Descripción de la tramitación

Actualmente y pendiente de continuar otros trámites, antes de su redacción este anteproyecto contó con una amplia participación de agentes y sectores representativos del ámbito de la salud pública en concreto y de la sanidad española en general. Cabe destacar que la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria realizó un informe específico sobre una Ley de Salud Pública en España con la participación de numerosos expertos de las sociedades científicas asociadas (Rosa Urbanos en nombre del Grupo de Trabajo de SESPAS sobre una Futura Ley Estatal de Salud Pública, Recomendaciones para una futura Ley de Salud Pública en España, Gac. Sanit. 2010;24(1):89-94 *“La elaboración de la ley estatal abre una oportunidad única para reformular la política de salud pública en España. Dicha reformulación debe partir de un concepto de salud pública adaptado a las necesidades del nuevo siglo, y debe adoptar como columna vertebral la noción de salud en todas las políticas. La modernización, la reorganización y la coordinación de las estructuras y de los recursos disponibles son imprescindibles para lograr una política de salud pública efectiva. Para ello es preciso que la ley fomente tanto el abordaje integral de los problemas de salud como la colaboración de los agentes implicados en su protección”*.). Su informe es favorable a la

promulgación de una ley de salud pública, lo consideran imprescindible y las indicaciones del informe se han tenido en cuenta en la redacción.

Se ha contado con el asesoramiento de los siguientes expertos:

- Beatriz González López-Valcárcel, Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Fernando Martínez Navarro, Director de la Escuela Nacional de Salud del Instituto de Salud Carlos III.
- José Luis Peray Baiges, Coordinador para la creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Dirección General de Salud Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Miquel Porta Serra, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Andreu Segura Benedicto, Presidente de la Asociación Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- Francisco Villar Rojas, Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de La Laguna.

Adicionalmente se pidió opinión y sugerencias de contenido a diversas entidades y personas:

INSTITUCIÓN

ADMINISTRACIÓN GRAL. DEL ESTADO

Ministerio de Ciencia e Innovación
Instituto Salud Carlos III
Ministerio de Presidencia
Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación
Ministerio de Justicia
Ministerio de Defensa

Ministerio de Interior
Dirección General de Tráfico
Ministerio de Educación
Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino
Ministerio de Administraciones Públicas
Ministerio de Igualdad
Ministerio de Trabajo e Inmigración

ADMINISTRACIÓN LOCAL

Federación Española de Municipios y Provincias
Federación Española de Municipios y Provincias
Ayuntamiento de Valencia
Ayuntamiento A Coruña
Ayuntamiento Barcelona
Ayuntamiento Bilbao
Ayuntamiento Las Palmas
Ayuntamiento Madrid
Ayuntamiento Málaga
Ayuntamiento Sevilla
Ayuntamiento Zaragoza
Ayuntamiento de Leganés
Comité Ejecutivo Red Española Ciudades Saludables

SINDICATOS

Unión General de Trabajadores UGT
Comisiones Obreras CC.OO.
Unión Sindical Obrera USO
Central Sindical Funcionarios
Confederación Estatal de Organizaciones Empresariales
Confederación Estatal de Sindicatos Médicos
SATSE, Sindicato Enfermería
Confederación Española de Pequeña y Mediana empresa
Asociación Nacional de Catedráticos de Instituto ANCABA
Asoc. Nacional de Profesionales de la Enseñanza
Confederación Española de Asoc. De Padres y Madres de Alumnos
CEAPA
Conf. Sindicatos de Trabajadores/as Enseñanza
Federación de Sindicatos Independientes de la Enseñanza
Confederación Española de Asociaciones de Padres de Alumnos
Confederación Católica Nacional de Padres de Familia y Padres de alumnos

CONSUMIDORES Y USUARIOS

Asociación de Usuarios de Bancos
Asociación General de Consumidores (ASGECO)

Confederación Española Organizaciones de Amas de Casa,
Consumidores y Usuarios (CEACCU)
Confederación de Consumidores y Usuarios (CECU)
Federación de Usuarios Independientes (FUCI)
Organización de Consumidores y Usuarios (OCU)
Federación Unión Cívica de Consumidores y amas del Hogar de
España (UNAE)

SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Asociación Española de Economía de la Salud
Asociación Madrileña de Administración Sanitaria
HIPATIA
Red Española de Atención Primaria
Sociedad Canaria de Salud Pública
Sociedad Española de Epidemiología
Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica
Sociedad Española de Sanidad Ambiental SESA
Asociación Juristas de la Salud
Sociedad de Salud Pública de Cataluña y Baleares
Asociación Nacional de Orientación y Psicopedagogía
Sociedad Española de Pedagogía (SEP)
Asociación Española de Derecho Sanitario
Programa Actividades Preventivas y Promoción de la Salud
Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo
Sociedad Andaluza de Tabaquismo
Asociación española de Fisioterapeutas
Asociación Española de Terapias Ocupacionales
Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud
Asociación de Bioética Fundamental y Clínica
Asociación Nacional de Citólogos
Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)
Asociación de Economía de la Salud (A.E.S.)
Asociación de Educación para la Salud (adeps)
Asociación Española de Podólogos
Asociación Española de Salud Mental de Ciempozuelos
Asociación Española de Salud Mental de Cádiz
Asociación de Unidades Técnicas de Protección contra Radiaciones
Ionizantes
Sociedad Española de Informática de la Salud (S.E.I.S.)
Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)
Asociación Española Enfermería Deportiva (A.E.E.D.)
Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D.)
Asociación de Enfermería en Gerencia y Administración
Asociación Española de Enfermería de la Infancia
Asociación Enfermería en Nutrición y Dietética

Asociación Española de Enfermería Oncológica
Asociación Española de Enfermería en Pediatría
Asociación Enfermería de Salud Mental. Universidad de Barcelona
Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)
Asociación Española de Enfermería en Pediatría
Asociación Enfermería de Salud Mental. Universidad de Barcelona
Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)
Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral (AET)
Asociación Nacional de Matronas.
Asociación Nacional de Directivos de Enfermería
Federación Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
Sociedad Española de Enfermería de la Infancia
Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica del Hospital de La Rioja (S.E.E.G.G.)
Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica
Sociedad Española de Enfermería Informática e Internet (SEEI)
Asociación Española de Enfermería
Sociedad Española de Enfermería Oncológica
Sociedad Española de Enfermería de Urgencias
Sociedad Española de Licenciados en Enfermería. Universidad de Alicante
Federación Asociaciones Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Cántabra de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria.
Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria
Asociación Española de Abastecimiento de Aguas y Saneamiento (AEAS)
Asociación Española de Desalación y Reutilización (AEDYR)

Asociación Española de Toxicología. Facultad de Farmacia
Sociedad Española de Mutagénesis Ambiental (SEMA). Facultad de Biociencias
Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI)
Asociación Médicos de Sanidad Exterior
Federación Empresarial de la Industria Química Española (FEIQUE)
Asociación Empresarial de Protección de las Plantas (AEPLA)
Asociación Empresas de Detergentes y Productos Limpieza, Mantenimiento y Afines (ADELMA)
Asociación de Fabricantes de Pintura y Tintes de Imprimir (ASEFAPI)
Asociación Nacional Empresas de Control de Plagas (ANECPLA)
Sociedad Española de Medicina General
Red Española de Atención Primaria
Asociación Española de Farmacéuticos Analistas
Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad SEEDO
Asociación Española de Genética Humana. Universidad de Zaragoza
Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria
Sociedad Española de Medicina Marítima
Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
Sociedad Española de Cardiología
Sociedad Española de Medicina Interna
Sociedad Española de Medicina Nuclear
Sociedad Española de Hospitalización a domicilio
Asociación Española de Especialistas en Medicina de Trabajo
Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
Sociedad Española de Neurología
Sociedad Española de Odontología Infantil
Sociedad Española de Oncología Médica
Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas
Sociedad Española de Psiquiatría
Sociedad Española de Protección Radiológica (S.E.P.R.)
Sociedad Española de Medicina de Emergencias y Urgencias (Semes)
Asociación Española de Urología
Sociedad Española de Arteriosclerosis
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
Sociedad Española de Toxicomanías
Sociedad Española de Electromedicina e Ingeniería Clínica
Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA)
Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

Federación Española de Sociedades en Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD)

Federación Española de Medicina del Deporte

Sociedad Española de Medicina de Catástrofes.

Sociedad Científica Española de Estudios sobre Alcohol, Toxicomanías y otras Dependencias

ASOCIACIONES PROFESIONALES DE EDUCADORES

Asociación Profesional de Educadores Especializados de Aragón
Asociación Profesional de Educadores Especializados de Asturias
Asociación Profesional de Educadores Especializados de Madrid
Asociación profesional de Educadores Especializados de Navarra
Asociación Profesional de Educadores Especializados de Toledo
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Andalucía
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Baleares
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Burgos.
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Cádiz
Asociación Profesional de Educadores Especializados de Valladolid
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Canarias
Asociación Profesional de Educadores sociales de Cantabria
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Ciudad Real
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Córdoba
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Euskadi
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Extremadura
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Galicia
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Jaén
Asociación Profesional de Educadores sociales de La Rioja
Asociación Profesional de Educadores sociales de Málaga
Asociación Profesional de Educadores sociales de Murcia
Asociación Profesional de Educadores sociales de Sevilla
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Bizkaia
Asociación de profesionales del Menor de Valencia
Asociación Profesional de Educadores sociales de Gipúzkoa
Asociación Profesional de Educadores sociales de Álava
Asociación Profesional de Educadores sociales de Cataluña
Asociación Profesional de Educadores sociales de Barcelona
Asociación Profesional de Educadores sociales de Girona
Asociación Profesional de Educadores sociales de Lérida
Asociación Profesional de Educadores sociales de Tarragona
Asociación de Educadores Sociales de Valencia

ASOCIACIONES PROFESIONALES DE LA ENSEÑANZA

Asociación Profesional de Educadores Especializados de Aragón
Asociación Profesional de Educadores Especializados de Asturias
Asociación Profesional de Educadores Especializados de Madrid

Asociación Profesional de Educadores Especializados de Navarra
Asociación Profesional de Educadores Especializados de Toledo
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Andalucía
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Baleares
Asociación Profesional de Educadores Sociales de Burgos
Asociación Profesional de Educadores sociales de Cádiz

UNIVERSIDADES

MEDICINA

Facultad de Medicina de Alcalá de Henares
Facultad de Medicina de la U. Autónoma de Barcelona
Facultad de Medicina de la U. Autónoma de Madrid
Facultad de Medicina de la U. de Barcelona
Facultad de Medicina de la U. de Cádiz
Facultad de Medicina de la U. de Cantabria
Facultad de Medicina de la U. de Castilla-La Mancha
Facultad de Medicina de la U. Complutense de Madrid
Facultad de Medicina de la U. de Córdoba
Facultad de Medicina de la U. de Extremadura
Facultad de Medicina de la U. de Granada
Facultad de Medicina de la U. de La Laguna
Facultad de Medicina de la U. de Las Palmas de Gran Canaria
Facultad de Medicina de la U. de Lérida
Facultad de Medicina de la U. de Málaga
Facultad de Medicina de la U. de Elche
Facultad de Medicina de la U. de Murcia
Facultad de Medicina de la U. de Oviedo
Facultad de Medicina de la U. de País Vasco
Facultad de Medicina de la U. Rovira i Virgili
Facultad de Medicina de la U. de Salamanca
Facultad de Medicina de la U. de Santiago de Compostela
Facultad de Medicina de la U. de Sevilla
Facultad de Medicina de la U. de Valencia
Facultad de Medicina de la U. de Valladolid
Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la U. de Zaragoza
(Huesca)
Facultad de Medicina de la U. de Navarra
Facultad de Medicina de la U. Fundación San Pablo CEU
Facultad de Medicina de la U. de Zaragoza

VETERINARIA

Facultad Veterinaria de la Universidad de Barcelona
Facultad Veterinaria de la Universidad de Cáceres
Facultad Veterinaria de la Universidad de Córdoba
Facultad Veterinaria de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Facultad Veterinaria de la Universidad de León

Facultad Veterinaria de la Universidad de Lugo
Facultad Veterinaria de la Universidad Compl. Madrid
Facultad Veterinaria de la Universidad de Murcia
Facultad Veterinaria de la Universidad de Zaragoza
Facultad Veterinaria Univers. Ceu Cardenal Herrera Valencia

FARMACIA

Facultad Farmacia de la Univers.M. Hernández/Alicante
Facultad Farmacia de la Universidad de Alcalá Henares
Facultad Farmacia de la Universidad de Barcelona
Facultad Farmacia de la Universidad de Granada
Facultad Farmacia de la Universidad de La Laguna
Facultad Farmacia de la Univ. Complutense de Madrid
Facultad Farmacia de la Universidad San Pablo Ceu de Madrid
Facultad Farmacia de la Universidad de Navarra
Facultad Farmacia de la Universidad de Salamanca
Facultad Farmacia de la Universidad de Santiago Compostela
Facultad Farmacia de la Universidad de Sevilla
Facultad Farmacia de la Universidad de Valencia

FUNDACIONES

Fundación MAPFRE
Fundación ARECES
Fundación Farmaindustria
Fundación Berna
Fundación Bristol
Fundación Lilly
Fundación Merck
Fundación Roche
Fundación Sandoz
Fundación Sanofi-Aventis
Fundación Schering-Plough
Fundación Wyeth
Federación Española Empresas Tecnología Sanitaria
Fundación Tecnología y Salud
PFIZER
Fundación para Investigación Biomédica Hospital 12 Octubre
Fundación Empresarial para la Investigación Biomédica de Albacete
Fundación para Investigación Biomédica Hospital La Paz
Fundación Castroverde
Fundación Salud 2000
Fundación Medicina y Humanidades Médicas
Fundación Empresa y Sociedad
Fundación El Pacto Mundial
Obra Social La Caixa
Fundación Ciencias de la Salud

Fundación Centro Investigación Enfermedades Neurológicas
Fundación Calahorra
Fundación Asociación Española contra el Cáncer
Fundación Esther Koplowitz
Fundación Genoma España
Fundación Instituto Mediterráneo para el Avance Biomedicina y la Investigación Biosanitaria (IMABIS)
Fundación Investigación Médica Mutua Madrileña
Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón
Fundación para la Investigación Biomédica Hospital Puerta de Hierro
Fundación del Hospital Universitario de Elche
Fundación para la Investigación Hospital Universitario de La Fe
Fundación Jiménez Díaz
Fundación Progreso y Salud
Fundación Ramón y Cajal
Fundación SEIMC-GESIDA
Instituto de Investigación Biomédica Alberto Sols
Parc Cientific de Barcelona
Centro Investigación Príncipe Felipe
Centro Regulación Genómica
Federación Española de Entidades de Innovación y Tecnología
Facultad de Medicina Universidad de Murcia/Departamento Biología Celular e Histología (AEBI)
Fundación O.N.C.E.
Fundación Clinic per la Recerca Biomédica del Hospital Clinic de Barcelona
Instituto de Investigación Biomédica de Barcelona
Instituto de Investigación Biomédica. Barcelona
Centro de Investigación Biomédica de Granada
Asociación Española de Fundaciones

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

ONG Ecologistas en Acción
GreenPeace España
Amigos de la Tierra
WWF F. Adena España
Caritas Española
Cruz Roja Española
Médicos del Mundo
CESIDA
COGAILES (Gay-Lesbiana)
Federación Estatal Asociaciones Personas afectadas por las Drogas y el VIH (FAUDAS)
Federación del Movimiento Ciudadano Antisida (FUNSIDA)

Fundación del Movimiento Ciudadano Antisida (FUNSIDA) de Burgos
Asociación de hombres por la igualdad de género (AHIGE)
Fundación UNICEF
Federación Mujeres Progresistas
Área de Salud de la Fundación Secretariado General Gitano
Fundación de ayuda contra la Drogradicción
Federación Española de Enfermos Alcohólicos y Familiares
(A.N.D.A.R.)
Federación Española de Enfermedades Raras
Federación Alcohólicos Rehabilitados de España
Asociación Bienestar y Desarrollo
Asociación Deporte y Vida
Asociación Acaronas
Gestión RED 2002 (Red comunitaria VIH/SIDA del Estado Español)
Observatorio de la Sostenibilidad en España (OSE)
Intermón Oxfam
CERMI (Comité Español Representante de Minusválidos)
Confederación Española de Agrupación de Familiares de enfermos
mentales
Médicos sin fronteras

INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Glaxo Smith Kline
Gilead Sciences, S.L.
Abbott Laboratorios S.A.
Laboratorios Boehringer Ingelheim S.A.
Janssen-Cilag

CONSEJOS GENERALES/COLEGIOS

Consejo General de Colegios Médicos
Consejo General de Enfermería
Consejo General de Farmacéuticos
C. Oficial de Farmacéuticos Valencia
Consejo General de Veterinarios
Consejo Nacional de Ópticos-Optometristas
Colegio Oficial de Biólogos
Colegio G. Psicólogos
Consejo Gral. de Colegios Oficiales de Podólogos
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra
Col Oficial de Dietistas-Nutricionistas de las I. Baleares
Col. Oficial Dietistas-Nutricionistas Aragón CODNA

CONSEJOS DE LA ABOGACÍA

Consejo Andaluz de Colegios de Abogados de Málaga
Consejo Canario de Colegios de Abogados de Las Palmas

Ilustre Colegio de Abogados de Cartagena
Ilustre Colegio de Abogados de Lorca
Consejo de la Abogacía Gallega
Consejo Colegios de Abogados de Aragón
Ilustre Colegio de Abogados de Badajoz
Ilustre Colegio de Abogados de I. Baleares
Consejo Vasco de la Abogacía
Ilustre Colegio de Abogados de Cáceres
Consejo Abogacía de Castilla-La Mancha
Consejo de Colegios de Abogados de Castilla y León
Consejo de Ilustres Colegios de Abogados de Cataluña
Consejo de Colegios de Abogados de la Comunidad de Madrid
Ilustre Colégio de Abogados de Murcia
Consejo Valenciano de Colegios de Abogados
Consejo General de la Abogacía Española
Ilustre Colégio de Abogados de Estella
Ilustre Colégio de Abogados de Gijón
Ilustre Colegio de Abogados de La Rioja
Ilustre Colegio de Abogados de Oviedo
Ilustre Colegio de Abogados de Pamplona
Ilustre Colegio de Abogados de Santander
Ilustre Colegio de Abogados de Tafalla
Ilustre Colegio de Abogados de Tudela

COLEGIOS DE ABOGADOS

Consejo Andaluz de Colegios de Abogados
Consejo Canario de Colegio de Abogados
Colegio Abogados Barcelona/Sección Derecho sanitario
Colegio Abogados de Cartagena
Colegio de Abogados de Lorca
Consejo de la Abogacía Gallega
Consejo Colegios Abogados de Aragón
Colegio de Abogados de Badajoz
Colegio de Abogados de Baleares
Consejo Vasco de la Abogacía
Colegio de Abogados de Cáceres
Consejo Abogacía de Castilla-La Mancha
Consejo Colegios de Abogados de Castilla y León
Consejo de Ilustres Colegios de Abogados de Cataluña
Consejo de Colegios de Abogados de la Comunidad de Madrid
Colegio de Abogados de Murcia
Consejo Valenciano de Colegios de Abogados
Consejo General de la Abogacía Española
Colegio de Abogados de Estella
Colegio de Abogados de Gijón

Colegio de Abogados de La Rioja
Colegio de Abogados de Oviedo
Colegio de Abogados de Pamplona
Colegio de Abogados de Santander
Colegio de Abogados de Tafalla
Colegio de Abogados de Tudela

COLEGIOS DE BIÓLOGOS

Colegio Oficial de Biólogos de Catalunya
Colegio Oficial de Biólogos de Andalucía
Colegio Oficial de Biólogos de Castilla-La Mancha
Colegio Oficial de Biólogos de Euskadi
Colegio oficial de Biólogos de Extremadura
Colegio oficial de Biólogos de Canarias
Colegio Oficial de Biólogos de la Región de Murcia
Colegio oficial de Biólogos de la Comunidad Valenciana
Colegio Oficial de Biólogos de Galicia
Colegio Oficial de Biólogos de las Islas Baleares
Colegio Oficial de Biólogos de Castilla y León
Colegio Oficial de Biólogos de Asturias-Cantabria
Colegio Oficial de Biólogos de Aragón-La Rioja-Navarra
Colegio Oficial de Biólogos de la Comunidad de Madrid

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Diario Médico
Gaceta Sanitaria
Revista RAS
Medicine
El Mundo
El País
El Periódico
La Razón
ABC
La Vanguardia
Las Provincias

PARTIDOS POLÍTICOS

Partido Socialista Obrero Español PSOE
Partido Popular PP
Convergencia i Unió CiU
Partido Nacionalista Vasco/EAJ-PNV
Ezquerria Republicana de Catalunya ERC
Izquierda Unida IU
Iniciativa per Catalunya Verds ICD
Coalición Canaria CC

Bloque Nacionalista Gallego BNG
Nafarroa Bai Na-Bai
Unión Progreso y Democracia UPyD
Unión del Pueblo Navarro UPN

EXPERTOS

JJ Francisco Polledo
Vicente Navarro
Josep M^a Pons
Rafael Nájera
J Manuel Freire
Ferrán Martínez Navarro
Odorina Tello Anchuela
M^a Luisa de la Puente
Francisco Parras
Jose Ramón Repullo
Jose Ramón Villalbi
Carmen Castañón Subd. Gral. Relaciones Internacionales
Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud
Pública. Grupo:
Ángela Domínguez
Fernando G. Benavides
Josep Vaqué Rafart
Juan Luis Beltrán Aguirre
Roberto Urbez
Javier Marías
JJ Millás
M Rivas
Antonio Muñoz Molina
Almudena Grandes
Gonzalo Grandes
Juan Gervás

CATEDRÁTICOS MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Universidad Rey Juan Carlos
Universidad Autónoma de Barcelona
Universidad de Barcelona
Universidad de Alicante
Universidad de Salamanca
Universidad de Las Palmas
Universidad Pompeu Fabra
Universidad de Oviedo
Universidad de Santiago de Compostela
Universidad Autónoma de Madrid
Universidad de Valencia

Universidad de Alcalá de Henares
Universidad de La Laguna
Universidad de Málaga
Universidad de Barcelona
Universidad de Jaén
Universidad Complutense Madrid
Universidad de Granada
Universidad de Valladolid
Universidad de Navarra

Se han recibido sugerencias y aportaciones de aproximadamente un 30% de los consultados que han sido valoradas y tenidas en cuenta siempre que hayan estado en el alcance de esta Ley.

En este marco, con independencia de aquellas organizaciones y expertos que realizaron aportaciones previas al Anteproyecto, se deberá solicitar informe a los siguientes organismos, antes de la remisión del anteproyecto al Consejo de Estado.

1. COMUNIDADES AUTÓNOMAS y CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y COMITÉ CONSULTIVO
2. CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
3. COMISION DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS
4. DEPARTAMENTOS MINISTERIALES
5. COMUNIDADES AUTÓNOMAS
6. SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
7. DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS
8. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN PROFESIONAL, COHESIÓN DEL SNS Y ALTA INSPECCIÓN

9. AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
10. AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN
11. AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
12. DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICA SOCIAL DE LAS FAMILIAS Y DE LA INFANCIA
13. DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SECTORIALES SOBRE DISCAPACIDAD
14. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS
15. DIRECCIÓN GENERAL DE CONSUMO
16. INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA)
17. DIRECCIÓN GENERAL DE TRÁFICO
18. COMISIÓN NACIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL
19. FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS
20. CONSEJO DE CONSUMIDORES Y USUARIOS
21. CONSEJO ASESOR DE MEDIO AMBIENTE
22. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS
23. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ENFERMERÍA
24. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE FISIOTERAPEÚTAS DE ESPAÑA
25. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE FARMACÉUTICOS

26. COMISIÓN NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

27. AGENTES SOCIALES

Asimismo, deberá procederse a dar audiencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 24.1.c) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, a las entidades, asociaciones y sectores que pudieran verse afectados por el ámbito de aplicación de la Ley.

III. ANÁLISIS DE IMPACTOS

1. Consideraciones generales

El Anteproyecto de ley general de salud pública tiene como objeto el alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la sociedad española. A través del impulso de políticas saludables, este anteproyecto pretende conseguir una modificación de los estilos de vida de la población desde edades tempranas, cuyas consecuencias en cuanto a disminución de prevalencia de las enfermedades actualmente responsables de la mayor morbi-mortalidad de la población occidental, se verán a medio y largo plazo.

El principio de salud en todas las políticas supone que hay políticas que deben tener resultados sinérgicos, es decir, que alcancen sus objetivos maximizando los resultados en salud y en todo caso acorde a la política de economía sostenible que se está impulsando desde el gobierno de España. De esta forma, cuanto mayor sea el grado de aplicación de esta Ley, más beneficios en términos económicos, sociales y humanos se conseguirán.

La implantación de programas de prevención puede suponer a corto plazo unos costes, que en un plazo medio se verán muy superados por los beneficios que estas medidas generarán a la sociedad. Los planes de actuación en salud pública se acompañarán de una valoración de su sostenibilidad económica y

ambiental a corto y medio plazo que las autoridades sanitarias realizarán periódicamente.

Cabe esperar los siguientes efectos:

1. Un impacto positivo de género: en efecto, tanto mujeres como hombres pueden aprovechar de igual forma las medidas contempladas en el anteproyecto.
2. Un impacto positivo económico, motivado por la mayor eficiencia económica y social que se puede alcanzar con este Anteproyecto de ley. Esto se puede conseguir con el buen funcionamiento de las intervenciones en salud pública, tal y como se ha determinado tanto nacional como internacionalmente. Esta mayor eficiencia se debe en general a una mayor productividad y mejora de los ingresos públicos.
3. Un impacto positivo en el entorno, pues la instauración del enfoque de salud en todas las políticas tiende a optimizar los resultados de políticas dirigidas a mejorar el entorno en todos sus sentidos (ambiental, físico...)

Dada la dificultad para definir el impacto cuantitativo de algunas de las medidas contenidas en el anteproyecto se considera especialmente necesario llevar a cabo un seguimiento y evaluación de la aplicación de la norma.

2. Adecuación del proyecto al orden de distribución de competencias

a. Análisis de los títulos competenciales: identificación del título prevalente.

El anteproyecto se adecua al orden de distribución de competencias. El anteproyecto establece bases generales de actuación en materia de salud

pública complementando el ordenamiento jurídico en esta materia sanitaria que hasta ahora no se había considerado y establece una organización estatal de salud pública adaptada a las necesidades y conocimientos actuales a fin de facilitar la actuación de cada una de las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias.

Este contenido es plenamente coherente con lo expuesto en el artículo 43.2, 149.1.15 y 149.1.16 de la Constitución española como títulos competenciales que amparan este anteproyecto. El artículo 43.2 establece la competencia de los poderes públicos en la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. El artículo 149.1 establece que el Estado tiene competencia exclusiva en fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica y en materia de sanidad exterior y de coordinación general de la sanidad. La ley, por tanto, se dicta al amparo de los artículos 43.2 y 149.1 de la Constitución española.

Este anteproyecto se dicta al amparo del artículo 149.1.16^a que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las bases y coordinación general de la sanidad. El Capítulo IX del Título II se ampara en la competencia exclusiva del Estado en materia de sanidad exterior. Se exceptúa de lo anterior, el capítulo II del título IV, que se dicta al amparo del artículo 149.1.15^a de la Constitución, y el Capítulo III del Título III, y los artículos 108, 109 y 110 que son aplicables únicamente a la Administración General del Estado, y que no tienen carácter básico.

b. Análisis de las cuestiones competenciales más relevantes que suscita el proyecto.

En la preparación del anteproyecto se han considerado las Leyes de Salud Pública promulgadas recientemente en España (Ley 4/2005, de 17 de junio, de salud pública de la Comunidad Valenciana y Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública de Cataluña) y los anteproyectos disponibles (Anteproyecto de ley

de salud pública de Andalucía, Castilla León, Extremadura, y Baleares) a fin de comprobar la distribución de competencias en las cuestiones más relevantes.

En la fase actual se considera que las cuestiones que pueden suscitar problemas de competencia son las siguientes:

1. Principios Generales de Acción en Salud Pública:

Los principios generales de acción son los que se enumeran a continuación: principio de salud en todas las políticas; principio de pertinencia; principio de respeto a los derechos humanos; principio de eficiencia social; principio de proporcionalidad; principio de precaución; principio de equidad; principio de evaluación; principio de perspectiva de género; principio de rendición de cuentas; principio de transparencia; principio de participación; principio de coordinación; principio de sostenibilidad; principio de ética. Todos ellos son básicos para guiar las actividades de salud pública y para que éstas consigan sus objetivos, más concretamente con la necesidad de una equidad efectiva de forma que todos los avances en salud pública deben garantizar la reducción de las desigualdades sociales en salud. Alguno de estos principios, por ejemplo el de evaluación (que obliga a evaluar las intervenciones en salud pública), podría suscitar conflicto de competencias, sin embargo, la exigencia de evaluación es análoga a la garantía de seguridad que se establece para los demás procedimientos sanitarios, por ejemplo los terapéuticos. De ahí que entendemos que el manejo del conocimiento científico y la exigencia de calidad no deberían causar problemas competenciales.

2. Organización asistencial para la prevención y promoción:

El anteproyecto establece la necesidad de que los servicios sanitarios realicen actividades de prevención y promoción, aunque esto podría considerarse una invasión de competencias, cabe indicar que la propia Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y que el ordenamiento jurídico (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad) establece la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y

servicios que creen, mantengan y protejan la salud, creando entornos que apoyen la salud y faciliten la adopción estilos de vida saludables.

Para conseguir estos fines se impulsa la acción intersectorial, haciendo que los programas de promoción abarquen políticas no sanitarias, se favorece la participación social y se le da un papel de especial importancia a los servicios de atención primaria. Se describen los principales ámbitos de acción de la promoción, como el educativo, el sanitario, el laboral y el comunitario, siendo considerado el educativo prioritario en esta ley. También se establece un sistema que acredita la calidad de las intervenciones en promoción, incluidas las difundidas a través de los medios de comunicación.

3. Evaluación de Impacto en Salud:

Para avanzar en un nuevo concepto de promoción, prevención, y protección de la salud las administraciones competentes deben aplicar el principio de “Salud en todas las políticas”. Esta iniciativa reconoce que la salud de la población no depende exclusivamente de la política sanitaria y propone reforzar la integración de consideraciones sanitarias en todas las políticas a nivel de la Unión Europea, los Estados Miembros y las regiones. La herramienta más adecuada para influir en las políticas extrasanitarias es la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) como metodología fundamental que permita adoptar decisiones políticas basadas en la mejor evidencia científica disponible.

La EIS es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser juzgada una política, un programa o un proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población, y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la población (Gotemburgo WHO-EHCP 1999). La EIS implica por definición la consideración de riesgo global: ambiental y social. En los aspectos sociales se incluyen los elementos económicos, de aceptación pública y por supuesto de salud humana. Hasta ahora los aspectos de salud pública se han evaluado de forma muy superficial en los procedimientos de evaluación ambiental. La utilización de la EIS contribuye a mejorar la aplicación

de la EIA y EAE, al incorporar una metodología normalizada y aceptada por la comunidad científica.

La EIS permitirá estimar el efecto de las decisiones políticas de otros sectores extrasanitarios sobre la salud, asegurar una acción coordinada de todos los niveles de las Administraciones y cumplir los objetivos de los programas de acción comunitaria en el ámbito de la salud establecidos en la Unión Europea.

La generalización de la aplicación de la EIS abre nuevas posibilidades de innovación y desarrollo de técnicas modernas de evolución de riesgos para la salud. La inclusión de la EIS en nuestro ordenamiento jurídico puede situarnos en el grupo de los países más avanzados en la aplicación de la EIS. Genera nuevas vías de conocimiento aplicables en las nuevas reformas relacionadas con la economía sostenible. Facilitará la aplicación de las actuaciones previstas en la Ley de Responsabilidad Ambiental que exige un complejo proceso de análisis de riesgos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la realización de impacto en la salud (EIS) no es contradictoria en nuestro ordenamiento jurídico, sino que, por el contrario, está tiene su marco de actuación en la normativa comunitaria y nacional. Sin ánimo de exhaustividad, se enumeran más adelante algunos de los preceptos contenidos en leyes vigentes que prevén la realización de estudios sobre los riesgos o posibles efectos adversos la realización de determinados proyectos pudieran tener sobre la salud humana.

La EIS no plantea un problema de competencias puesto que ya existen otras normativas estatales y autonómicas que regulan materias muy similares, en concreto el Real Decreto Legislativo 1/2008, de 11 de enero, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Evaluación de Impacto Ambiental de proyectos y la Ley 9/2006, de 28 de abril, sobre evaluación de los efectos de determinados planes y programas en el medio ambiente.

La regulación de la EIS se fundamenta en el artículo 43 de la Constitución, en diversos preceptos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y de

la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Se ha respetado la actual distribución de competencias establecida en el artículo 149.1^a.16, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de “bases y coordinación general de la Sanidad”.

La competencia del Estado para dictar legislación básica comprende la necesidad de establecer una regulación uniforme para todo el territorio español, no agotando la materia, de forma que se posibilite que las CCAA puedan ejercer sus propias competencias de desarrollo normativo, además de las competencias netamente ejecutivas.

En este sentido, se considera que la redacción propuesta no invade el ámbito competencial autonómico, sino que se limita a establecer criterios generales, básicos, y a promover un conjunto de acciones que se desarrollarían y ejecutarían por las Comunidades Autónomas. No obstante, no existiría inconveniente en aceptar una redacción más laxa si se observa que la actual propuesta vulnera en alguna medida las competencias de las Comunidades Autónomas.

El uso de la EIS agilizará el proceso de evaluación de planes, programas y proyectos al establecer como obligatoria una metodología acreditada que evita la dispersión y la pérdida de tiempo en el proceso de evaluación. Actualmente la participación testimonial y burocrática de las autoridades sanitarias se limita a señalar la legislación que debe tenerse en cuenta en el proceso de evaluación y en numerosas ocasiones produce retrasos innecesarios o la omisión de la información sobre salud pública por falta de una metodología adecuada.

Por tanto, la inclusión de la EIS en el Anteproyecto de ley de salud pública permitiría que dichos estudios se realicen de forma sistemática, siguiendo las metodologías que en este ámbito utilizan algunos de los países más avanzados (Reino Unido, Países Nórdicos, Holanda, Nueva Zelanda, Canadá, etc).

c. Análisis de la participación autonómica y local en la elaboración del proyecto.

Desde el planteamiento del anteproyecto se ha informado a las Comunidades Autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en concreto en la Comisión de Salud Pública de las características generales del anteproyecto.

En la fase de tramitación se han planificado varias actuaciones que permitan una participación intensa de las Comunidades Autónomas, con dos sesiones monográficas de la Comisión de Salud Pública para su consideración, independientemente de la tramitación formal requerida. Todas las observaciones relevantes se incorporarán a esta memoria con indicación de su inclusión o no.

Así mismo se ha planificado convocar una reunión con la Federación Española de Municipios y Provincias a fin de recoger sus observaciones, que igualmente se incorporarán a esta memoria con la indicación de su inclusión.

Independientemente, además de esta planificación formal, recordamos que muchos municipios y entes locales fueron consultados sobre contenidos que podrían incluirse en la Ley.

De conformidad con el artículo 118.1.A) a) de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, este Anteproyecto debe ser sometido a informe de la Comisión Nacional de Administración Local.

3. Impacto económico y presupuestario

a. Impacto económico general

El análisis del impacto económico del Anteproyecto de la Ley General de Salud Pública es una tarea compleja, dado la gran cantidad de niveles

afectados por las reformas. No puede abordarse un análisis de tipo cuantitativo, ya que los efectos beneficiosos de las normas sobre el gasto sanitario anual que afronta el Estado se perfilan a muy largo plazo. Tras la publicación del *informe Lalonde*, han aparecido numerosos estudios que han confirmado la importancia de los determinantes sociales como el estilo de vida y el medioambiente sobre la salud de la población. La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas”, tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes.

La efectividad de las políticas sanitarias está ligada a intervenciones que reduzcan las desigualdades socio-económicas en salud. Este tipo de inequidad es un lastre para el crecimiento económico. La idea de “salud en todas las políticas”, eje que impregna el Anteproyecto de ley, aspira a modificar los determinantes sociales de la salud interviniendo en todas las políticas no sanitarias que indirectamente influyen en éstos. Por eso en esta norma se propone el desarrollo de políticas que impulsen estilos de vida sanos y la vigilancia de los riesgos medioambientales.

Una modificación de los estilos de vida de la población desde edades tempranas tendrá su consecuencia final décadas más tarde o en etapas finales de la vida de la población. Dicha consecuencia es la disminución de la prevalencia de las enfermedades actualmente responsables de la mayor morbi-mortalidad en el mundo occidental (eventos cardiovasculares, cáncer, diabetes...).

Existen estudios que demuestran cómo los programas de prevención del tabaquismo en escolares generan un beneficio para la sociedad muy superior a

sus costes. También se han estudiado los costes sociales que tiene la obesidad en cuanto a recursos sanitarios empleados y reducción de la productividad laboral, sus causas indirectas y los desafíos políticos que plantea, en cuanto a políticas ambientales, sociales, laborales y educativas basadas en la evidencia. Los factores dietéticos están asociados con 5 de las 10 causas principales de muerte en el mundo occidental, incluyendo enfermedad coronaria, ciertos tipos de cáncer, ictus, diabetes mellitus tipo 2 y la aterosclerosis. En términos generales, los resultados de las investigaciones más sólidas demuestran que la acción de salud pública tiene además de los efectos humanos beneficiosos unos altos rendimientos económicos que además favorecen el desarrollo de un nuevo mercado sanitario relacionado con la salud y no con la enfermedad y la innovación en servicios dirigidos a la salud. La Unión Europea, mediante acciones del programa de salud pública, ha mostrado que incluso la reducción de las desigualdades sociales en salud –uno de objetivos de esta Ley- tiene un gran efecto en términos de producto interior bruto.

Por tanto, se deduce el ahorro en gasto sanitario y farmacológico que se deriva de posponer la aparición de la enfermedad en el curso de la vida de una persona, además de aumentar los años de vida productiva potencial de ésta y en conjunto la eficiencia económica y social de la sociedad.

En un mundo globalizado, la competitividad depende de la productividad del país, en la cual se combinan recursos humanos, recursos de capital y recursos naturales. Identificar los factores externos que contribuyen a una muerte prematura ayudaría a impulsar los esfuerzos en prevención, mejorar la calidad de vida, y reducir los costes de servicios sanitarios. Mejorar la calidad y la disponibilidad de los nutrientes tendrá como consecuencia una población más sana y más productiva. La reducción en la prevalencia y duración de las enfermedades crónicas disminuirá el gasto sanitario permitiendo la reinversión de estos recursos en otras áreas.

Como ejemplo de ello tenemos la nueva política de químicos de la Unión Europea que a través del Reglamento (CE) nº 1907/2006 de 18 de diciembre de

2006, del Parlamento Europeo y el Consejo relativo al Registro, Evaluación, Autorización y Restricción de productos químicos – REACH, establece un nuevo sistema de control de sustancias y preparados químicos cuyo objetivo principal es proporcionar un nivel elevado de protección de la salud humana y el medio ambiente para generaciones actuales y venideras, fomentando el desarrollo sostenible. Este sistema permite un mayor acceso a la información química, sanitaria y medio ambiental, por lo que las empresas utilizarán las sustancias químicas de una manera más segura. De la misma forma se integrarán y equilibrarán los aspectos económicos, sociales y ecológicos ajustándose plenamente al enfoque equilibrado que exige el desarrollo sostenible. Actualmente la falta de información toxicológica sobre el 99% de las sustancias químicas presentes en el mercado europeo hace prácticamente imposible prevenir la mayoría de las enfermedades y muertes relacionadas con sustancias químicas. De la información existente sabemos que, al menos, 32 millones de trabajadores europeos están expuestos a sustancias cancerígenas y 7 millones sufren enfermedades laborales relacionadas con sustancias peligrosas.

En la evaluación realizada por la Comisión Europea sobre el impacto de REACH sobre la salud laboral se considera que las sustancias químicas pueden ocasionar entre 2.167 y 4.333 muertes por cáncer al año. En el caso de la población trabajadora en España se estima que la puesta en marcha de REACH evitará cerca de 7.000 casos de enfermedades laborales de piel y respiratorias cada año.

En este sentido en la evaluación de impacto económico de la Comisión Europea, los costes directos de los ensayos y el registro de las 30.000 sustancias químicas que estarán cubiertas por el REACH será de 2.300 millones de euros en los 11 años que durará el proceso de registro, lo que representa menos del 0.05% del beneficio actual de la industria química. Los costes totales, directos e indirectos se estiman entre 2.800 y 5.600 millones de euros. Por el contrario, la aplicación de REACH a nivel de la UE ahorrará

90.000 millones en los próximos 30 años sólo en lo referido a las enfermedades profesionales, cantidades que se multiplicarán si consideramos los beneficios para el medio ambiente o la salud pública.

Por ello acciones como el establecimiento de una Red Estatal de Vigilancia de la Salud Pública, va mucho más allá de la vigilancia de las enfermedades al incluir también a sus determinantes, permitirá tener un conocimiento mucho mejor no sólo de la salud de los españoles sino sobre todo de aquellos factores que la pueden perjudicar, permitiendo con ello establecer medidas claramente eficientes en términos económicos y también en términos de ganancia en salud.

Estas redes serán constituidas con los recursos y personal, ya existentes, en materia de vigilancia a nivel de Comunidad Autónoma, y Ministerio de Sanidad y Política Social, correspondiendo a estos últimos la función de integración de toda la información recibida.

De igual forma que la Red Estatal de Vigilancia de Salud Pública, la Red Estatal de Laboratorios de Salud Pública, coordinará aquellos laboratorios ya existentes.

Una cuestión clave del Anteproyecto de ley es la consideración de los nuevos conceptos de Salud Internacional y Salud Global. Lo que establece esta ley en cuanto a la participación de España en Salud Internacional tiene un retorno indirecto positivo para los sectores estratégicos económicos de España, como son el turismo y el comercio, mediante el control en fronteras del tráfico de personas y mercancías, además del reconocimiento de España como un país seguro en la comunidad internacional

El Anteproyecto de la ley general de salud pública tiene que abordarse desde una perspectiva de futuro, ya que supone un cambio en la concepción de cómo abordar la salud pública de una forma integral con el resto de las políticas, y sus resultados se podrán percibir pasado el tiempo. Por el contrario, hay que tener presente los costes derivados de la inacción que supondría la no aplicación

global y transversal de la salud en todas las políticas y el avance de las medidas contempladas en esta Ley.

b. Efectos en la competencia en el mercado

El Anteproyecto de la Ley General de Salud Pública no establece restricciones al acceso de nuevos operadores, ni restricciones que limiten la libertad de los operadores para competir o limiten sus incentivos a hacerlo, más allá de lo actualmente establecido. No obstante se concretan algunas medidas de carácter general ya implantadas para el acceso a la Administración sanitaria. En concreto, en el Título VI, sobre los profesionales de la salud pública, se establece que el ejercicio de la salud pública será realizado por personal técnico con formación específica en sus áreas de conocimiento y adecuado a su nivel de responsabilidad y competencia. Esta formación específica está planteada desde un punto de vista transversal, dado que la profesión de salud pública incluye a los técnicos que trabajan en los servicios de salud pública de las Administraciones sanitarias, a los que trabajan en los servicios asistenciales en funciones esenciales de prevención y salud pública y de gestión sanitaria, etc. Estableciendo expresamente en el articulado que la profesión de salud pública, siendo profesión sanitaria, no necesita ser ejercida por profesionales con formación de grado en ciencias de la salud, excepto en los casos que determina la normativa sectorial.

En este sentido se establece que será requisito imprescindible para acceder a puestos de trabajo de salud pública en la Administración pública tener la titulación que acredite los correspondientes conocimientos de salud pública exigibles bien a través de formación universitaria de posgrado, bien mediante el acceso por pruebas específicas. Los Ministerios competentes en Educación y Sanidad fijarán reglamentariamente los criterios que deben seguir los programas oficiales de formación en el ámbito de las áreas de conocimiento de la salud pública. Así mismo, también se contempla la acreditación por los

órganos competentes y de acuerdo con la normativa vigente de titulaciones obtenidas en otros países.

Mediante este procedimiento no se otorgan derechos exclusivos a un solo operador ni se limita la capacidad de ninguna titulación específica para trabajar en el ámbito de la salud pública. El sistema propuesto no eleva los costes de entrada o de salida del mercado para un trabajador, ni se establecen barreras geográficas a la libre circulación del personal de salud pública.

Por otra parte, el establecimiento de criterios específicos para la realización de acciones preventivas de carácter poblacional comunes no se debe contemplar como una limitación en la competitividad, dado que este tipo de acciones no deben ser consideradas como medidas de publicidad, sino como medidas básicas de promoción de la salud.

c. Análisis de las cargas administrativas

El Anteproyecto de Ley General de Salud Pública, establece los deberes de los ciudadanos en este ámbito, los cuales incluyen la no realización de conductas que pongan en peligro la salud pública; la auto-responsabilidad; el deber de colaboración con la Administración pública; el de poner en conocimiento de la Administración sanitaria competente los hechos, datos o circunstancias que pudieran constituir un riesgo o peligro para la salud pública; la obligación de cumplir las instrucciones y órdenes generales que dicten las Administraciones sanitarias para toda la población; así como, la obligación de comparecer en las dependencias de la Administración sanitaria competente cuando sea requerido para proteger la salud pública en caso de riesgo real de acuerdo con la evidencia científica disponible. No obstante, este tipo de deberes no suponen una elevación de las gestiones administrativas que deben llevar a cabo los ciudadanos para cumplir con las obligaciones derivadas de la normativa.

La implantación de la evaluación del impacto en salud en aquellas leyes, planes, proyectos y programas de las Administraciones públicas que sean susceptibles de tener impacto en salud, repercutirá directamente en la propia Administración y no tanto en los ciudadanos. No obstante, cabe significar que el estudio en impacto en salud, contemplado en el Anteproyecto, es ya tenido en cuenta en la normativa española de evaluación de impacto ambiental, que ya establece los aspectos de impacto en salud. El presente Anteproyecto facilitará el desarrollo de los procedimientos para su elaboración.

d. Impacto presupuestario

• *Impacto en los Presupuestos Generales del Estado:*

Los planteamientos abordados en el Anteproyecto de ley general de salud pública han sido realizados para que supongan un impacto económico de acuerdo con la situación económica actual, considerando lo establecido en el Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público y cuyos costes puedan ser asumidos con las asignaciones presupuestarias existentes, buscando una mayor eficiencia en la utilización de los recursos disponibles.

Para la consecución de los objetivos establecidos en el presente Anteproyecto, el Ministerio de Sanidad y Política Social asumirá como objetivos principales el conocer el estado de salud de la población española y sus determinantes; valorar el desarrollo de políticas que puedan mejorarlo; y contribuir a garantizar la prestación de los servicios básicos de salud pública en España.

La financiación de los aspectos considerados en este Anteproyecto se hará sobre las asignaciones que anualmente se establezcan con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, en base a las transferencias presupuestarias y de recursos de los Ministerios implicados. Así mismo, sus

presupuestos se verán beneficiados por las aportaciones procedentes de las aportaciones de la Agencia Europea de Químicos que correspondan a los Estados miembros en virtud del Reglamento REACH y otros fondos comunitarios destinados al cumplimiento de sus fines, y de la generación de tasas/precios públicos asociadas a los servicios que sean prestados desde este organismo.

En este sentido el Estado podrá ingresar dinero por los informes de evaluación de de productos biocidas tanto en el ámbito nacional como sus acciones de evaluación relacionadas con la actividad comunitaria. En la actualidad las tasas establecidas por la Autorización y Registro de los productos biocidas pueden suponer hasta 111.512,16 €, por la evaluación para inclusión de una sustancia activa en el Anexo I. En este sentido, habría que distinguir dos periodos, uno que va desde el año 2004 a 2008 durante el cual se presentaron en España las sustancias activas que le habían correspondido evaluar como país ponente de acuerdo con la normativa comunitaria. Así, la recaudación en 2007 fue de 3.842.128,62 euros y en 2008 de 3.129.780,55 euros. A partir de 2009 y sobre todo a partir de 2010, a medida que las sustancias activas van siendo evaluadas comenzaran a llegar de forma masiva los productos a registrar elaborados con estas sustancias activas. Este crecimiento será exponencial, por cada sustancia activa se presentan varios productos biocidas que son los que llegan al consumidor. En el año 2009 la recaudación por tasas, fue de 675.141,53 €, no obstante y sobre la base del documento de la Comisión de marzo de 2010, sobre cargas de trabajo relacionadas con la autorización de productos biocidas, presentado en la 36 reunión de Autoridades Competentes, de acuerdo a las previsiones para los próximos habrá un incremento muy significativo de expedientes. En concreto se prevé que para 2015 se multiplicaran por 12 los expedientes presentados para evaluación correspondientes a productos nuevos; por 14 los expedientes de reconocimiento mutuo; y por más de 20 los expedientes que se remitan para revisión y modificaciones que alcanzaran por 100 en el 2020. Por ello las cantidades actuales se verán multiplicadas en ese sentido.

Con relación a la evaluación de productos químicos en el ámbito europeo, informes de consultoría técnica, participación en proyectos relacionados con organismos europeos y actividades formativas, la decisión de la Agencia Europea de Sustancias Químicas sobre los acuerdos de transferencia de créditos a los Estados miembros como contraprestación a las actividades que realicen para dicha Agencia Europea, ratificada por la Comisión Europea en febrero de 2010, cuantifica la carga de trabajo en 75 días para la evaluación de sustancias, según el procedimiento establecido en el Reglamento 1907/2006. Así mismo, establece en 20 días el trabajo del experto del Comité de Evaluación de Riesgos y en 25 días para el trabajo del experto del Comité de análisis socio- económico. En base a los coeficientes asignados para España, las cantidades que transferirá la Agencia Europea de Químicos por cada expediente que se evalúe en el Ministerio de Sanidad y Política Social supondrá 39.417€ por la evaluación de la sustancia; 10.511€ por el trabajo del ponente del Comité de Evaluación de Riesgos y 13.139€ por el trabajo del experto del Comité de análisis socio- económico. El número de sustancias que se asignará a cada Estado Miembro no está todavía definido, y en gran medida estará influenciado por la capacidad de respuesta de cada país para poder asumir la carga de trabajo por la que se le financia. No obstante de forma aproximada para el próximo trienio, está previsto que se evalúen unas 3.000 sustancias, con lo que repartido entre los 27 EEMM, supondrá unos 110 expedientes. Por lo que supondría unos 4.400.000€ para la evaluación de los expedientes y otros 2.600.000€ para los expertos designados, siempre y cuando se dispusiera de la adecuada capacidad de respuesta.

La implantación de las obligaciones establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para disponer de mecanismos de vigilancia permanentes capaces de detectar riesgos de naturaleza biológica, química física o de otro carácter así como situaciones de alarma social que puedan suponer una amenaza para la salud pública que requieran actuaciones de evaluación y respuesta inmediata, exige expresamente que estos sistemas de vigilancia sean dotados con los recursos humanos y técnicos imprescindibles para garantizar

su funcionamiento las 24 horas del día. Para atender a esta función se hace necesario potenciar la actual estructura del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Política Social, estableciendo los adecuados turnos de guardias para dar una cobertura de 24h y una capacidad de respuesta inferior a una hora. Los costes aproximados que esta potenciación puede suponer serían de unos 250.000€, cantidad que deberá ser asumida con los créditos del Departamento.

Por otra parte la configuración de la organización de la salud pública establecida en el Anteproyecto, facilitará la obtención de recursos a través de de conciertos o convenios con organismos europeos. Tomando como referencia a la Agencia Ejecutiva de Salud Pública, cabe señalar que desarrolla el Programa de Salud como principal instrumento para implementar la estrategia de salud de la Unión Europea. El objetivo del programa es mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos europeos y reducir las desigualdades en salud mediante la financiación de proyectos y de otras acciones en salud pública. Marcando unas áreas prioritarias para todo el periodo que se desarrollan y concretan en las subvenciones anuales. El programa actualmente vigente es para el periodo 2008-2013. España contribuye considerablemente a los fondos de la Unión Europea y sin embargo no participa en todas las convocatorias de subvenciones a las que podría, especialmente en el campo de la salud. La organización que se aborda en el Anteproyecto de ley facilitará la participación en este tipo de proyectos europeos, suponiendo una mayor visibilidad en el terreno internacional de España y de los profesionales españoles. Además es una oportunidad para intercambiar experiencias, conocimiento y buenas prácticas con los países de nuestro entorno y con ello rentabilizar recursos humanos y financieros en las intervenciones en salud pública. Haciendo una estimación de los proyectos en los que podría participar el Ministerio de Sanidad y política Social se podría calcular una transferencia de fondos anual de entre 750.000 y 1.000.000 de euros para desarrollar proyectos de intervención multinacional a nivel europeo en los primeros 5 años. Así mismo, el concepto de

salud pública sin fronteras (salud global), facilitaría también la proyección en proyectos de carácter internacional.

Por último, la financiación de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública y la Red Estatal de Laboratorios de Salud Pública, tal como se expone anteriormente, no supondrá ningún incremento del presupuesto, pues estarán formadas por personal y recursos ya existentes. Y en lo referente a la Red Española de Expertos en Salud Pública, dichos expertos sólo cooperarán cuando su conocimiento sea necesario y la compensación económica recibida se realizará mediante contraprestación de los trabajos que realicen.

- *Impacto presupuestario en las Comunidades Autónomas o Entidades Locales:*

El Anteproyecto de ley general de salud pública no conlleva efectos financieros sobre las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales como consecuencia de modificaciones legales, tanto por el lado del gasto como del ingreso.

4. Impacto por razón de género

a) Identificación de los objetivos en materia de igualdad de oportunidades que son de aplicación.

A menudo, los conceptos de “sexo” y “género” se usan indistintamente, lo que lleva a confusiones. El concepto de género se refiere a un constructor social basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres y por lo tanto no es una categoría estática sino que se produce y reproduce a través de las acciones de las personas. El género puede cambiar de una sociedad a otra y también a lo largo de la historia. En cambio, el sexo se refiere a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres.

Cabe destacar la importancia que se ha prestado a conseguir la equidad en todas las intervenciones relacionadas con la salud pública, y con respecto a las desigualdades en salud relacionadas con el género, se han considerado las relaciones de género como un determinante de salud, y se ha propuesto la adopción de medidas de apoyo a aquellas organizaciones y asociaciones directamente relacionadas con los grupos más desfavorecidos o discriminados en cuestiones de salud pública por razones de sexo.

b) Análisis del impacto de género

La equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Significa que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, presentar discapacidad o morir por causas que son injustas y evitables. Las políticas públicas pueden influir en la exposición a los riesgos, el acceso a la asistencia y las consecuencias de la mala salud en mujeres y hombres.

La experiencia indica que esto exige la aplicación de un criterio de igualdad entre géneros y de respeto por los derechos humanos que sepa sacar provecho de la energía de la sociedad civil y reconocer la necesidad de involucrar al ámbito político.

19) Descripción de la situación de partida.

Esperanza de vida y mortalidad

Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres en la mayoría de países ya que ellos tienen unas tasas de mortalidad más elevadas a una edad más temprana. Por lo general, los hombres presentan más enfermedades graves y mueren antes, mientras que las mujeres viven más

tiempo pero con enfermedades crónicas, discapacidades y peor salud mental. Estas diferencias son debidas tanto a factores biológicos como sociales.

Para los próximos años, basándose en la proyección de la mortalidad realizada por el INE, se prevén avances relativamente modestos en la esperanza de vida al nacer de los hombres, lo que conducirá a un descenso de las diferencias entre sexos en las próximas décadas. La reducción sostenida de la tasa de mortalidad en personas de edad ha permitido que aumente el número de estas personas en el conjunto de la población, siendo bastante superior el número de mujeres en edades avanzadas.

Las tasas brutas de mortalidad en su conjunto han descendido ligeramente, siguen siendo superiores en varones por diversos motivos como hábitos de vida y factores de riesgo. Actualmente las diferencias entre las tasas de hombres y mujeres no son tan elevadas. Se ha producido un descenso de las tasas de mortalidad de los varones jóvenes. Por grupos de edad, la diferencia más significativa entre sexos se produce en el grupo de 15 a 29 años, correspondiendo un 76,2% de las defunciones a varones. Sólo a partir de los 75 años, el porcentaje de defunciones femeninas supera a las masculinas.

En el año 2007, las enfermedades cerebrovasculares fueron la primera causa de muerte en las mujeres (10,3%), mientras que en los hombres fueron las enfermedades isquémicas del corazón. Los fallecimientos por causas externas son más frecuentes en los varones. Por el contrario, las defunciones originadas por el sistema nervioso (enfermedad de Alzheimer o de Parkinson), los trastornos mentales (demencia) y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas son más elevadas en las mujeres.

Esperanza de vida en buena salud

Los años de esperanza de vida en buena salud proporcionan información sobre la calidad en términos de salud, del horizonte de años de vida. En el año 2006, los años de esperanza de vida en buena salud al nacer son ligeramente

superiores en los hombres que en las mujeres. A los 65 años ambos tienen una esperanza de vida en buena salud similar, pero al ser mayor el horizonte de vida de las mujeres, es mayor el número de años que ellas viven en malas condiciones de salud.

Estado de salud y estilos de vida

En España, los hombres declaran tener mejor estado de salud que las mujeres (un 75,1% frente al 65%). La percepción de un buen estado de salud es menor en las personas de mayor edad, pero esta diferencia por sexos se sigue manteniendo.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, el porcentaje de mujeres (42,8%) que sufren limitación de sus actividades por problemas crónicos de salud es superior al de varones (28,7%), en todas las edades, y la diferencia se acentúa a partir de los 65 años.

Según datos del INE hay más de 2,3 millones de mujeres que afirman tener una discapacidad, frente a 1,55 millones de hombres. Las tasas de discapacidad de las mujeres son más elevadas que las de los hombres en edades superiores a 45 años. En los tramos de edad inferiores a 44 años, las tasas de los varones superan a las de las mujeres. El perfil de la persona que presta cuidados personales a las personas con discapacidad es una mujer de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que cuida. El 76,3 % de las personas identificadas como cuidadoras principales son mujeres.

En cuanto a estilos de vida, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, es mayor el porcentaje de mujeres que consumen fruta fresca (un 70,8% comparado con un 62,7%). Conforme se avanza en edad, el consumo diario de fruta se incrementa en ambos sexos, pero de manera mucho más significativa en las mujeres. Un 62,1% de los hombres y el 56,2% de las mujeres de 16 y

más años realizan habitualmente algún tipo de ejercicio físico en su tiempo libre. En los hombres este hábito es más frecuente entre los 16 y 24 años, mientras que en las mujeres lo es entre los 45 y 64 años.

En el año 2006, el 29,5% de la población de ambos sexos de 16 y más años era fumadora, siendo superior el porcentaje de varones (35,3%) al de mujeres (23,9%). Comparado con el resultado de la encuesta de años anteriores se observa que ha habido un ligero descenso en el número total de fumadores. Este descenso ha sido superior en el caso de los hombres. En los hombres el consumo de alcohol es más estable a lo largo de toda la vida, aunque las edades en las que éste es más elevado son de 45 a 64 años y de 25 a 44 años. En el año 2007, según la información proporcionada por el Observatorio Español sobre Drogas, el consumo de cannabis, éxtasis y cocaína es superior entre los hombres, mientras que entre las mujeres es más frecuente el consumo de tranquilizantes o hipnosedantes. Según la Encuesta de Salud del año 2006, las mujeres acuden con más frecuencia al médico, un 89,2% de las mujeres, frente al 78,3% de los varones.

De todo lo anterior podemos deducir que existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a salud. Las mujeres viven más, con peor estado de salud debido a enfermedades crónicas y discapacidades y acuden más al médico. En cuanto a estilos de vida, quizá el de las mujeres sea mejor ya que consumen más fruta y verdura, fuman y beben menos. La práctica de ejercicio físico es más habitual en varones a edades más jóvenes y a partir de los 65 años. En general hay más sobrepeso y obesidad entre varones.

2º) Previsión de resultados.

Todas las intervenciones incluidas en el Anteproyecto de ley general de salud pública benefician por igual a hombres y mujeres además de contribuir a reducir las desigualdades entre hombres y mujeres.

Se establece el derecho a la equidad efectiva en todas las intervenciones de salud pública a fin de alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres. En especial, queda prohibida toda discriminación entre mujeres y hombres en las intervenciones de salud pública. Las actuaciones en salud pública tienen en consideración las desigualdades de poder entre hombres y mujeres y por tanto integran la perspectiva de género en todas las fases de su desarrollo. Los ciudadanos tienen derecho a equidad en la prestación de servicios sanitarios y de salud pública.

El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades, informará periódicamente de la situación española en desigualdades sociales de salud, incluyendo las relacionadas con el género.

Con la implementación de la futura Ley General de Salud Pública se pueden originar cambios en las desigualdades detectadas entre hombres y mujeres. Se pretende conseguir entre otros, los siguientes resultados:

1. Mejorar el estado de salud de la población, en general, afectando de forma distinta a mujeres y hombres. Esto se hará mediante medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:
 - Como hemos comentado antes, al ser mayor el horizonte de vida de las mujeres respecto a los hombres, al reducir la prevalencia de enfermedades crónicas, se espera que disminuyan las malas condiciones de salud en las que viven ellas en sus últimos años, en los que han superado la esperanza de vida en buena salud.
 - Así mismo, se prevé que estas medidas aumenten la esperanza de vida de los hombres, igualándose así a la de las mujeres.

2. Reducir el consumo de tabaco y alcohol, intentando así igualar el consumo de los hombres al de las mujeres siempre hacía la menor prevalencia posible.
3. Disminuir el número de personas con discapacidad mediante el plan de prevención de lesiones.

3º) Valoración del impacto de género.

Al contrastar los datos del análisis de situación con los de la previsión, deducimos que la norma va a tener un impacto positivo en la igualdad de género. Las medidas puestas en marcha contribuyen a reducir las desigualdades existentes en cuanto a salud entre hombres y mujeres.

Principio de igualdad

El Anteproyecto obliga a que la elección de expertos y colaboradores con la Administración, así como el acceso a cargos públicos, se realice con transparencia y su acceso sea en condiciones de igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

5. Otros impactos

Finalmente, dentro de este apartado, conviene destacar la incidencia que tendrá el anteproyecto en la mejora del entorno. Se pueden predecir diversas consecuencias:

1. La promoción conjunta de políticas intersectoriales va a aumentar su eficiencia ya que proyectos como el de movilización, urbanización y Recursos Humanos sostenibles, van a tener efectos sinérgicos positivos.

2. La ordenación de las actividades preventivas tendrá efectos en la reducción de actuaciones innecesarias, con el consiguiente ahorro de recursos o al menos de su empleo, lo que supone una disminución del gasto.
3. Aunque es obvio, se ha destacado en documentos estratégicos recientes, como el Informe Sarkozy (Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Professor Joseph E Stiglitz, Professor Amartya Sen, Professor Jean-Paul Fitoussi) que la salud es uno de los principales pilares de la sociedad, ya que su impacto es transversal en todos sus sectores. En el citado informe la salud está en muchos de sus apartados como la clave para un buen funcionamiento de la sociedad.