

Sobre el Anteproyecto de Ley de Salud pública

De conformidad con las competencias atribuidas al Consejo Económico y Social por la Ley 21/1991, de 17 de junio, previo análisis y tramitación por la Comisión de Trabajo de Salud, Consumo, Asuntos Sociales, Educación y Cultura, y de acuerdo con el procedimiento previsto en el Reglamento de Organización y Funcionamiento Interno, el Pleno del Consejo Económico y Social aprueba en su sesión ordinaria del día 15 de septiembre de 2010 el siguiente dictamen:

1. Antecedentes

Con fecha de 5 de julio de 2010 tuvo entrada en el Consejo Económico y Social escrito de la Ministra de Sanidad y Política Social en el que se solicitaba, al amparo de lo dispuesto en el artículo 7.1.1 de la Ley 21/1991, de 17 de junio, de Creación del Consejo Económico y Social, que el CES emitiera dictamen sobre el Anteproyecto de Ley General de Salud pública. Dicha solicitud fue trasladada a la Comisión de Trabajo de Salud, Consumo, Asuntos Sociales, Educación y Cultura para que procediera a la elaboración de la correspondiente propuesta de dictamen.

El Anteproyecto viene acompañado de una Memoria del análisis del impacto normativo regulada según el Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, en la que, en un único documento, se incluyen los apartados siguientes:

- a) Oportunidad del Anteproyecto.
- b) Contenido, análisis jurídico y descripción de la tramitación.
- c) Análisis de impactos, entre los que caben destacar los de impacto económico y presupuestario, impacto de género y el análisis de la adecuación del Anteproyecto al orden de distribución de competencias.

Acompaña a esta documentación un Anexo con la Ficha del Resumen Ejecutivo del Anteproyecto.

El Anteproyecto se enmarca en un contexto internacional de creciente interés por la salud pública. Desde que en el año 1974 se publicara el conocido como *Informe Lalonde*¹, que destacaba la importancia del medio ambiente, los estilos de vida y la biología huma-

¹ *A new perspective on the health of Canadians*, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud y Bienestar.

na, por encima de los sistemas de asistencia sanitaria, entre los determinantes de la salud, ha ido cobrando fuerza la idea de que las acciones políticas deben dirigirse hacia los factores que inciden en la aparición de las enfermedades, potenciando la promoción de la salud. Unos años después de la publicación de ese informe, la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata en 1978, bajo el patrocinio de la OMS y UNICEF, dio inicio a la estrategia global “Salud para todos”, recordando que, en un contexto de grandes desigualdades en el estado de salud de la población mundial, el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo y su realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud. La adopción de esta estrategia supuso además un importante cambio en la orientación del abordaje de la salud, al aceptarse de manera implícita que la perspectiva exclusivamente terapéutica y médica es insuficiente.

Por su parte, la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, en 1986, que tomó como punto de partida los progresos realizados en Alma Ata, respondía a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo y puso en valor la idea de la promoción de la salud más allá de lo exclusivamente sanitario.

En esta línea, la Unión Europea, en su objetivo de complementar las políticas de los Estados miembros para mejorar la salud pú-

blica, prevenir enfermedades y evitar las fuentes de peligro para la salud humana, asumió en “La estrategia de Salud”² los retos de la salud pública luchando contra enfermedades graves y ampliamente difundidas, contando para ello con la información y la educación sanitarias y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud como principales instrumentos de acción.

El Anteproyecto viene a completar y actualizar el marco normativo vigente en nuestro país, que ya desarrolla con amplitud el derecho a la protección de la salud reconocido por la Constitución en su artículo 43, que también reconoce y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública la protección de la salud. Aunque la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en materia de salud pública ya abordó someramente algunas situaciones de emergencia sanitaria, fue la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la que asumió la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades como parte de los principales objetivos del sistema sanitario (artículo 3.1). Asimismo, la promoción de la salud, la educación sanitaria de la población y orientación preventiva y no sólo curativa de cuantas acciones sanitarias se desarrollen, ocupan un lugar destacado entre los fines de las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias (artículo 6.1). Y, en fin, entre las actuaciones sanitarias del sistema de salud que deberán desarrollar los Servicios de Salud se contempla la adopción sistemática de

² COM (2007) 630 final.

acciones para la educación sanitaria, así como la atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad (artículo 18.2).

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS) no sólo incluye la salud pública en su ámbito de aplicación (artículo 5.h), sino que define por primera vez en una norma de rango legal el contenido de las prestaciones de salud pública (artículo 11), como el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población; una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. Enumera, asimismo, las actuaciones comprendidas en el ámbito de estas prestaciones: la información y vigilancia epidemiológica; la protección y promoción de la salud; la prevención de las enfermedades y deficiencias; la sanidad exterior; la sanidad ambiental; la salud laboral y la seguridad alimentaria. Establece además el carácter de integralidad de las prestaciones de salud pública y su ejercicio a partir de las estructuras de salud pública de las Administraciones y de la infraestructura de atención primaria del SNS.

Por otro lado, el capítulo VIII de la Ley 16/2003 regula la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública y en seguridad

alimentaria (artículo 65), así como el establecimiento de un plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública, dirigido a promover actividades que complementen las realizadas por las Administraciones autonómicas y locales (artículo 66).

En desarrollo de la anterior Ley, el contenido concreto de la cartera de servicios comunes de la prestación de salud pública se abordó en el Anexo I del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS, incluyendo el detalle de las acciones comprendidas en el ámbito de la información y vigilancia epidemiológica, la protección y promoción de la salud; la prevención de las enfermedades y deficiencias, así como la protección y promoción de la sanidad ambiental, la promoción de la seguridad alimentaria, vigilancia y control de la sanidad exterior y la protección y promoción de la salud laboral.

Además de las dos anteriores leyes básicas reguladoras de la actividad del sistema sanitario, el Anteproyecto afecta o guarda relación con el contenido de otras muchas normas en este ámbito. Entre ellas, valga mencionar, en particular, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias y 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. Guarda evidente conexión, asimismo con la Ley de Seguridad alimentaria, actualmente en tramitación.

Unido a lo anterior, el Anteproyecto asume el concepto de intersectorialidad de la

salud pública dentro y fuera del sistema sanitario (“salud en todas las políticas”) preconizado, por la OMS y la Estrategia Europea de Salud Pública, como ya se ha mencionado, lo que tiene repercusiones en otros ámbitos de la realidad normativa, como el de la prevención de riesgos laborales, la ciencia y la innovación o la evaluación de impacto ambiental.

Por otro lado, en ejercicio de sus competencias en la materia, varias comunidades autónomas han aprobado ya leyes de salud pública, habiendo comenzado otras su tramitación.

2. Contenido

Título preliminar. Disposiciones generales. La política de salud pública

El título preliminar, organizado en un solo capítulo, enuncia en su primer artículo el objeto de la Ley, a saber, el establecimiento de las bases legales para la prestación de los servicios de salud pública con la mayor calidad, seguridad y eficiencia social.

El artículo 2 incorpora un listado con las definiciones de los conceptos más importantes de los presentes en el texto (salud pública, análisis de riesgo, condicionantes de salud, crisis sanitaria, entre otros). El ámbito de aplicación queda establecido en el artículo 3 del Anteproyecto, siendo éste la salud del conjunto de la población española, a través de la actuación en salud pública, cuyas bases y criterios generales, así

Por último, cabe recordar que el CES ha tenido varias ocasiones de pronunciarse sobre materias estrechamente relacionadas con el contenido y los objetivos de la salud pública. En concreto, valga recordar el Dictamen 6/2002, sobre el Anteproyecto de Ley de Prevención del consumo indebido de bebidas alcohólicas; el Dictamen 2/2005, sobre el Anteproyecto de Ley reguladora de la Venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, así como el más reciente Dictamen 5/2009, sobre el Anteproyecto de Ley sobre Seguridad alimentaria y nutrición.

como las normas de coordinación, fija la futura Ley. Por su parte, el artículo 4 recoge los principios básicos sobre los que habrán de asentarse las actuaciones en salud pública. Entre ellos, la coordinación y la cooperación de las administraciones, la equidad, la preponderancia de salud pública sobre otros intereses, el apoyo en el rigor científico, la proporcionalidad las intervenciones, el principio de precaución, etc. El artículo 5 enuncia las funciones de la salud pública, siendo su misión fundamental proteger, promover y restaurar la salud de las personas mediante acciones colectivas, para lo que los poderes públicos deberán valorar las necesidades de salud, formular y desarrollar políticas sanitarias y no sanitarias y garantizar la prestación de unos

programas, acciones y servicios sanitarios y no sanitarios para la continua mejora de la salud.

El artículo 6 recoge las actividades propias de la salud pública, que se organizan en torno a las tres funciones básicas enumeradas en el artículo 5: valoración de la salud, formulación y desarrollo de políticas y garantía de la prestación.

Título I. Derechos y deberes en salud pública

El título I se organiza en tres capítulos que abordan los derechos, los deberes y el acuerdo y colaboración en salud pública.

El capítulo I, sobre los derechos de los ciudadanos reconoce en su artículo 7 el derecho a las prestaciones de salud pública de todas las personas en los términos de la futura Ley y de las normas que la desarrollen y complementen. El artículo 8 aborda de manera detallada el derecho de los ciudadanos a acceder a la información en materia de salud pública y a ser informados activamente en el caso en que haya riesgos específicos para la salud. Se enumeran también las circunstancias en las que las administraciones sanitarias podrán denegar la información que se hubiera solicitado. El artículo 9 incorpora el derecho a la participación de los ciudadanos en todos los asuntos relacionados con la salud pública, directamente o a través de organizaciones. El derecho a la igualdad queda establecido en el artículo 10, que prohíbe expresamente cualquier discriminación a la vez que aclara el carácter flexible de una prestación

cuya intensidad y calidad será la adecuada para conseguir la máxima efectividad en cada persona o comunidad. El derecho a la confidencialidad, la privacidad y la dignidad se aborda en el artículo 11. El artículo 12, por su parte, desarrolla el derecho a la autonomía personal, sentando el derecho de los ciudadanos a decidir libremente sobre su salud personal, así como al respeto de su voluntad en torno a su participación en actividades relacionadas con la salud pública promovidas por las Administraciones competentes. Los ciudadanos tendrán derecho, tal como se recoge en el artículo 13, a la seguridad de las intervenciones en salud que les afecten, asegurándose la valoración de los riesgos previa a cualquier intervención. El artículo 14 desarrolla el anterior instaurando el derecho a una valoración no sesgada del valor de las intervenciones sanitarias. El capítulo se cierra con el artículo 15, sobre las garantías de los derechos de los ciudadanos.

El capítulo II, sobre los deberes de los ciudadanos, aborda en los artículos 16 a 21, incluidos ambos, las principales obligaciones de los ciudadanos en materia de salud pública. No desplegar conductas que pongan en peligro la salud pública, la autoresponsabilidad, la colaboración, la comunicación, el cumplimiento de las instrucciones sanitarias y la comparecencia son los deberes relacionados con la obligación básica de preservar la salud del conjunto de la población.

El capítulo III, sobre acuerdo y colaboración en salud pública sienta las bases para la colaboración de las Administraciones y la sociedad civil en materia de prevención,

promoción, protección y restauración de la salud pública. El artículo 22 aclara el fundamento de dicha colaboración, que es la garantía de la prevención, promoción y protección de la salud pública. El artículo 23, que se ocupa de las medidas de fomento, presta especial atención a las organizaciones directamente relacionadas con grupos desfavorecidos, a las que las administraciones sanitarias habrán de prestar apoyo para cuestiones de salud pública. El artículo 24 establece el ámbito de colaboración con las administraciones competentes en salud pública, a saber, la realización de estudios, las campañas de información, la ejecución de medidas de salud pública y la colaboración en la evaluación de planes y programas. El artículo 25, con el fin de garantizar la objetividad de las actuaciones, sienta el deber de quienes colaboren con las administraciones de formular una declaración de intereses, incluyendo sus fuentes de financiación. De acuerdo con el artículo 26, las administraciones no podrán colaborar con personas o entidades cuya actividad sea contraria a los fines perseguidos por la actuación pública. En lo que concierne a la colaboración científico técnica, según lo dispuesto en el artículo 27, las administraciones podrán recabar la colaboración de sociedades científicas, instituciones científicas y de formación y de expertos individuales, de acuerdo con procedimientos explícitos y transparentes. En el artículo 28 se establecen las bases para la promoción de la responsabilidad social por la salud pública de ciudadanos, asociaciones y organizaciones sociales.

Título II. Intervenciones en salud pública

El capítulo preliminar del título II establece los principios generales de acción en salud pública que debe considerar cualquier actividad incluida en la prestación de servicios de salud pública o en los programas de salud comunitaria (artículo 29), proponiendo la búsqueda de sinergias entre el principio de salud pública y el resto de políticas que favorezcan este principio, y evitando aquellas que supongan riesgos para la salud (artículo 30). Así, los principios establecidos por el Anteproyecto hacen referencia a la pertinencia de cualquier intervención de salud pública, cuya responsabilidad recae sobre las Administraciones sanitarias y responsables de programas; el respeto a los derechos humanos; la eficiencia social; la proporcionalidad; la precaución; la equidad; la evaluación; la perspectiva de género; la rendición de cuentas; la transparencia; la participación ciudadana; la coordinación entre estamentos del sistema sanitario y entre los servicios sanitarios y las políticas no sanitarias; la sostenibilidad económica y ambiental y la ética en relación a la autonomía, beneficencia y justicia (artículos 31 a 44), basándose todos ellos en el artículo 45, relativo a la garantía de cumplimiento.

Por su parte, el capítulo I dispone los principios que determinan la vigilancia en salud pública, y describe los sistemas de vigilancia en lo relativo a los factores condicionantes y problemas de salud, la alerta precoz y respuesta rápida o la evaluación de calidad, oportunidad y eficiencia del propio sistema de vigilancia (artículos 46 y 47). Pero además,

propone la organización del sistema, creándose a tal efecto la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública y la Red Estatal de Laboratorios de Salud Pública (artículo 48). Detalla asimismo la asignación de competencias administrativas en materia de salud pública, tanto aquellas que corresponden al Ministerio de Sanidad y Política Social (artículo 49), como las que deben adoptar las comunidades autónomas (artículo 50), la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública (artículo 51), o los órganos designados para la vigilancia en salud pública (artículo 52). Por otro lado, establece la necesidad de disponer de mecanismos de vigilancia permanentes, capaces de dar una respuesta inmediata y coordinada ante la aparición de riesgos de naturaleza biológica, química, física o de otro carácter, así como ante una crisis o emergencia sanitaria (artículo 53), debiendo garantizarse el cumplimiento de las responsabilidades correspondientes por parte de las autoridades y responsables sanitarios (artículo 54).

El capítulo II define y diseña un sistema de información en salud pública, especificando tanto los elementos que debe integrar como las capacidades de las Administraciones y autoridades sanitarias para el recabado de datos, o la cumplimentación de informes y protocolos, así como la naturaleza pública de la información generada (artículo 55). Este capítulo recoge también la finalidad y utilidad del sistema, así como la necesidad de armonizar los sistemas de información y registro entre Administraciones públicas y centros y servicios sanitarios (artículo 57), siendo la gestión, recogida, almacenamiento, análisis y

difusión de la información de ámbito estatal competencia del Ministerio de Sanidad y Política Social (artículo 58). La seguridad de la información deberá quedar garantizada en todos los niveles del sistema de información en salud pública, quedando obligados al secreto profesional todos los trabajadores que tengan acceso a datos de carácter sanitario personal (artículo 59).

De la promoción de la salud se ocupa el capítulo III, contemplándose como función pública ejercida por parte de las autoridades sanitarias; en este sentido, el diseño de programas de promoción de la salud es competencia de las Administraciones públicas, en tanto que las organizaciones sociales podrán intervenir, en coordinación y colaboración con las anteriores, en la búsqueda de alcanzar la mayor eficiencia social, contribuyendo así al aumento de la cultura sobre la salud, el refuerzo de los recursos comunitarios y la creación de entornos saludables en todos los ámbitos vitales (artículos 60 y 61). El Anteproyecto especifica las características que deben reunir estas intervenciones, y señala la posibilidad de facilitar el acceso de recursos e información por parte de las Administraciones sanitarias mediante la creación de redes de intervención, en tanto que las actividades desarrolladas desde Administraciones no sanitarias deberán estar coordinadas con las anteriores (artículo 61). Por su parte, las autoridades sanitarias, como responsables del cumplimiento de los principios generales y específicos de acción en salud pública de las actividades de promoción de la salud implantadas desde las Administraciones

públicas, podrán acreditar intervenciones y redes de promoción de salud implantadas por dichas administraciones, entidades privadas, ONG e instituciones civiles, siempre que cumplan dichos principios generales. Este capítulo III recoge también los ámbitos principales de promoción de la salud (artículo 63), como son el sanitario, el laboral, el comunitario y el educativo –que se considera prioritario–, especificando los mecanismos de implantación y planes de promoción en este último, así como el carácter redistributivo de la inversión en este concepto (artículo 64). El Anteproyecto considera fundamental la garantía de veracidad y las buenas prácticas de la información sobre salud pública en los medios de comunicación, para lo que la Autoridad Sanitaria Estatal ofrecerá la acreditación opcional y temporal de acciones de comunicación, cuyo proceso será facilitado por el Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y prevención del Enfermedades del Ministerio de Sanidad y Política Social (artículo 65). Las Administraciones públicas sanitarias podrán contar con la colaboración de dichos medios de comunicación para la emisión de recomendaciones y promoción de espacios divulgativos sobre salud, alertas o crisis sanitarias, garantizándose en todo caso que la información esté adaptada a los sectores de población destinatarios de la misma (artículo 66).

El capítulo IV se refiere a la prevención de problemas de salud y sus determinantes, actuaciones entre las que se encuentran los programas de detección precoz de enfermedades o las medidas de prevención terciaria. El

Anteproyecto considera la vacunación, especialmente la infantil, como herramienta clave de las Administraciones sanitarias en el ámbito de la prevención, por lo que el Anteproyecto recoge las medidas que dichas Administraciones deberán adoptar para garantizar su óptima aplicación. También se recoge el desarrollo de programas de prevención de lesiones dirigidos a todas las etapas de la vida, pero incidiendo especialmente en la infancia y la vejez, y situaciones de violencia de género, maltrato a menores o a discapacitados (artículo 67). Además, el Anteproyecto señala que la autoridad sanitaria será responsable de la iniciativa y evaluación de los beneficios y riesgos de la intervención preventiva, fijándose las competencias de la Comisión Permanente de Salud Pública sin perjuicio de las ejercidas por parte de las comunidades autónomas (artículo 68), señalando las pautas que deberá cumplir la autoridad sanitaria en el ejercicio de la prevención (artículo 69). Este capítulo regula también la realización de pruebas diagnósticas generales de cribado (artículo 70), y recuerda la necesidad por parte de las Administraciones sanitarias de rendir cuentas sobre el establecimiento de las acciones de prevención y promoción de la salud como garantía del cumplimiento de responsabilidades (artículo 71).

El capítulo V, sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud, establece las bases para que la prevención y la promoción de la salud sean actividades esenciales y prioritarias de la actividad sanitaria,

a la que contribuirán los servicios sanitarios en todos los escalones asistenciales, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 16/2003, del 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para ello, las Administraciones sanitarias facilitarán la capacitación técnica de los profesionales sanitarios así como la colaboración con las sociedades científicas y colegios profesionales que desarrollen los programas de acción preventiva y de promoción de la salud referidos en el Anteproyecto (artículo 72).

Asimismo, se establecen las formas de coordinación entre equipos de salud pública con los asistenciales (artículo 73), con especial referencia a los servicios de atención primaria y garantizando el mantenimiento de un mapa sanitario estable, en aras de asegurar la coordinación y efectividad en las acciones de prevención y promoción de la salud.

El capítulo finaliza destacando la importancia de las oficinas de farmacia por su alcance poblacional y su potencial preventivo, y se contempla su participación en programas a nivel local, regional y nacional, a través de conciertos entre la Administración sanitaria y los colegios profesionales (artículos 74 y 75).

El capítulo VI, que regula la gestión sanitaria como una acción de salud pública, determina que la gestión sanitaria es, a todos los efectos, una función de la salud pública, cuyo objetivo esencial es mejorar y cuidar la salud de la población, conforme a lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (artículo 76). Para ello, los órganos que forman las Áreas de Salud, darán prioridad a aquellas funciones dirigidas a la

atención comunitaria, la prevención, la protección y la promoción de la salud (artículo 77), garantizando la reducción de los desequilibrios sociales y territoriales, con especial referencia a la atención primaria que juega un papel principal, de acuerdo con los principios establecidos en el capítulo preliminar del presente título (artículo 78). La gestión hospitalaria fomentará la salubridad de los hospitales así como la publicidad de los informes sobre el funcionamiento de los mismos (artículo 79).

El capítulo VII del título II sobre protección de la salud establece los objetivos de las intervenciones de salud pública en materia de protección de la salud, dirigidas a la prevención de los efectos negativos sobre la salud y el bienestar humano de diversos elementos del medio. El capítulo comienza refiriéndose específicamente a la salud alimentaria como objeto de dichas intervenciones, aunque se remite a la regulación específica que de estos aspectos contenga la Ley de Seguridad alimentaria y nutrición, mientras que en este capítulo solamente se enuncian de modo descriptivo algunas de las intervenciones en este ámbito (artículo 80). Junto al objetivo y principios rectores de las intervenciones de protección de la salud (artículo 81), se establece la obligación del Ministerio de Sanidad y Política Social de elaborar un informe periódico de las normas y actuaciones que sin detrimento de su objetivo principal pueden modificarse para mejorar la salud pública. Se definen asimismo las situaciones que deberán someterse a un análisis del riesgo (que incluye

su evaluación, gestión y comunicación); se regula la autorización sanitaria para las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias que realicen actividades de protección de la salud (artículo 84), así como los registros necesarios que deberán mantener la Administraciones sanitarias para facilitar las tareas de control sanitario (artículo 85).

Este capítulo incorpora dos secciones, dedicadas respectivamente a la sanidad ambiental (artículos 86 a 88) y a la salud laboral (artículos 89 a 93).

La sección primera determina las funciones y actividades comprendidas en el concepto de sanidad ambiental, como respuesta a las potenciales amenazas del entorno (entendido no sólo como el medio natural, sino también como el constituido por los núcleos urbanos y estilos de vida) sobre la salud, al generar condiciones ambientales que incorporan nuevos riesgos.

Desarrolla las competencias y las funciones de coordinación que corresponden al Ministerio de Sanidad y Política Social, y establece un sistema de información y vigilancia que incluye la elaboración de mapas de riesgos ambientales accesibles a la población y como novedad, se incluyen los riesgos ambientales para la salud asociados al cambio climático. Se aborda la necesidad de establecer por parte de la autoridad sanitaria las adecuadas políticas dirigidas a reducir riesgos y maximizar las garantías sanitarias, mediante la implantación de programas para el desempeño de funciones tales como identificación, evaluación, comunicación de

riesgos derivados de condiciones ambientales, vigilancia de factores ambientales físicos, químicos, biológicos y situaciones ambientales que afecten a la salud.

En la sección segunda (artículos 89 a 93) sobre salud laboral, se especifica el objeto, las funciones y las actuaciones de la autoridad sanitaria en el marco de la salud laboral. En esta materia, donde la normativa es ya amplia, se pretende complementar el ordenamiento jurídico existente concretando la vertiente más sanitaria de la prevención de la salud en el entorno laboral. De acuerdo con el objetivo 4 de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, la política de prevención de riesgos laborales tiene un carácter transversal y, en consecuencia, debe penetrar, estar integrada y orientar las restantes políticas públicas, en particular, la política general de la salud, entre otras. Cabe destacar en este Anteproyecto la consideración sobre las relaciones entre la salud laboral y el Sistema Nacional de Salud, los procedimientos de promoción de entornos laborales y hábitos de vida saludables para el trabajo, así como las actuaciones del Ministerio de Sanidad y Política social en materia de salud laboral.

El capítulo VIII, que desarrolla la evaluación del impacto en salud de otras políticas, determina que 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 actua-

ciones que puedan beneficiarse de la realización de una evaluación de impacto en salud (artículos 94 y 95), aspecto clave para asegurar el principio general de salud en todas las políticas. Si bien existe ya normativa estatal y autonómica sobre la materia, como 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, facilitando la integración de los aspectos de salud pública en la legislación vigente.

Las Administraciones públicas sanitarias establecerán los criterios para determinar qué normas, planes, proyectos y programas deberán ser sometidos a esta evaluación, respetando los diferentes ámbitos competenciales (artículo 96).

El capítulo IX, sobre sanidad exterior y salud internacional, se ocupa de las funciones de sanidad exterior, sobre las que el Estado mantiene su competencia exclusiva (artículo 97), que se despliegan 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 (artículo 98). Complementa las previsiones de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los servicios de sanidad exterior podrán actuar de oficio o a instancia de parte (artículo 99). El Gobierno de España contribuirá a potenciar la seguridad sanitaria internacional y la mejora de la salud global, según las funciones que se atribuyen en este Antepro-

yecto (artículos 100 y 101). Para ello, se definen las funciones que ejercerá el Ministerio de Sanidad y Política Social realizando acciones de salud internacional y salud global relacionadas con la salud pública (artículo 102), destacando las capacidades del Sistema Nacional de Salud y estableciendo una red de profesionales y equipos sanitarios con disponibilidad en materia de cooperación internacional.

Finalmente se determinan los mecanismos para cumplir con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional (artículo 103), impulsando la presencia de España en el panorama internacional.

El capítulo X, que regula la prestación de salud pública, establece 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 equidad efectiva con independencia del lugar del territorio nacional en que se encuentren. La prestación en salud pública comprende actuaciones de información, defensa, protección, vigilancia, promoción y garantía, y se ejercerá con carácter intersectorial para aquellas estructuras ajenas al Sistema Nacional de Salud que tengan actuaciones relacionadas con la materia y con carácter de integralidad, desde los servicios, dispositivos y estructuras de salud pública de distinta naturaleza de las diferentes Administraciones (artículo 104).

La prestación de la salud pública se hará efectiva mediante la cartera de servicios de las Administraciones y organizaciones competen-

tes. La cartera de servicios es el conjunto de actividades, servicios, tecnologías y procedimientos mediante los cuales se hace efectiva la prestación en salud pública y se actualizará mediante orden del Ministro competente, previo informe de la Comisión Permanente de Salud Pública, organismo encargado de evaluar periódicamente la cartera de servicios comunes, para lo que recabarán la colaboración necesaria de otros organismos estatales o autonómicos. Las comunidades autónomas podrán establecer su propia cartera que incluya como mínimo la cartera de servicios común del Sistema Nacional de Salud, e informarán a la Comisión Permanente de Salud Pública anualmente y siempre que se produzcan modificaciones (artículo 105).

Título III. La organización de la salud pública

En este título, que se compone de seis capítulos, se desarrollan las cuestiones organizativas esenciales para dar respuesta a las necesidades de la salud pública española.

El capítulo I, (artículos 106 a 110) dedicado a los órganos para el gobierno de la salud pública, establece, con carácter preeliminar, la nueva organización de la salud pública de España, que estará compuesta por:

- a) El 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.

El capítulo enumera las funciones del Ministerio, y detalla la estructura y funciones del nuevo 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 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.

Finalmente, se establece que la Estrategia Estatal de Salud Pública concretará las acciones necesarias para que la salud y la equidad estén consideradas en las diversas acciones del Gobierno.

Por su parte, el capítulo II, (artículos 111 al 115) relativo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y sus órganos de coordinación de salud pública, se desarrolla a través de una sección única dedicada a la

novedosa Comisión Permanente de Salud Pública. Esta Comisión, va a ser un órgano especializado con la misión de garantizar la cohesión y equidad de las políticas, actividades y prestaciones de la salud pública. Hasta ahora parte de sus funciones las estaba realizando la Comisión de Salud Pública, que sin embargo no tenía claramente definida su estructura y funcionamiento.

El capítulo III, (artículos 116 al 121) está dedicado al Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades, al Comité Asesor en Salud Pública y a la Red Española de Expertos en Salud Pública. Éste, a su vez, se estructura en tres secciones que detallan las respectivas estructuras y funciones de dichos órganos. Cabe destacar, que todos ellos 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 este Anteproyecto de Ley. A este fin se detallan en las respectivas secciones características básicas y sus funciones.

El capítulo IV, (artículos 122 y 123) que versa sobre los órganos e instituciones de las comunidades autónomas, se ocupa de la coordinación institucional entre el Gobierno y las diferentes comunidades autónomas, ya que éstas son competentes en la mayor parte de las políticas de salud pública que se implementan. Así pues, se recoge que 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.

En el capítulo V, (artículos 124 al 128) relativo a la organización de la salud pública en el municipio, se redefinen las competencias de las entidades locales en materia de salud pública. Debido a la gran 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, para así propiciar una mayor atención a la salud de la población por parte de los municipios.

Finalmente, el capítulo VI, (artículos 129 al 132) se ocupa de la cooperación en materia de salud pública para que se facilite la coordinación entre los diversos agentes implicados en este campo, respetándose siempre las competencias de las diferentes Administraciones, también a nivel internacional. Se establece que la Comisión Permanente de Salud Pública será 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 favorecerán la aplicación de la norma en muchos de los aspectos considerados en capítulos precedentes.

Título IV. Los profesionales de la salud

Este título se organiza en dos capítulos, el primero dedicado a la formación y el desarrollo profesional y el segundo a la investigación.

El capítulo I comienza contemplando los principios generales del ejercicio de la salud pública (artículo 133), definiendo el tipo de personal técnico incluido en la profesión de salud pública –que no siempre necesita ser ejercida por profesionales con formación de grado en Ciencias de la Salud– y reconociéndoles el mismo reconocimiento y derecho a la carrera profesional que cualquier otro profesional del SNS.

Se establecen asimismo las vías para adquirir la correspondiente titulación en salud pública (a través del programa de médicos internos y residentes; mediante programas oficiales de postgrado a través de la acreditación por los órganos competentes) (artículo 135). En cuanto al desarrollo profesional, les será de aplicación lo dispuesto en el título III de la Ley 44/2003, de Ordenación de las profesiones sanitarias, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del SNS, con las especificidades que determine el Ministerio de Sanidad y Política Social.

En cuanto a la investigación en salud pública, que se aborda en el capítulo II de este título, el artículo 136 encomienda al Consejo Estatal de Salud Pública y la Comisión Permanente de Salud Pública la fijación de las prioridades en este ámbito, contando con el asesoramiento del propio Ministerio de Sanidad y Política Social, el Instituto de Salud Carlos III, el Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública y otros Centros de investigación existentes. Se prevé asimismo la evaluación del impacto en la salud de la población de las investigaciones financiadas públicamente en España (artículo 137)

y se contemplan medidas para la comunicación de la información de resultados, su aplicación y uso por las Administraciones públicas y se enumeran una serie de medidas dirigidas a facilitar los trabajos de investigación, la relación entre grupos de investigación y la difusión de resultados por los profesionales de salud pública (artículo 138).

Título V. La autoridad sanitaria, vigilancia y control

El título V está estructurado en tres capítulos, en el capítulo I (artículos 140 a 142) se define autoridad sanitaria y agente de autoridad pública, estableciendo respecto al primero sus facultades colaboración administrativa y de intervención tanto generales como especiales en las actividades públicas y privadas para proteger la Salud de la Población, y respecto al segundo, tanto el valor probatorio de los documentos públicos en los que constatan hechos en sus labores de inspección, como el deber de colaboración de ciudadanos y administraciones tanto públicos como privados con ellos.

Este mismo capítulo establece una jerarquía de cargos que ostentan la condición de autoridad sanitaria, escalonándose a nivel estatal desde el Ministro de Sanidad Pública y Política Social, el Secretario General de Sanidad, el Director General de Salud Pública, hasta el Presidente o Director ejecutivo de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición; derivándose a las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias la definición de las autoridades competentes en su territorio.

En el capítulo II (artículos 143 a 145) se regula la función de vigilancia y de control, determinando las facultades de Inspección por un lado, como la entrada libre y sin previa notificación en establecimientos, tomar muestras y practicar pruebas o efectuar en general todas las actuaciones necesarias; y por otro la de control analítico que se efectúa en establecimientos homologados por la red de laboratorios de salud pública. Se incluye además el deber de informar de los titulares de cualquier instalación a la autoridad sanitaria la existencia de cualquier riesgo a la salud y tomar las medidas necesarias para evitarlos o reducirlos, determinando la obligación de establecer protocolos de actuación en el caso de servicios de salud pública.

Por último en el capítulo III (artículo 146), se establece que las autoridades sanitarias deben adoptar medidas cautelares como la inmovilización de productos, el cierre preventivo de instalaciones, la determinación de condiciones previas y de funcionamiento de las instalaciones para corregir deficiencias, o cualquier otra medida, cuando mediante actividades de inspección y control se compruebe que existe riesgo para la salud de la población o indicios de ello.

Título VI. Infracciones y sanciones

De conformidad con la regulación contenida en este título (artículos 147 al 156), 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 per-

sonas físicas y jurídicas responsables de las mismas. Es de destacar, que además se indica que serán infracciones administrativas las acciones y las omisiones que, en su caso, se establezcan en la legislación autonómica de desarrollo de la presente norma.

La regulación recogida en el presente título se basa, en gran parte, en la regulación que sobre infracciones y sanciones contempla la vigente Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, añadiendo nuevas infracciones y actualizando las cuantías de las sanciones (incrementándolas), entre otros extremos.

La disposición derogatoria única dispone que quedarán derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en esta norma.

La disposición final primera determina el título competencial en el que se basa la presente iniciativa legislativa del Estado, que se contiene principalmente en el artículo 149.1.16 de la Constitución relativo a la competencia exclusiva del Estado sobre las bases y coordinación general de la sanidad. Se exceptúan de lo expuesto, el capítulo II del título IV que se dicta al amparo del artículo 149.1.15 y el capítulo II del título II y los artículos 108, 109 y 110 que no ostentan el carácter de legislación básica.

La disposición final segunda 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. Asimismo, dicha disposición autoriza 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.

La disposición final tercera contiene la habilitación al Gobierno para que, en el ámbi-

to de sus competencias, pueda dictar las disposiciones que sean necesarias para el desarrollo y aplicación de la presente norma.

La disposición final cuarta establece que la presente norma entrará en vigor a los treinta días de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

3. Observaciones generales

El CES valora de manera positiva el Anteproyecto de Ley General de Salud pública, apreciando la voluntad de ordenar mediante una Ley de carácter general las normas y actividades encaminadas a la protección y la promoción de la salud. No en vano, ya con anterioridad este organismo ha manifestado su opinión acerca de la necesidad de completar el entramado normativo en el ámbito de la Sanidad con una Ley de salud pública, en concreto, con ocasión del Dictamen 5/2009 sobre el Anteproyecto de Ley de Seguridad alimentaria y nutrición, en el que declaraba que la falta de una Ley de salud pública que regule y dé sentido a la variedad de actividades propias de la seguridad alimentaria dificulta la ubicación de la futura norma en un marco normativo coherente.

Desde la aprobación de la Ley 14/1986 General de Sanidad, que estableció los principios sustantivos del SNS, se ha ido poniendo en evidencia la necesidad de abordar de manera sistemática la dimensión de salud pública del SNS, toda vez que hasta ahora la actividad re-

guladora se había centrado en la dimensión asistencial, postergando la articulación de las características básicas de la salud pública en España. Ello había impedido encarar con éxito algunos de los problemas más importantes en el ámbito de la salud, como las desigualdades y sus determinantes sociales en nuestro país. Tal como se explica en la memoria de impacto normativo adjunta al Anteproyecto de Ley, la disparidad en la implantación de acciones de salud pública evidencia notables desigualdades territoriales y sociales, uso indebido de recursos, “medicalización” innecesaria de acciones preventivas y de promoción de la salud o ineficiencias en la prevención. Debe tenerse en cuenta, además, que la creciente globalización, en su vertiente sanitaria, exige respuestas comunes que no siempre satisface este Anteproyecto. Cada vez es más frecuente la aparición de riesgos y amenazas para la salud que traspasan los límites locales y las fronteras nacionales, lo que hace imprescindible la toma de medidas coordinadas para resolver eficazmente las situa-

ciones de riesgo. Unido a lo anterior, está demostrado que el fomento de la prevención y los hábitos de vida saludables, que constituyen la base de la salud pública, además de mejorar la salud y la calidad de vida de la población, a medio y largo plazo aumentan la eficiencia económica del sistema sanitario. El Anteproyecto debería contribuir a reforzar la sostenibilidad económica del sistema, un aspecto que no ha sido suficientemente contemplado en la memoria del análisis del impacto normativo, de la misma manera que no considera la necesaria financiación que llevará aparejada la aplicación de la norma.

Por otro lado, no se puede obviar el complejo entramado competencial que subyace a un Anteproyecto que afecta a múltiples y variadas materias, que se dicta al amparo de la competencia exclusiva del Estado en materia de sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad (artículo 149.1.16 CE) así como en materia de fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica (artículo 149.1.15 CE). La salud pública constituye una de las competencias asumidas más tempranamente por las comunidades autónomas a partir de la aprobación de la Constitución, al amparo de su artículo 148.1.21, ostentando aquéllas el grueso de las competencias de gestión en esta materia. También las entidades locales ejercen importantes funciones de salud pública, en aplicación de su propia normativa. El marco jurídico e institucional preexistente en los distintos niveles de la Administración es profuso y variado, lo que puede dificultar la aplicación de una Ley que, precisamente, debería

contribuir a una mejor articulación y definición de funciones de todas las instancias y organismos implicados, definiendo con claridad el común denominador de todas las actuaciones en materia de salud pública, lo que no siempre queda claro en el texto objeto de dictamen.

Uno de los elementos más importantes en el funcionamiento de un sistema coordinado es la información. En este sentido, el CES encuentra acertada la voluntad de articular la información en el ámbito de la salud pública, pero echa en falta en el texto del Anteproyecto una mayor concreción respecto a los instrumentos de evaluación de impacto de la Ley, que deberá apoyarse en un conjunto armonizado de indicadores que permita evaluar el funcionamiento del sistema de salud pública y realizar el seguimiento de la Ley, lo que, en todo caso, exigirá un notable esfuerzo de todas las administraciones.

Unido a lo anterior, el objetivo de transversalidad que impregna el Anteproyecto, asumiendo el lema de la OMS de “salud en todas las políticas” requiere una intensa y efectiva coordinación y cooperación no sólo entre las distintas Administraciones territoriales, sino a nivel intersectorial o interdepartamental, a fin de que el ambicioso planteamiento integral del Anteproyecto no se diluya al chocar con la compleja realidad. En efecto, el texto objeto de dictamen afecta o guarda conexión con numerosos ámbitos de acción pública (protección del medio ambiente, educación, prevención de riesgos laborales, ciencia y tecnología, etc.), que cuentan con normativa propia y con un amplio recorrido

de aplicación práctica. Más allá de los principios que pregona el Anteproyecto, su, en ocasiones, escasa concreción y, en otras, confusa imbricación en el marco actual puede dificultar la consecución del objetivo pretendido en todos y cada uno de los contextos sectoriales a los que se refiere. Especial consideración merece a este respecto, como se detallará en las observaciones al articulado, la sección dedicada a la salud laboral, en el capítulo VII del título II, un ámbito en el que se hace patente la necesidad de coordinación, tanto de la normativa aplicable como de las propias Administraciones con competencias en la materia, teniendo en cuenta el complejo reparto competencial existente, salvando así toda concurrencia o contradicción con la normativa en vigor sobre prevención de riesgos laborales, en aras de una mayor eficacia en el logro de los objetivos del Anteproyecto.

A lo largo del articulado se hacen varias referencias al ámbito laboral como uno de los distintos ámbitos de aplicación de la promoción de la salud; cabe citar, a modo de ejemplos, el artículo 63.2 o el 67.11.d) donde se enumera la prevención de lesiones en el ámbito laboral, como uno de los programas entre los que tendrán lugar las intervenciones de prevención de lesiones. Teniendo en cuenta que existe una normativa propia de prevención de riesgos laborales y las distintas competencias en la materia atribuidas al Ministerio de Sanidad y Política Social y al Ministerio de Trabajo e Inmigración, el CES entiende que sería conveniente que el Anteproyecto respete el marco actual de las funciones propias de cada departamento, te-

niendo en cuenta el amplio recorrido de aplicación de la normativa de prevención de riesgos laborales.

Una adecuada articulación de los mecanismos de participación resulta un elemento esencial para la efectividad de la Ley, siendo éste un aspecto del Anteproyecto que requiere ser mejorado, como se mencionará en las observaciones al articulado.

A juicio del CES, sería necesario que en el presente Anteproyecto de Ley se incluyeran, con carácter transversal, previsiones relativas a las necesidades específicas de las personas con discapacidad. Tal extremo resulta necesario debido a que las personas con discapacidad, desde los aspectos de prevención y detección precoz, hasta el tratamiento y atención sanitaria, son usuarios del sistema de salud que han de obtener un trato específico atendiendo a su situación en cada caso, y según su tipo y grado de discapacidad. Del mismo modo, dicha exigencia resulta de la necesidad de aplicar la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por España en 2007 y, por lo tanto, vigente desde dicho año.

Desde el punto de vista de la técnica jurídica, el Anteproyecto admite numerosas mejoras en cuanto a la claridad de la redacción, en la que se detecta un recurso quizá excesivo a los conceptos indeterminados que pueden sembrar inseguridad jurídica, no sólo en los apartados dedicados a describir los principios y objetivos de la norma, sino, sobre todo, en partes de su articulado de las que se derivan derechos y obligaciones jurídicamente exigibles e incluso sancionables.

El Anteproyecto incorpora, reproduciendo, modificando o complementando según el caso, buena parte de la normativa ya vigente, incluidos numerosos preceptos de la Ley 14/1986, General de Sanidad. Ello puede inducir a cierta confusión en su aplicación, en tanto no se aborde por el Gobierno la necesaria refundición de la misma con la futura Ley de Salud pública, integrando al mismo tiempo las disposiciones en materia de salud pública de la Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, tarea necesaria a todas luces y para la que el Anteproyecto establece un plazo de dos años.

Finalmente, a juicio del CES, la remisión del presente Anteproyecto de Ley a este Consejo para su preceptivo dictamen no ha se-

guido los cauces procedimentales habituales, ya que no ha sido anteriormente informado por los diferentes organismos señalados en la Memoria del análisis del impacto normativo que acompaña a esta norma, tratándose además de un texto que todavía no cuenta con el suficiente grado de elaboración. En este sentido, el CES llama la atención acerca de la dificultad añadida que conlleva este hecho a la hora de dictaminar el presente Anteproyecto. Unido a lo anterior, el CES opina que la emisión de su dictamen se debería solicitar después de que los diferentes agentes y sectores representativos de interés en este ámbito hayan sido consultados y con carácter previo al pronunciamiento del Consejo de Estado.

4. Observaciones particulares

Artículo 2. Definiciones

Este precepto incorpora un listado de definiciones de conceptos relativos al área de salud pública. Así se definen conceptos tales como salud pública, análisis del riesgo, condiciones de salud, crisis sanitaria o enfermedades transmisibles, entre otros.

A pesar de la intención clarificadora del texto legal, el CES entiende que el esfuerzo definitorio del listado de definiciones circulares, lejos de arrojar claridad sobre los conceptos contenidos en la Ley, añade, en algunos casos, mayor complejidad a la comprensión de los mismos, y por ende, de todo el Anteproyecto en sí.

Por otro lado, dado que muchos de los términos referidos se encuentran ya definidos en su normativa propia, sería más conveniente reproducir dicha definición tal y como se contempla en su legislación, aportando así mayor coherencia y concordancia al entramado legal vigente y evitando toda concurrencia o contradicción terminológica o conceptual.

Asimismo, el CES echa en falta en este listado de definiciones, una referencia al concepto de “salud laboral”, en función de lo que establece la normativa de prevención de riesgos laborales, así como la definición de “peligro” en el ámbito de la salud pública. Del

mismo modo, sería conveniente especificar más algunos conceptos que pueden resultar ambiguos como el de “crisis sanitaria” o expresiones que se usan a lo largo del texto de manera indistinta, tales como “condicionantes” y “determinantes” de salud.

Con carácter general sería preciso mejorar la técnica jurídica empleada en todo el texto, y en concreto en este precepto, evitando así que el término definido sea parte de la definición, que se emplee el término “persona” en lugar de “ciudadanía” y “ciudadano”, o que aparezcan conceptos no definidos entre los términos referidos en el Anteproyecto, o se utilicen expresiones redundantes o superfluas que, o bien se sobreentienden en la normal actuación de la Administración, o no aportan nada nuevo a la definición de ningún concepto.

Artículo 4. Principios básicos

Este artículo recoge los principios básicos que deben inspirar las actuaciones en salud pública, entre los que destacan la coordinación y la cooperación de las Administraciones, la equidad, la preponderancia de la salud pública sobre los intereses, el apoyo en el rigor científico, la proporcionalidad de las intervenciones de salud pública, o el principio de precaución, entre otros.

A juicio del CES, este listado de principios básicos que pretende inspirar las actuaciones en materia de salud pública, constituye más bien una declaración de intenciones contextualizable en una sociedad democrática como la nuestra, en la que conceptos tales como ética, equidad o transparencia deben formar

parte del lenguaje común y de la actuación de las Administraciones públicas. No obstante, en esta declaración de principios, se echa en falta una referencia al principio de la salud pública como derecho individual.

En general, en opinión del CES, podría mejorarse la ordenación dada a los principios expuestos en el precepto, así como la sistemática general de la redacción del mismo y los términos utilizados, en aras de una mayor coherencia y comprensión de la redacción del precepto y de mayor rigor jurídico.

Artículo 5. Funciones de la salud pública

En el primer apartado de este artículo se señala que la misión fundamental de la salud pública es proteger, promover y restaurar la salud de las personas. El CES considera que como contenido primordial de dicha misión, en este apartado debería figurar explícitamente en primer lugar la prevención de riesgos para la salud, seguida de la protección, promoción y restauración de la misma, a las que ya se hace referencia.

Por otro lado, considera que en la letra b) del segundo apartado de este artículo, la expresión “políticas sanitarias o no sanitarias” podría sustituirse por la más concisa “políticas de salud”.

Título I. Derechos de los ciudadanos

El CES valora positivamente la voluntad de definir el marco de derechos y, de manera novedosa, de obligaciones, que conciernen a los ciudadanos en el ámbito de la salud pública. Sin embargo, la exhaustividad con que pre-

tende abordar todas y cada una de las situaciones, dimensiones y conceptos vinculados a la salud pública da como resultado un texto excesivamente denso y de difícil comprensión, que puede generar dificultades en su interpretación y diluir sus posibilidades reales de aplicación. No es cometido de este Consejo adentrarse en la solución de este tipo de problemas de técnica legislativa, por lo que solamente se refieren algunas a título de ejemplo. No obstante, el CES considera que, como ya se ha adelantado en las observaciones generales, el conjunto del Anteproyecto y, especialmente este título, es susceptible de numerosas mejoras desde el punto de vista de la claridad y la concisión en la redacción, que debería ser revisada en profundidad con este ánimo, al igual que la sistemática con que se abordan las distintas materias.

Artículo 8. Derecho a la información

El Anteproyecto reconoce en este artículo a “los ciudadanos” el derecho de acceder, directamente o a través de sus organizaciones, a la información en materia de salud pública y a ser informados activamente en el caso de que haya riesgos específicos para la salud, enumerando las facultades que este derecho incluye.

Valga expresar, en primer lugar, las dudas que le suscita a este Consejo la variedad de expresiones con que el texto objeto de dictamen se refiere a los titulares de derechos y deberes en salud pública, pues unas veces se refiere a “los ciudadanos”, otras a “todos” e incluso a “la ciudadanía” en abstracto. El Anteproyecto se presta así a confusión en

su interpretación, debiendo concretar y unificar la terminología usada que, en cualquier caso, deberá guardar coherencia con las previsiones de la Ley 16/1986, General de Sanidad (artículo 1.2) y de la Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (artículo 3.1), que se refieren a los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria.

Entre los ejemplos de la confusa redacción que llama especialmente la atención en este capítulo, cabe mencionar el apartado h) de este artículo, que reconoce el derecho a “recibir información puntualmente (...) sobre cualquier riesgo que pudiese afectar a la salud de la población (...)”, echándose en falta al principio de este párrafo una referencia clara a las administraciones competentes, como obligadas a satisfacer ese derecho.

Por otro lado, no es posible obviar las dificultades para la efectividad de este derecho, que se derivan de la excesiva generalidad con que se define en un Anteproyecto que no prevé incrementos presupuestarios reseñables pero que se compromete, en la letra i) del apartado l de este artículo, a brindar dicha información en cada caso “adaptada desde el punto de vista cultural y lingüístico al solicitante, de forma que se tenga en cuenta la heterogeneidad que caracteriza a la sociedad española actual”.

Por último, valga poner de relieve la necesidad de tomar en consideración la reciente iniciativa del Gobierno de abordar la elaboración de un Anteproyecto de Ley de Transparencia y acceso de los ciudadanos a la información pública, a efectos de armonizar sus

previsiones allí donde sea necesario, por ejemplo en lo relativo a los aspectos generales de legitimación, plazos, etc.

Artículo 9. Derecho de participación

El artículo 9, sobre el derecho de participación, establece el derecho de los ciudadanos a participar en todos los asuntos que tengan relación con la salud pública, incluyendo la forma directa y a través de las organizaciones. A este respecto, el CES encuentra que el objetivo de la participación en su modalidad individual es difícilmente alcanzable, y en su opinión, se incluye en el texto del Anteproyecto con una finalidad más programática que práctica. En todo caso, el derecho a la participación en materia de salud se encuentra regulado en la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 5, sobre participación comunitaria en la política sanitaria, así como en el artículo 10, sobre derechos frente a las distintas administraciones públicas sanitarias, preceptos con los que el Anteproyecto debe guardar coherencia.

Artículo 10. Derecho de igualdad

Por lo que respecta a los apartados primero y tercero de este artículo, a juicio del CES sería conveniente sustituir en ellos el término/concepto “equidad efectiva” por el de “igualdad efectiva” en coherencia con la terminología utilizada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo segundo (principios generales). Asimismo, en relación con el apartado segundo de este artículo, el CES llama la atención acerca de la existencia de un error

en la fecha de aprobación de la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, ya que se señala que ésta es de 22 de mayo en vez de reflejar que es de 22 de marzo, que es lo correcto.

Por otro lado, en opinión del CES, como consecuencia de que existen diversos aspectos en este artículo que no deberían estar recogidos en él, al estar ya regulados en otras normas más adecuadas o apropiadas, se produce una distorsión o una falta de coherencia entre éste y el resto del ordenamiento jurídico, lo que puede generar una falta de seguridad jurídica. Tal es el caso de lo señalado en el apartado quinto del presente artículo en relación con la incidencia de enfermedades transmisibles en el acceso al empleo y en el desempeño laboral, adentrándose aquí el Anteproyecto en el ámbito de la no discriminación en las relaciones laborales y la consideración de las enfermedades en el ámbito del trabajo, cuestiones propias del ordenamiento laboral que no deberían ser abordadas en el contexto de una Ley de salud pública.

Artículo 12. Derecho a la autonomía personal

El artículo 12, que versa sobre el derecho a la autonomía personal, puede, a juicio del CES, llevar a confusión por el término elegido para referirse al derecho de los ciudadanos a participar en intervenciones, planes y programas de salud y salud pública promovidos por las administraciones. Tal confusión derivaría de la identificación de este precepto con la Ley 39/2006 de Promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en la que se define la au-

tonomía como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. El contenido del artículo 12 del Anteproyecto parece guardar más relación con la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, por lo que el CES remite a esa norma para fijar un título más ajustado al contenido del Anteproyecto.

Por otro lado, el contenido del artículo adolece, como otras partes del texto, de falta de una sistemática clara, que en este caso se hace patente en la organización de los contenidos, referidos básicamente al derecho a la información y a la participación de los ciudadanos. En este sentido, el CES opina que dichos contenidos encontrarían un encaje más adecuado en los artículos del Anteproyecto dedicados a esas dos cuestiones, esto es, los artículos 8 y 9. En todo caso, el Consejo reitera la necesidad ordenar el texto de acuerdo con la regulación que sobre estos temas contempla la Ley 41/2002.

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

El CES considera necesario que se modifique el título del artículo en el sentido de reemplazar el término “no sesgada” por el de “objetiva”, en aras de una mayor claridad y de una mejor comprensión.

En cuanto al apartado cuarto de este artículo, el CES estima conveniente que se mejore su redacción para así ofrecer una ma-

yor seguridad jurídica, y que en todo caso éste se ajuste a lo dispuesto en la normativa específica vigente sobre dicha cuestión.

Capítulo II. Deberes de los ciudadanos

De conformidad con lo señalado anteriormente en las Observaciones generales acerca de la deficiente técnica jurídica con la que se ha elaborado el presente Anteproyecto de Ley, el CES llama la atención acerca de la falta de sistemática y de la imprecisa e incorrecta redacción que presenta este capítulo, lo que dificulta, en gran medida, su comprensión.

Así, el CES observa que dicha falta de sistemática se plasma en que, en ocasiones, este capítulo contempla una serie de obligaciones o de responsabilidades a los ciudadanos que ya se encuentran reguladas por la correspondiente normativa sectorial, por lo que se produce una cierta confusión normativa, como ocurre en los apartados primero y segundo del artículo 17 y en el apartado primero del artículo 19. Por ello, en opinión de este Consejo, sería deseable que existiera en este capítulo una mayor coherencia entre lo dispuesto en él y lo reflejado en la normativa sectorial correspondiente. Del mismo modo, a juicio del CES, esa falta de sistemática se plasma en que, en ocasiones, la redacción del capítulo es sumamente descriptiva y llena de aspectos pormenorizados, hecho que en opinión de este Consejo es más propio de una norma de carácter instrumental o reglamentario que de una norma con rango legal. Tal es el caso de lo contemplado en el apartado segundo del artículo 21.

Por su parte, la imprecisa e incorrecta redacción de este capítulo se plasma principalmente en los artículos 16 y 17, en los que se produce la misma imprecisión ya señalada respecto a la titularidad de estos derechos, utilizando aquí el Anteproyecto la expresión “todos”, excesivamente indeterminada en este caso.

Artículo 25. Transparencia y principios de colaboración

Este precepto determina el deber de cuantos colaboren con las Administraciones sanitarias de formular una declaración de intereses, incluyendo sus fuentes de financiación, con el fin de garantizar la objetividad y la transparencia de sus actuaciones.

El CES valora la introducción de la figura de la declaración de intereses, si bien la expresión “cuantos colaboren con las Administraciones sanitarias” es demasiado general y ambigua, dando lugar a interpretaciones que pueden no coincidir con la intención del legislador, ya que no se precisa a quiénes en concreto se refiere ni de qué manera se entiende la relación por la que se materializa dicha colaboración, por medio de un contrato, un convenio... Todo ello, sin perjuicio de las obligaciones que impone la legislación de contratos, de subvenciones y otras análogas que igualmente deben ser cumplidas.

Artículo 28. Responsabilidad social por la salud

En el artículo 28 se establecen las bases para la promoción de la responsabilidad social por la salud pública de ciudadanos, asociacio-

nes y organizaciones sociales, describiendo las actuaciones que fomentarán la responsabilidad por la salud pública.

En el apartado 4, se hace referencia a la responsabilidad social por la salud en el seno de las empresas. El CES considera que este apartado emplea una redacción poco afortunada al referirse a la responsabilidad de velar por la salud y la seguridad en el lugar de trabajo junto con la promoción, por parte de las Administraciones públicas de la responsabilidad social en las empresas. A juicio del CES debería mejorarse la redacción del precepto a fin de no generar confusión entre la prevención de riesgos laborales –que es una obligación legalmente establecida– y la responsabilidad social corporativa, que se basa en el principio de voluntariedad.

Asimismo, sería conveniente mejorar el lenguaje, en ocasiones ambiguo, empleado en el precepto, aclarando términos tales como “centros promotores de la salud y el bienestar de los trabajadores”.

Título II. Intervenciones en salud pública

Capítulo preliminar. Principios generales de acción en salud pública

El capítulo preliminar de este título, sobre principios generales de acción en salud pública presenta, a juicio del CES, el mismo problema de organización de los contenidos detectado en otras partes del Anteproyecto. Así, echa en falta una ordenación más jerarquizada de los principios recogidos en el texto, ya

que algunos de ellos parecen estar más orientados a situar la norma en un contexto genérico de actuación, mientras que otros responderían más a objetivos concretos y evaluables a medio plazo.

Los artículos 32, 33 34, 35, 38, 39 y 40, relativos a siete de los quince principios establecidos en la futura norma, remiten, en lo que respecta a la responsabilidad de aplicación, al artículo 45, sobre la garantía de cumplimiento de los principios, lo que a juicio de este Consejo redundaría en la falta de claridad del conjunto del capítulo, que resulta circular, sin aportar información relevante.

Artículo 39. Del principio de rendición de cuentas

Este artículo establece un periodo mínimo de tres años para que los órganos responsables de las intervenciones en salud pública rindan cuentas sobre los recursos, el proceso y los resultados obtenidos con la puesta en práctica de las actividades o intervenciones. Según el parecer de este Consejo, la periodicidad en la rendición de cuentas debería establecerse en función de cada programa concreto, ya que la naturaleza de las intervenciones puede ser muy variable y exigir plazos muy distintos para la obtención de resultados, pudiendo resultar excesivo en algunos casos el periodo trienal.

Artículo 46. Principios de la vigilancia en salud pública

Este precepto establece que la vigilancia en salud pública es una función pública y un componente básico de la salud pública que

implica el ejercicio de la autoridad sanitaria y que se realiza principalmente mediante la recogida sistemática y continuada de datos.

Este precepto hace referencia al objeto de la vigilancia en salud, por cuanto concreta y define la vigilancia en salud pública, por lo que el CES entiende que sería más correcto que la redacción del título del artículo se adaptase de un modo más adecuado al contenido del mismo.

Artículo 47. Sistemas de la vigilancia en salud pública

Este artículo determina los diversos sistemas que conforman la vigilancia en salud pública. A juicio del CES sería necesario mejorar la redacción del precepto y concretar conceptos a fin de lograr mayor claridad y mejor comprensión del mismo. A modo de ejemplo cabe citar el apartado 7º de la letra a) en donde se hace referencia a “la vigilancia de las lesiones y de la violencia, así como sus efectos en la salud”.

Capítulo III. Promoción de la salud

En opinión del CES, este capítulo debería plasmar con mayor fuerza la necesidad de implicación del sistema educativo en la prevención y la promoción de la salud y los hábitos de vida saludables. El ámbito escolar debe constituir un entorno de acción preferente en materia de promoción de salud y de adquisición de hábitos saludables, por lo que el Consejo considera que el aspecto educativo de la salud debería reforzarse en una norma sobre la salud pública, que podría contemplar la incorporación de estos contenidos de manera transversal a lo largo del proceso educativo.

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

El CES comparte la necesidad de articular procedimientos de transmisión de la información sobre salud pública de acuerdo a unos protocolos de actuación comunes y consensuados, toda vez que rigor y prudencia de los medios, así como la coordinación entre las Administraciones competentes se han demostrado clave para preservar su credibilidad y eficacia, especialmente en el contexto de las recientes crisis sanitarias. No obstante, considera que la redacción de este artículo es mejorable desde el punto de vista de su claridad, especialmente el apartado 3 del mismo.

Capítulo IV. Prevención de problemas de salud y sus determinantes (artículos 67 a 71)

El CES llama la atención acerca de que a lo largo de este capítulo no se contempla previsión alguna en relación con la obesidad, que constituye uno de los más importantes problemas de salud pública que están emergiendo en la sociedad española en los últimos años y ante el cual, las distintas autoridades o Administraciones sanitarias deben de adoptar un papel activo, principalmente en materia de prevención.

La paulatina transformación de los estilos de vida que trae consigo la incorporación de nuevas pautas de alimentación y de actividad física, incluyendo preferencias también nuevas en el consumo de alimentos, ha traído como resultado el aumento de la incidencia de trastornos de la salud que, como la obesi-

dad, evidencia la necesidad de incrementar el nivel de protección alcanzado. En la actualidad, España es el tercer país del mundo en tasas de personas con sobrepeso, sólo por delante están los Estados Unidos de América y el Reino Unido. Asimismo España registra una de las tasas de obesidad más altas de Europa en adolescentes (un 15 por 100).

Así pues, el CES considera necesario que en este capítulo se incluya a la obesidad como uno de los principales problemas de salud pública que deben de ser objeto de una atención prioritaria por parte de las distintas autoridades o Administraciones sanitarias, a pesar de que ya existan previsiones en este sentido en la Ley sobre Seguridad alimentaria y nutrición, actualmente en fase de tramitación parlamentaria.

Por otro lado, a juicio del CES este capítulo se muestra excesivamente programático, es decir, no expone medidas concretas en materia de prevención de problemas de salud, ante lo cual, este Consejo considera conveniente que se precisen con más claridad las medidas que se proponen en este sentido en aras de una mayor eficacia de la norma. A modo de ejemplo, cabe señalar la indefinición y la falta de concreción, en cuanto a las medidas que se proponen para prevenir los problemas de salud, que se observa en el artículo 67.

Artículo 70. De las actuaciones específicas sobre cribados

Este precepto remite a los criterios científicos y a los principios establecidos en el capítulo preliminar del título II de este Anteproyecto, para la realización de pruebas diagnósticas

de cualquier carácter, y hace referencia a actuaciones específicas sobre cribados. El apartado 5, establece la prohibición de pruebas diagnósticas en el ámbito laboral sin conocimiento del trabajador.

A juicio del CES, este apartado hace referencia a actuaciones que se enmarcan dentro de la vigilancia de la salud en el ámbito laboral, que ya se encuentran reguladas en su normativa propia, así la Ley de Prevención de riesgos laborales establece que dicha vigilancia “sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento”. Por ello, el CES considera que, en relación a las actuaciones relativas a la vigilancia de la salud en el ámbito laboral, debería remitirse a la normativa específica que las regula.

El apartado 7 de este precepto, habilita al Servicio Nacional de Salud para requerir el abono de los costes sanitarios incurridos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas a las que se les practique exámenes o pruebas diagnósticas improcedentes. El CES considera que, teniendo en cuenta la libertad de prescripción que asiste a los facultativos y la ausencia de capacidad de decisión o voluntariedad de los pacientes en la elección de los exámenes o pruebas diagnósticas a realizar, no parece lógico que sean éstos los que deban abonar los costes de unas pruebas cuya procedencia o no está al margen de su responsabilidad.

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

El apartado 3.h) determina que las Administraciones sanitarias garantizarán que en los

servicios sanitarios, especialmente en los de atención primaria se desarrollarán acciones preventivas en el entorno vital de las personas incluido el hogar contando con el papel relevante de los trabajadores del ámbito social.

El CES entiende que la redacción dada a este apartado es confusa, por lo que sería conveniente especificar a qué acciones concretas se refiere este apartado en aras de una mayor seguridad jurídica.

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

De conformidad con lo señalado anteriormente en las Observaciones generales acerca de la deficiente técnica jurídica con la que se ha elaborado este Anteproyecto de Ley, el CES observa que en el apartado segundo de este artículo relativo a la conveniencia, en determinados casos, de que se produzca una colaboración entre las oficinas de farmacia y los programas de promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades y lesiones promovidos por las Administraciones sanitarias, se produce una cierta confusión debida a la falta de sistemática con la que se ha confeccionado la norma, en tanto que este apartado segundo desarrolla lo ya previsto en este sentido en la Ley 14/1986, de 26 de abril, General de Sanidad y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud pero con una terminología poco apropiada, lo cual puede dar lugar a equívocos en su comprensión. Un claro ejemplo de esta redacción impropia es la utilización en dicho apartado segundo del término “es recomendable”. Así pues, en opinión de este Consejo, sería

deseable que existiera en este artículo una mayor coherencia entre lo dispuesto en él y lo reflejado en la normativa señalada en aras de un mejor entendimiento del precepto y de una mayor seguridad jurídica.

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

A juicio del CES, éste no es el lugar adecuado para regular los conciertos entre las oficinas de farmacia y los colegios profesionales, ya que esta materia tiene su propia regulación específica. Por lo tanto, en opinión de este Consejo este artículo no debería solapar la regulación existente en esta materia en aras de una adecuada sistemática y coherencia normativa que evite posibles situaciones de confusión y de inseguridad jurídica.

Artículo 78. La gestión en la atención primaria de salud

El CES comparte la necesidad de reforzar la atención primaria de salud ya que es un elemento de gran importancia a la hora de la implantación de acciones preventivas y la necesidad de una adecuada coordinación entre los responsables de dicha atención primaria y las autoridades locales. Del mismo modo, el CES entiende que el refuerzo de esta atención primaria, también a nivel local, es un aspecto de gran relevancia para la efectividad y eficacia de esta norma.

Dicho lo cual, a juicio del CES este artículo se muestra excesivamente programático en tanto que impone una serie de obligaciones a las administraciones sanitarias en este ámbito sin establecer los medios o los instrumentos que se-

rán necesarios para llevarlas a cabo. Así pues, para este Consejo sería necesario que se concretara más este extremo en este artículo.

Artículo 91. Actuaciones de las autoridades sanitarias en salud laboral

El artículo 91 desarrolla las diversas actuaciones que la autoridad sanitaria, de forma coordinada y cooperante con la autoridad laboral y cualquier otra autoridad competente, llevará a cabo.

A juicio del CES sería conveniente referirse a este respecto también a la actuación de los servicios de prevención, en los mismos términos en los que se refiere el reglamento de los Servicios de Prevención, que determina la colaboración con los servicios de atención primaria de salud y de asistencia sanitaria especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo, y con las Administraciones sanitarias competentes en la actividad de salud laboral que se planifique, siendo las unidades responsables de Salud Pública del Área de Salud, que define la Ley General de Sanidad, las competentes para la coordinación entre los servicios de prevención que actúen en ese área y el sistema sanitario. Todo ello con el fin de fomentar la coordinación entre la actuación de los servicios de prevención y el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 94. La evaluación del impacto sobre salud

El CES se remite a lo establecido en la observación particular al artículo 10 sobre la inadecuada utilización del término “equidad”.

Artículo 101. Funciones de salud internacional

De conformidad con lo ya señalado en las Observaciones generales, a juicio del CES, este artículo representa otro claro ejemplo más de la deficiente, imprecisa y poco clara redacción con la que se ha elaborado esta norma. Así, para este Consejo sería deseable que se delimitara o clarificase el significado de la expresión “un sólido sistema de inteligencia” situada en el punto b) del apartado primero de este artículo. Asimismo, el CES llama la atención acerca de la ausencia de un apartado segundo en este artículo, lo que conllevaría la supresión de la referencia numérica del apartado primero.

Título III. La organización de la salud pública

Capítulo I. Órganos para el gobierno de la salud pública

De conformidad con lo señalado anteriormente en las Observaciones generales y, en concreto, en la observación particular al capítulo II denominado “Deberes de los ciudadanos” acerca de la deficiente técnica jurídica con la que se ha elaborado el presente Anteproyecto de Ley, el CES llama la atención acerca de la falta de sistemática y de la imprecisa e incorrecta estructura que presenta este capítulo, lo que dificulta, en gran medida, su comprensión. Así, en este capítulo se enumeran y se regulan las funciones y la composición de los diferentes órganos que van a regir en el ámbito de la organización de la

salud pública, de tal manera que de dicha enumeración se desprende una jerarquización (artículo 106) que posteriormente no se ve reflejada a lo largo del capítulo (artículos 107 a 110).

Por ello, a juicio del CES sería necesario que se procediera a sistematizar y a reestructurar mejor este capítulo en aras de una mejor comprensión y entendimiento del mismo.

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

Este precepto determina la creación el Consejo Estatal de Salud Pública como órgano consultivo, y establece quiénes estarán representados, así como los miembros que compondrán dicho Consejo.

En opinión del CES, los criterios que determinan la composición del citado órgano no son suficientemente claros ni objetivos, ya que la referencia del apartado 3. h), “a las personalidades que por su actividad pública muestren interés...”, es demasiado vaga e imprecisa. Por otro lado, omite cualquier referencia a los interlocutores sociales en general, y a las organizaciones de consumidores en particular, entre los miembros que compondrán el Consejo Estatal de Salud Pública.

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

El apartado 2 del artículo 125, hace referencia a las competencias en materia de protección ambiental. El CES opina que debería incluirse en este apartado el control sanitario de los riesgos para la salud derivados de la contaminación acústica.

Asimismo, en lo relativo a las actividades que enumera la letra f) en el apartado segundo, tales como peluquerías, saunas, tatuajes, etc. A fin de no incurrir en omisiones de actividades similares o relacionadas con los servicios de peluquería y estética, el CES considera que sería más oportuno hacer una referencia más genérica a los servicios relacionados con la imagen personal a los que se refiere el apartado.

Artículo 135. El desarrollo profesional

De acuerdo con lo señalado anteriormente en las Observaciones generales en relación a que esta norma incide en varias ocasiones en el ámbito laboral, el CES considera que este artículo regula ciertos aspectos de la ordenación del desarrollo de las carreras profesionales que ya cuentan con normativa propia en el ámbito sanitario, y que son objeto de negociación en las mesas sectoriales correspondientes, por lo que el Anteproyecto no debería adentrarse en ellas. Igualmente, en cuanto al apartado primero de este artículo, con independencia de la necesidad de reforzar la valoración de aspectos diferentes de la mera antigüedad a la hora de la promoción, el CES considera que la expresión “y no la antigüedad” no es afortunada, entendiéndose que, además del mérito, debe considerarse también de alguna manera la experiencia profesional para poder progresar profesionalmente en el ámbito de la salud pública.

Por todo ello, a juicio del CES sería necesario que este artículo guardara coherencia en sus previsiones sobre dicha materia, en espe-

cial con la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias.

Artículo 140. La autoridad sanitaria

El CES considera que en el apartado primero existe una duplicidad en cuanto a que en éste se define “autoridad sanitaria”, concepto que ya se encuentra definido en el apartado c) del artículo 2. Por ello, a juicio del CES la definición de autoridad sanitaria sólo se debería reflejarse en el apartado c) del artículo 2 por ser una ubicación más adecuada, lo que evitaría posibles solapamientos y contradicciones.

Artículo 146. Medidas cautelares

El apartado tercero de este artículo establece que se podrán imponer multas coercitivas para garantizar la aplicación y eficacia de las medidas cautelares, lo que el CES considera contrario a los principios del procedimiento sancionador y a la propia naturaleza provisional de las medidas cautelares, teniendo en cuenta que todavía no se ha podido constatar la concurrencia de un supuesto de infracción.

Unido a lo anterior, en opinión de este Consejo, la tipificación y graduación de las infracciones no resulta suficientemente precisa, por lo que debería revisarse.

Artículo 151. Sanciones

El apartado 3 del precepto determina la actualización periódica que podrá realizar el Gobierno de las cuantías de las sanciones económicas por las infracciones en materia de salud pública, teniendo en cuenta los índices de precios para el consumo.

El CES entiende, que si bien la Ley 16/1986, General de Sanidad 36.3 ya alude a la referencia del IPC para la actualización

de las sanciones, sería más conveniente omitir la referencia expresa al IPC como criterio para esta actualización.

5. Conclusiones

El CES valora positivamente la voluntad de abordar una Ley que con carácter general regule la materia de salud pública, sin perjui-

cio de las observaciones generales y particulares que se realizan en el cuerpo de este dictamen.

Madrid, 15 de septiembre de 2010

Vº. Bº El Presidente

Marcos Peña Pinto

La Secretaria General

Soledad Córdova Garrido