

Capítulo II. LA GOBERNANZA EN SALUD PÚBLICA EN ANDALUCÍA: PRESTACIONES, RECURSOS E INVESTIGACIÓN

María Luisa Gómez Jiménez

INTRODUCCIÓN

Los principios que rigen la actuación de las Administraciones Públicas, han sido objeto de análisis constitucional y administrativo en su proyección en las distintas ramas del ordenamiento jurídico. De ellos, uno destaca especialmente respecto de la actuación de las Administraciones Públicas sanitarias nos referimos al principio de Coordinación Administrativa. Este enunciado de manera específica en el artículo 103 de la Constitución, refleja la configuración del ordenamiento jurídico como sistema en general y del ordenamiento sanitario como sistema en particular.

Pues bien este principio alcanzó significativa interpretación constitucional en la Sentencia 32/83, sobre la necesidad de coordinación interadministrativa y la interpretación del principio en el ámbito sanitario. Poco se incorporaba entonces en la normativa y jurisprudencia constitucional sobre la noción de gobernanza y si sobre la función de Gobierno y de las competencias de éste en tanto que dirige a la Administración Civil del Estado y de las Comunidades Autónomas. (Artículo 97 de la Constitución).

El Título II de la Ley de Salud Pública¹ se ocupa de las políticas de Gobernanza y lo hace desde las premisas de la salud pública entendida en el contexto internacional, nacional

¹ La definición de Salud Pública puede verse en la Ley estatal básica, 33/2011, de 4 de octubre al decir: «La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación

y local. Así en los cinco capítulos que componen el título se abordan las cuestiones de coordinación interadministrativa desde la noción de salud global, prestando especial atención a las políticas de salud pública como políticas transversales, o la salud como política transversal.

En este capítulo analizaremos los contenidos del Título II de la Ley en la necesidad de orientar las características de qué sea o deba ser la gobernanza de la Salud Pública en Andalucía.

I. LA SALUD PÚBLICA EN LA SOCIEDAD GLOBAL

Llama poderosamente la atención el título que el capítulo I del título II de la Ley incorpora en el examen de la Gobernanza de las Políticas Públicas de Salud, al incorporar una proyección internacional de la atención sanitaria que no puede ser desconocida toda vez que como sabemos las enfermedades no conocen fronteras. Así señala el artículo 35² el reconocimiento del principio de colaboración, que se debe enmarcar en la actividad de cooperación general del Estado Español y por tanto en el sentir del artículo 103³ de la Constitución, respecto del entendimiento de la coordinación interadministrativa. Pues la colaboración o cooperación como principio si bien no está enunciado como tal en el precepto, se desprende del espíritu de lealtad constitucional⁴, y es el prius lógico y ontológico de los demás principios constitucionales⁵.

Además, la intervención en materia de salud pública implica la necesaria coordinación interadministrativa que se proyecta en el ámbito internacional, pues las enfermedades no conocen fronteras y exigen un protocolo de actuación que permita la prevención de enfermedades y la actuación en caso de epidemias o estrategias globales en materia de sanidad. Es por ello, que la Ley recoge en el artículo 36, la proyección de salud pública de la Comunidad Autónoma en el contexto internacional e integra en el mismo, las referencias

de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales».

² «En el marco de la política de cooperación general del Estado español, se reconoce en Andalucía el principio de colaboración para la salud global y la participación en la acción colectiva internacional, que comprenderá el esfuerzo sistemático para la salud de la comunidad global y la organización de respuestas entre los miembros de esta comunidad para afrontar dichas necesidades, incluyendo la formulación de políticas, la movilización de recursos y la implantación de estrategias»

³ Reflejaría el Prof. Martín Rebollo con acierto

⁴ STC 32/83, sobre coordinación interadministrativa en relación al sistema de Salud y los principios constitucionales en el ámbito del sistema de Salud.

⁵ STC 32/83,

correspondientes a la cooperación internacional con otros países en el marco del artículo 38.1 de la Ley General de Sanidad⁶.

Además la Ley de Salud Pública viene a contemplar también previsiones respecto de la adecuada prestación de salud pública a las comunidades y ciudadanía andaluzas asentadas en el exterior. Esto es, la proyección de las disposiciones normativas autonómicas deben alcanzar por la vía del acuerdo y la cooperación internacional a la implementación de políticas públicas de salud a andaluces en el exterior, no señala la norma, sin embargo, con precisión el ámbito material de dicha proyección normativas, pues en puridad pareciera ser de aplicación a residentes y a no residentes en el extranjero. En este sentido, la reciprocidad⁷ que ampara el contenido del artículo 13 de la Constitución respecto de la calificación del régimen aplicable a los extranjeros en España y a los españoles fuera de España, resulta de especial interés⁸.

⁶ 1. La Administración de la Junta de Andalucía, a través de la Consejería competente en materia de coordinación de la cooperación internacional para el desarrollo, llevará a cabo actividades de cooperación con otros países e instituciones sanitarias internacionales con el objetivo de mejorar la salud de la población, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 38.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril (RCL 1986, 1316), General de Sanidad.

⁷ Sobre el principio de reciprocidad puede verse: VACAS FERNÁNDEZ, Félix: «El principio de reciprocidad como condición del reconocimiento del derecho al sufragio de extranjeros en las elecciones municipales en España y sus implicaciones desde el Derecho Internacional», en *Revista de Derecho Migratorio y Extranjería* núm. 20, 2009. Madrid. Con las críticas que puedan introducirse al mismo desde la perspectiva de los derechos humanos, en CERIANI CERNADAS, Pablo: «Los Derechos Políticos de los extranjeros en España desde un enfoque de derechos Humanos. La ilegitimidad del principio de reciprocidad», en *La Igualdad en los derechos, clave de la integración*, coordinado por Francisco Javier Lucas Martín, y Ángeles Solanes Corella. Págs. 481-520.

⁸ En este contexto resulta de interés la consulta de la Sentencia del Tribunal Constitucional 95/2000, de 10 de abril, en relación a la configuración del Derecho a la Asistencia Sanitaria, como expone el órgano jurisdiccional en el Fundamento Jurídico núm. 2 y 3 de la Sentencia, respecto de la vulneración del artículo 24 de la constitución:

«La jurisprudencia de este Tribunal ha venido definiendo el alcance de la proyección del principio de igualdad y no discriminación sobre los derechos y libertades de los extranjeros, a los que se refiere el art. 13.1 CE, al establecer que gozarán en España de las libertades públicas garantizadas en el Título I, si bien en los términos que establezcan los Tratados y la Ley. Desde nuestra STC 107/1984, de 23 de noviembre (RTC 1984, 107), hemos mantenido que ni la expresión misma de libertades públicas ha de interpretarse en sentido restrictivo, ni tal remisión supone que se haya querido desconstitucionalizar la posición jurídica de los extranjeros relativa a ellas, sino que supone, únicamente, el reconocimiento de éstas con arreglo a su configuración legal. Y así, como declaramos en dicha Sentencia y hemos reiterado en las SSTC 99/1985, de 30 de septiembre (RTC 1985, 99), y 130/1995, de 11 de septiembre (RTC 1995, 130), los extranjeros gozan en nuestro país, en condiciones plenamente equiparables a los españoles, de aquellos derechos que pertenecen a la persona en cuanto tal y que resultan imprescindibles para la garantía de la dignidad humana (art. 10.1 CE); por contra, no es posible el acceso a otro tipo de derechos (como los reconocidos en el art. 23 CE, según dispone el art. 13.2 y con la salvedad que contiene) y, finalmente, existe un tercer grupo integrado por aquellos derechos de los que podrán ser titulares en la medida y condiciones que se establezcan en los Tratados y Leyes, siendo admisible en tal caso que se fijen diferencias respecto a los nacionales. Pues bien, en lo que se refiere al supuesto que nos ocupa, preciso es advertir que tanto el mantenimiento del sistema público de Seguridad Social (art. 41 CE) como el reconocimiento del derecho a la salud (art. 43 CE) y, consecuentemente, la obligación de los poderes públicos de organizarla y tutelarla mediante las medidas, prestaciones y servicios necesarios (art. 43 CE) se contienen en el Título I del texto constitucional, lo que permite establecer la relación entre ellos y la previsión ya

La configuración del Principio de Reciprocidad⁹ como principio de configuración legal, implica por tanto la conveniencia de considerar una aplicación en diferido de los derechos y deberes en situaciones similares con carácter simultáneo o consecutivo. Su proyección en el ámbito del Derecho internacional, y respecto del ejercicio de derechos y garantías implica la coexistencia de dos voluntades expresadas en la forma de un cumplimiento simultáneo de las obligaciones. Así, por ejemplo en el caso de la asistencia sanitaria transfronteriza, la transposición de la Directiva 2011/24/UE¹⁰ del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, operada a través de RD 81/2014, de 7 de febrero¹¹ que establece normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y ordenes de dispensación. Pues bien en dicha norma, se prevén medidas de reembolso económico de los gastos por asistencia sanitaria y se recuerda en la Exposición de Motivos de la norma:

«El reembolso de los gastos se limita a la asistencia sanitaria establecida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y, en su caso, la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente. Como es lógico,

mencionada del art. 13.1 CE, deduciéndose el derecho de los extranjeros a beneficiarse de la asistencia sanitaria en las condiciones fijadas por las normas correspondientes. Así se desprende también de la regulación vigente a la fecha de los hechos (art. 4 de la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio [RCL 1985, 1591 y ApNDL 5093], sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España) y del actual art. 3 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero (RCL 2000, 72 y 209), a cuyo tenor «los extranjeros gozarán en España, en igualdad de condiciones que los españoles, de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución y en sus leyes de desarrollo, en los términos establecidos en esta Ley Orgánica». En el mismo sentido cabe citar los arts. 8 y 9 del Real Decreto 155/1996, de 2 de febrero (RCL 1996, 630 y 1185), en desarrollo de la anterior Ley Orgánica de 1985, y que sustituyó al anterior Real Decreto 1119/1986, de 26 de mayo (RCL 1986, 1899 y 2401), norma aplicable en el momento en el que el recurrente solicitó el derecho denegado». Además debe tenerse en cuenta la afección que sobre la configuración del derecho a la asistencia sanitaria se ha realizado con la aprobación del Real Decreto 16/2012, de 20 de abril (RCL de 24 de abril), de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y mejora la calidad de las prestaciones, que excluyó a las personas inmigrantes del acceso a la Sanidad pública y que tan duramente criticado ha sido por el Gobierno Andaluz. Comunidad en la que se han realizado esfuerzos para defender la necesaria atención de la asistencia sanitaria a los inmigrantes, al introducir un documento de reconocimiento temporal de asistencia, emitido en los distritos de atención primaria y que permite el acceso al sistema sanitario público en la Comunidad Autónoma. Así, según fuentes de la propia Consejería en 2014, las atenciones a estas personas sólo han supuesto el 0,18% de las consultas de Medicina de Familia, el 0,49% de las urgencias hospitalarias y el 1,1% de los partos. Algunas valoraciones sobre las medidas y su repercusión mediática pueden verse en: (http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/portada/Noticia29337?perfil=ciud&idioma=es&tema=/temas_es/&contenido=/channels/portada/Noticia29337).

⁹ Son muchos los estudios que desde diferente disciplinas se han ocupado del principio de reciprocidad, así por ejemplo Shing I – LIU, «El principio de la reciprocidad y la globalización desde la perspectiva de la regla de oro», en *Persona y Derecho*, 60 (2009), págs.19-27; Bueno Arús, «El principio de reciprocidad en la extradición y en la legislación española», en *Anuario de derecho Penal y ciencias penales BOE 1984*.

¹⁰ (LCEur 2011, 475)

¹¹ (BOE de 8 de febrero de 2014, con rectificaciones publicadas en el BOE de 17 de abril de 2014).

se exigen las mismas condiciones y trámites que se impondrían si la asistencia sanitaria se prestase en territorio nacional por los correspondientes servicios sanitarios asignados».

Medidas que exigen de la aplicación de una cooperación interadministrativa aplicable por lo demás también en el ámbito de la norma al reconocimiento de recetas¹², las redes europeas de referencia, las enfermedades raras, la sanidad electrónica, y la evaluación de las tecnologías sanitarias.

Además, como la propia norma indica, las Comunidades Autónomas encuentran en su implementación un reto pues deben desde la sanidad pública «en cualquier caso respetar los valores esenciales de universalidad, acceso a una atención sanitaria de elevada calidad, equidad y solidaridad, para los pacientes y ciudadanos con independencia de su Estado miembro de afiliación¹³». En este contexto, el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma Andaluza deberá «hacer frente, por un lado, al posible incremento de pacientes provenientes de otros Estados miembros y, por otro, habrán de rembolsar los gastos de los afiliados que decidan ser atendidos en otro Estado de la Unión¹⁴».

Así, la proyección internacional en materia sanitaria, deriva no ya sólo de la implementación de las políticas europeas y la correspondiente transposición de directivas comunitarias al respecto sino que debe enmarcarse también en la estrategia de acción exterior en materia de Salud¹⁵. Acción exterior que se ha dibujado tempranamente en la Comunidad Autónoma desde la aprobación en 1991 del Decreto 122/91, de 18 de junio, que creó la Comisión de Asuntos Comunitarios, para garantizar la coordinación de las actuaciones de la Junta de Andalucía en las materias derivadas de la pertenencia a las Comunidades Europeas. Posteriormente en 1995, la Comisión pasó a denominarse, por Decreto 61/95, de 14 de marzo, Comisión de Asuntos Europeos y Cooperación Exterior, y se modificaron

¹² No se olvide en este sentido que el RD 81/2014, vino en este sentido a introducir modificaciones en el texto del RD 1718/2010, de 17 de diciembre en torno a la recetas médicas y las órdenes de dispensación, en la Disposición final 1 del Decreto 81/2014.

¹³ Exposición de Motivos del RD 81/2014.

¹⁴ Exposición de Motivos del RD 81/2014.

¹⁵ Artículo 31 de la Ley 2/2014, de 25 de marzo, relativa a la acción exterior en materia de salud, que señala: «La Acción Exterior en materia de salud se orientará a la protección de la salud de los ciudadanos ante riesgos sanitarios transfronterizos de origen humano, animal, alimentario, ambiental u otros; a la colaboración en materia de asistencia sanitaria internacional; a la actividad de inspección en el ámbito de la sanidad exterior; a la colaboración en prevención y promoción de la salud de los ciudadanos y a la cooperación en investigación e innovación en materia sanitaria y de formación.

2. La planificación de la Acción Exterior en materia de salud tendrá en cuenta las iniciativas y compromisos que se deriven de las estrategias que se impulsen en el marco de la Unión Europea y desde la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales y promoverá la presencia española en los foros sanitarios de estas instituciones, así como el fomento de tratados internacionales, y las actividades de cooperación internacional y de movilidad de expertos.»

sus funciones y atribuciones. Posteriormente el Decreto 11/2004, de 24 de abril vino a modificar la estructura de las Consejerías llevando a la Consejería de Presidencia¹⁶ las competencias relativas a la acción exterior y Cooperación internacional al Desarrollo.

No se olvide, en este contexto que la aplicación de la Ley de Salud Pública se hace en el marco de las disposiciones estatales que en particular integran la Ley de Salud Pública Estatal Ley 33/2011, de 4 de octubre¹⁷. Norma que como viene a señalar en su exposición de Motivos vendrá a sentar las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y colaboración entre las administraciones públicas en materia de Salud Pública.

En este contexto, la proyección internacional de las políticas de Salud públicas se proyectará también de manera específica en la cooperación internacional al desarrollo. Cuestión que ha motivado la creación de la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo (en adelante AACID). La Agencia fue creada por Ley 2/2006, de 16 de mayo¹⁸, en el marco de la Ley 14/2003, de 22 de diciembre de Cooperación Internacional al Desarrollo¹⁹, rigiéndose en la actualidad por el Decreto 184/2014, de 30 de diciembre que vino a derogar al anterior, y que incorporó. Pues bien, la Ley Andaluza de Cooperación al Desarrollo, vino a considerar una prioridad sectorial los servicios sociales básicos, entre los que se incorporaron la atención a la salud²⁰. La actuación administrativa se moduló en los Planes

¹⁶ Esta atribución competencial fue completada por Decreto 347/2004, de 25 de Mayo que creó la Secretaría General de Acción Exterior. Norma además que como puede imaginarse fue derogada en sucesión de continuidad con las reestructuraciones de consejerías que se suceden al comienzo de cada legislatura y que en la actualidad se regula por el Decreto 204/2015, de 14 de julio, que establece la estructura orgánica de la Consejería de Presidencia y Administración Local (BOJA de 15 de Julio), y cuyo artículo 8 prevé, las competencias encomendadas a la Secretaría General de Acción Exterior, entre las que se destacan: «La coordinación general de las actuaciones de la Junta de Andalucía en materia de acción exterior y especialmente las derivadas de la pertenencia de España a la Unión Europea, representando a la Comunidad Autónoma ante los órganos de coordinación de la Administración General del Estado en estas materias, e impulsando y coordinando la participación de la Junta de Andalucía en instituciones u órganos de la Unión Europea, el Consejo de Europa y en otras organizaciones regionales» o «El apoyo, seguimiento y coordinación de la participación de la Junta de Andalucía en los Programas de Cooperación Territorial europea en sus tres ámbitos: cooperación interregional, transnacional y transfronteriza», o «Asimismo la coordinación de las competencias relacionadas con los andaluces y andaluzas en el exterior y de la ciudadanía andaluza retornada».

¹⁷ Esta Ley ha sido modificada por la Ley 3/2014, de 27 de marzo, que modifica el Texto Refundido de la Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras Leyes complementarias. (BOE de 28 de marzo de 2014).

¹⁸ BOJA de 24 de mayo y corrección de errores de 12 de Junio de 2006.

¹⁹ Norma que además debe tomar en consideración la política de cooperación al desarrollo a nivel estatal, y en particular la Ley 23/98, de 7 de Julio de cooperación Internacional al Desarrollo, que ha sido modificada a su vez por: la Ley 2/2014, de 25 de marzo de Acción y del Servicio Exterior del Estado, la Ley 36/2010, de 22 de octubre, del Fondo para la Promoción al Desarrollo; la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad y desarrollado por el RD 1412/2005, de 25 noviembre, que regula la Comisión Interministerial de Cooperación Internacional.

²⁰ Artículo 3.1. a) Ley 14/2003, de 22 de diciembre.

Andaluces de Cooperación Internacional al Desarrollo²¹. El Plan Andaluz de Cooperación al Desarrollo para el trienio 2015-2018 fue aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno el 27 de Agosto de 2015²².

El artículo 37 de la Ley de Salud Pública dedica especial atención a la proyección de las políticas sanitarias en el ámbito de la Unión Europea²³. En este sentido, se enumera en el precepto la competencia de transposición, desarrollo y ejecución de la normativa comunitaria que en el ámbito de su competencia derive de la aplicación del artículo 235 del Estatuto de Autonomía. Pues bien, tres elementos destaca la norma; a saber, de un lado la participación en la formación de la Voluntad del Estado en lo que respecta a la adopción de decisiones y actos normativos que afecten a la salud Pública, en el ámbito de la Unión Europea²⁴, de otro lado respecto de la promoción de lo que la norma denomina de «convergencia» con las estrategias de la Unión Europea²⁵.

II. LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN ANDALUCÍA

La Ley dedica el Título III, a lo que denomina las Acciones de Salud Pública. Así, entre los artículos 60 a 72, se ocupan de los aspectos relativos a las prestaciones de salud Pública (artículos 60-61); al sistema de vigilancia e información (artículos 62-67), y la promoción

²¹ Así por ejemplo el Decreto 283/2007, de 4 de diciembre vino a aprobar el Plan Andaluz de Cooperación al Desarrollo para el período 2008-2011, (BOJA de 16 de enero de 2008).

²² Puede consultarse respecto del previo del informe económico del II Plan de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad Autónoma:
<http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Memorias%20e%20Informes%20PACODE%202015-2018.pdf>
 Publicado en el BOJA de 2 de septiembre de 2015.

²³ Debe tenerse en cuenta en este sentido el Reglamento núm. 282/2014, de 11 de marzo, del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión Europea en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 y por el que se deroga la decisión núm. 1350/2007/CE.

²⁴ Artículo 37.3 de la Ley de Salud Pública (DOUE de 21 de marzo de 2014. Actos legislativos). Además el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea vino a señalar el principio rector de la protección a la Salud como un principio transversal de tal suerte que la salud humana deba estar protegida y se tome en consideración en todas las políticas y actividades de la UE.

²⁵ Las Políticas Comunitarias enmarcadas en la estrategia 2020, contemplan las específicas previsiones a la Salud Pública, y lo hacen con la esperanza de conseguir que la salud sirva de baluarte a la prosperidad económica. Pues para la Comisión, un gasto eficiente en Salud puede fomentar el crecimiento así describe por ejemplo en:

http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf (Febrero 2013). Por ello, en la estrategia en materia de salud pública desarrollada desde la Comisión Europea, resulta esencial el examen de la inversión en sistemas sostenible de Salud; la inversión en la salud de las personas como capital humano, de tal suerte que se vincule el estar en posesión de unas buenas condiciones de salud con la empleabilidad, y la contribución al crecimiento; la inversión en la reducción de la falta de equidad en salud, de tal forma que se fomente la cohesión social y se trate de romper el círculo vicioso existente entre una deteriorada salud, la exclusión y la pobreza. Además se prevé la inversión en Salud Pública desde los fondos Europeos.

de la Salud (artículo 68). Además se incorporan en el este Título dos capítulo dedicado a la promoción, prevención de enfermedades y problemas de Salud y a la protección de la Salud que comprende los artículos 69 a 72 de la norma. Veámoslo con más detalle.

1. La definición de las prestaciones de Salud Pública desde la Ley de Cohesión y Calidad de la Sanidad.

Respecto de las prestaciones de Salud Pública, éstas se definen en un función de las previsiones contenidas en la Ley de Cohesión y Calidad de la Sanidad 16/2003, de 28 de mayo²⁶, en la redacción dada por la Ley 33/2011, de 4 de octubre²⁷. Téngase en cuenta por lo demás que la Ley 33/2011, vendrá a integrar el régimen jurídico de la Salud Pública desde su conceptualización como «el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales»²⁸.

Esta definición encierra elementos que deben ser determinados de manera precisa respecto de cuales sean las actividades organizadas por las Administraciones Públicas, y que acciones sanitarias, sectoriales y transversales serán precisas para su aseguramiento. En este contexto, cobra sentido la descripción de prestaciones o catálogo de prestaciones de salud pública que la Ley Andaluza incorpora²⁹ y que incrementa el que se describe con carácter básico en la legislación Estatal³⁰. Así al Catálogo de 11 prestaciones establecidas

²⁶ Artículo 11 de la Ley.

²⁷ La Disposición Final Segunda de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, viene a modificar el apartado 2 del artículo 11.

²⁸ Artículo 1, de la Ley 33/2011.

²⁹ Estas son definidas como: «El conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas andaluzas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es 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».

³⁰ A saber: (artículo 11. 2 de la Ley)

La prestación de salud pública comprende las siguientes actuaciones:

- a) *La información y 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 y objetivos de la salud pública que es la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a obtener compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y respaldo para unos objetivos o programas de salud determinados.*
- c) *La promoción de la salud, a través de programas intersectoriales y transversales.*
- d) *La prevención de las enfermedades, discapacidades y lesiones.*
- e) *La protección de la salud, evitando los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas.*
- f) *La protección y promoción de la sanidad ambiental.*
- g) *La protección y promoción de la seguridad alimentaria.*
- h) *La protección y promoción de la salud laboral.*

en la Legislación Estatal la normativa Andaluza suma la friolera de 17 prestaciones más que abordan aspectos sectoriales tan relevantes como la prevención de la discapacidad y la dependencia o la intervención sectorial en la promoción de la salud en la ordenación del territorio y el urbanismo o la vivienda. Ni que decir tiene que este catálogo de prestaciones debe actuar pues de forma coordinada con las disposiciones contenidas en la legislación sectorial correspondiente y con proyección transversal en todo el ordenamiento jurídico.

Examinaremos a continuación los principales desarrollos normativos acaecidos hasta la fecha en la implementación del catálogo de prestaciones de salud pública en cada uno de los aspectos sectoriales y transversales que han sido previstos normativamente y cuya proyección excede las específicas previsiones de la Ley de Salud Pública para adentrarse en el examen de la definición acabada del catálogo de prestaciones y del conjunto de actividades administrativas desarrolladas para la promoción y protección de la Salud Pública.

A. Información y la vigilancia en salud pública y los sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante emergencias en salud pública

Así, la primera prestación de salud pública que se proyecta en nuestra Comunidad Autónoma hace referencia a la «*información y la vigilancia en salud pública y los sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante emergencias en salud pública*»³¹. Pues bien, la actividad de vigilancia de la Salud Pública había sido ya establecida en el artículo 12 de la ley Estatal de Salud Pública, Ley 33/ 2011, de 4 de octubre. En dicha ocasión, la norma introduce una calificación de las actividades de vigilancia sanitaria que debe tomar en consideración los siguientes factores:

- a) Los condicionantes sociales y las desigualdades que incidan en la salud con mediciones en el nivel individual y en el poblacional.

Nadie duda hoy del valor de los denominados condicionantes sociales en la configuración de la salud pública. Así el informe de la Comisión de Condicionantes Sociales sobre la Salud– que fue creada en el seno de la organización Mundial de la Salud con el objetivo de

i) *La evaluación de impacto en salud.*

j) *La vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de bienes y del tránsito internacional de viajeros.*

k) *La prevención y detección precoz de las enfermedades raras, así como el apoyo a las personas que las presentan y a sus familias.*

La prestación de salud pública incluirá, asimismo, 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.»

³¹ Ex artículo 11.2 de la Ley de Cohesión y Calidad de la Sanidad.

recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en función de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar este objetivo.

Además la Ley de Salud Pública Andaluza nace con el objetivo de equidad intergeneracional y el propósito de introducir elementos para luchar con las desigualdades. En este contexto, el IV Plan Andaluz de Salud³² de la Junta de Andalucía, aprobado por el Consejo de Gobierno, incorpora la estrategia regional de salud e integra las premisas de actuación en el ámbito de la Salud Pública contemplando un diagnóstico de las condicionantes de carácter social y económico que inciden en la configuración del mapa de la Salud Andaluza, y se enmarca en un desarrollo normativo prolífico en vigilancia sanitaria³³.

³² La figura de los Planes de Salud había sido ya prevista en el artículo 31 de la Ley de Salud de la Comunidad Autónoma, Ley 2/98, de 15 de junio, al prever en el apartado 2 de la norma que el Plan Andaluz de Salud prevería: «En particular, el Plan Andaluz de Salud contemplará:

- a) Conclusiones del análisis de los problemas de salud de la Comunidad Autónoma y de la situación de los recursos existentes.
- b) Objetivos de salud, generales y por áreas de actuación.
- c) Prioridades de intervención.
- d) Definición de las estrategias y políticas de intervención.
- e) Calendario general de actuación.
- f) Los recursos necesarios para atender el cumplimiento de los objetivos propuestos y evaluación de los mismos»

³³ Pues bien, como primera medida la vigilancia

- Orden de 3 de junio de 2011, por el que se crea el fichero denominado del Sistema de Vigilancia Microbiológica de Andalucía.
- Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Decreto 66/1996, de 13 de febrero, sobre el Sistema de Vigilancia Epidemiológica,
- Orden de 19 de diciembre de 1996, por el que se desarrolla el Decreto 66/1996, de 13 de febrero, por el que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica
- Orden de 23 de abril de 1997, por el
- Orden de 19 de diciembre de 1996, por el que se desarrolla el Decreto 66/1996, de 13 de febrero, por la que se desarrolla el de Sistema de Vigilancia Epidemiológica, y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.
- Orden de 23 de Abril de 1.997, por la que se modifican las de 6 de Marzo de 1.996, que crean y modifican ficheros automatizados de datos de carácter personal gestionados por esta Consejería. (BOJA del 13 de Mayo).
- Resolución 36/99, de 16 de junio, por el que se establece el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Asistencia Especializada
- Decreto 245/2001, de 6 de noviembre, por el que se crea la categoría de Técnico de Salud de Atención Primaria en el Servicio Andaluz de Salud.
- Orden de 17 de junio de 2002, por la que se modifica la de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.
- Orden de 17 de enero de 2005, por la que se regulan y suprimen los ficheros automatizados que contienen datos de carácter personal gestionados por la Consejería de Salud.
- Orden de 25 de diciembre de 2005, por el que se crean, modifican y suprimen ficheros automatizados de carácter personal gestionados por la Consejería
- Orden SCO/3270/2006, de 13 de octubre, por la que se desarrolla el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en relación con las salmonelosis de transmisión alimentaria.

Así, en el ámbito de las competencias asumidas por el Gobierno Andaluz en materia de salud pública el Decreto 208/2015, de 14 de julio ha procedido a la reestructuración de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud introduciendo con expresión de la Dirección General de Salud Pública y Consumo.³⁴ Pues bien la Secretaría General de Salud Pública y Consumo³⁵ asumirá las competencias en materia de salud pública y ordenación farmacéutica y consumo³⁶.

-
- Orden de 25 de junio de 2007, por la que se establecen los criterios de aplicación y valoración del complemento de productividad mediante método directo al personal funcionario de la Consejería que desempeñen las funciones de la Red de Alerta del Sistema Sanitario Público de Andalucía, fuera del horario laboral.
 - Instrucción de 4 de julio de 2007, sobre vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
 - Decreto 297/2007, de 18 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Cáncer de Andalucía.
 - Orden de 16 de mayo de 2008, por el que se crea el fichero con datos de carácter personal Registro de Cáncer de Andalucía.
 - Orden de 10 de septiembre de 2008, por la que se introduce la vacunación frente al virus del papiloma humano en el calendario de vacunaciones de Andalucía y se define el mismo.
 - Orden de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996 por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.
 - Orden de 13 de marzo de 2009, por la que se crean ficheros con datos de carácter personal en el ámbito de la Secretaría General de Salud Pública y Participación.
 - Corrección de errores de la Orden de 13 de marzo de 2009, por la que se crean ficheros con datos de carácter personal en el ámbito de la Secretaría General de Salud Pública y Participación.
 - Circular de 14 de mayo de 2009, sobre la designación de los laboratorios de referencia de micro bacterias en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
 - Instrucción interna SVEA, sobre designación de laboratorios de referencia de Salud Pública para alertas por enfermedades con sospecha de etiología vírica.

³⁴ Artículo 2 del Decreto 208/2015, de 14 de julio (Publicado en el BOJA de 15 de julio de 2015).

³⁵ El artículo 5. Secretaría General de Salud Pública y Consumo

«1. A la persona titular de la Secretaría General de Salud Pública y Consumo le corresponden las funciones previstas en el artículo 28 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, y las relacionadas con las políticas de salud y de consumo, el desarrollo de las estrategias de continuidad, coordinación e integralidad de estas áreas (...)

2. De la Secretaría General de Salud Pública y Consumo dependen directamente la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y la Dirección General de Consumo»

³⁶ Así señala entre otras el artículo del Decreto 208/2015 las siguientes: «

- a) *El impulso, dirección, supervisión y control de las políticas de salud pública y políticas intersectoriales en el ámbito de competencias de la Secretaría General y de las actuaciones en materia de promoción, prevención, vigilancia, protección de la salud, así como la coordinación del Plan Andaluz de Salud, los planes integrales y planes sectoriales.*
- b) *La planificación general y la ordenación territorial sanitarias de la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como el seguimiento y control de los instrumentos que reconocen y garantizan el derecho a la atención sanitaria en Andalucía.*
- c) *La definición y evaluación de las prestaciones sanitarias de Andalucía, así como la coordinación con el conjunto del Sistema Nacional de Salud en materia de centros y servicios de referencia.*
- d) *La dirección y coordinación de las competencias que corresponden a la Consejería de Salud en materia de atención socio-sanitaria.*
- e) *La coordinación general de la ordenación farmacéutica y en materia de productos sanitarios, en el ámbito de las competencias de la Comunidad Autónoma.*

- b) Los riesgos ambientales y sus efectos en la salud, incluida la presencia de los agentes contaminantes en el medio ambiente y en las personas, así como el impacto potencial en la salud de la exposición a emisiones electromagnéticas.

Una de las características de las políticas de salud pública lo constituye el examen de los riesgos ambientales. Si bien la noción de riesgo ambiental demanda aproximarnos a otras ciencias como la geografía del riesgo, resulta relevante que la norma se ocupa no de todos los riesgos ambientales sino de los que provocan un efecto sobre la salud. Es por tanto tan relevante el riesgo ambiental como sus efectos en la salud. A efecto de lo cual la norma ejemplifica el riesgo en dos casos, a saber: la presencia de agentes contaminantes en el medio ambiente y en segundo lugar la exposición a emisiones electromagnéticas.

La contaminación del medio ambiente a que la norma hace referencia obliga aunque sea de forma sucinta a recordar los antecedentes normativos de la política medioambiental. Así el artículo 45 de la Constitución reconoce el Derecho Medio Ambiente, y prevé en el artículo 149.1.23 la atribución de la bases de la regulación sobre el medio ambiente al Estado, norma que ha permitido en sus desarrollos autonómicos, a partir de la asunción de competencias sobre desarrollo y ejecución por las Comunidades Autónomas. Cuestión que en el caso Andalúz permitió la aprobación de la Ley 7/2004, de 18 de mayo Protección Ambiental de la Comunidad Autónoma que vino a introducir los desarrollos normativos en materia de protección de la atmósfera y del medio Ambiente. La norma enmarcada en el desarrollo de las Competencias de la Comunidad Autónoma en materia de medio ambiente, fue derogada³⁷ por la Ley 7/2007, de 9 de julio, de Gestión de Calidad Ambiental de la Comunidad Autónoma³⁸. Norma que ha sido además recientemente afectada por Decreto – Ley 3/2015, de 3 de marzo, que modifica la Ley anterior para incorporar los avances integrados en la Ley Estatal 21/2013, de 9 de diciembre de Evaluación Ambiental.

-
- f) *La definición, tutela y seguimiento de los contratos-Programa y de los planes de actuación elaborados por la Consejería de Salud.*
- g) *La dirección y coordinación de las enfermedades y riesgos para la salud en situaciones de emergencia sanitaria.*
- h) *La coordinación de los sistemas de información de vigilancia en salud y del bienestar, así como las redes de alerta sanitaria de Andalucía.*
- i) *La responsabilidad de la superior dirección y coordinación de la evaluación del impacto en salud, de acuerdo con lo previsto en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre (LAN 2011, 579), de Salud Pública de Andalucía.*
- j) *La definición e impulso de las políticas de acción local y comunitaria en salud, así como la promoción de la participación activa de la ciudadanía en las políticas de salud.*
- k) *El impulso, dirección, supervisión y control de las políticas de consumo de la Junta de Andalucía y de las políticas de protección, promoción y defensa de los derechos e intereses de las personas consumidoras y usuarias, en el marco de competencias atribuido a la Consejería.*
- l) *El impulso de las políticas de promoción de la igualdad y de todas aquellas políticas que favorezcan la conciliación de la vida personal, familiar y laboral en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía.*
- m) *Y en general, todas aquellas que le atribuya la normativa vigente y las que expresamente le sean delegadas»*

³⁷ Disposición Derogatoria única: 1.a) de la Ley.

³⁸ BOJA de 20 de Julio de 2007.

Lo cual obligó amén de la modificación de la normativa Andaluza sobre calidad ambiental a modificar también aspectos tales como la ley de aguas de Andalucía, entre otros. Como quiera que no sea el objeto de este trabajo el análisis acabado de la prolija normativa de protección ambiental andaluza³⁹, sino en lo relativo a la proyección de los riesgos ambientales en la protección de la salud, es en ellos donde nos centramos. Pues bien, en aras de la salvaguarda de los riesgos ambientales emergentes la Disposición Adicional quinta de la Ley de Gestión de la Calidad Ambiental ha previsto la creación de un comité científico:

«que tendrá entre sus cometidos la emisión de dictámenes sobre riesgos ambientales que pudieran derivarse de los campos electromagnéticos originados por instalaciones radioeléctricas, de los organismos modificados genéticamente y de la nanotecnología, sin perjuicio de las competencias ya atribuidas a otros órganos en materia de telecomunicaciones, salud pública, seguridad de los consumidores o agricultura».

Así la materia pendiente aún de un desarrollo reglamentario, pone sobre la mesa la necesidad de una política integrada que atienda aspectos como seguridad de los consumidores, la normativa sobre telecomunicaciones y la salud pública desde su proyección en la salud ambiental. Esta proyección que por otro lado deriva también de exigencias comunitarias ha dado lugar a la elaboración de sendos informes de Medio Ambiente de Andalucía⁴⁰, que dedican especial atención a la relación entre salud y medio ambiente. Las estrategias y políticas públicas que prestan atención al medio ambiente lo hacen por tanto como parte de la protección de la Salud Pública, o con afección en la salud pública⁴¹.

³⁹ Entre las que se pueden citar: el Decreto 357/2010, de 3 de agosto, que aprueba el Reglamento para la Protección del cielo nocturno de Andalucía; Decreto 239/2011, de 12 de Julio, que regula la calidad del medio ambiente atmosférico y crea el registro de sistemas de evaluación de la calidad del aire en Andalucía; Decreto 18/2015, de 27 de enero, sobre régimen aplicable a los suelos contaminados; Decreto 231/2013, de 3 de diciembre que aprueba los planes de calidad del aire en determinadas zonas de Andalucía; Decreto 334/2012, de 17 de julio, que regula las entidades colaboradoras en materia de calidad del Aire de Andalucía; o la Orden de 19 de abril de 2012, que regula las instrucciones técnicas en materia de vigilancia y control de las emisiones atmosféricas de Andalucía; o el Decreto 73/2012, de 20 de marzo que aprueba el Reglamento de Residuos de Andalucía; Decreto 17 de enero de 2012 que regula la autorización ambiental integrada, actualizado por Decreto 109/2015, de 17 de marzo.. entre otras normas autonómicas que prestan atención a la protección ambiental y la gestión de la calidad ambiental en la Comunidad Autónoma.

⁴⁰ Puede verse el contenido de los últimos informes en: http://www.juntadeandalucia.es/medioambiente/site/ima/menuitem.a65de566d14b178a1a1021105510e1ca/?vgnnextoid=9a08abd336159410vgnVCM1000001325e50aRCRD&vgnnextchannel=77394da7fbc33210vgnVCM10000055011eacRCRD&lr=lang_es (última consulta en octubre de 2015).

⁴¹ En este sentido puede verse el aporte del Prof. Jordana Fraga: «Andalucía: simplificación administrativa en leyes ambientales y reconsideración razonable del impacto en salud», en Observatorio de Políticas Ambientales, 2015, coord. Por LÓPEZ RAMÓN FERNANDO, Y ALENZA GARCÍA JUAN FRANCISCO. En este sentido más antiguo puede verse el clásico trabajo de Guerrero Zaplana, Guerrero Zaplana, España, y Escuela Judicial (España), *Salud pública y derecho administrativo*.2004.

c) La seguridad alimentaria, incluyendo los riesgos alimentarios.

Otro de los elementos que se deben considerar en el examen de la vigilancia en salud pública lo vienen a integrar el examen de la normativa sobre seguridad alimentaria. Así, en Andalucía, el 8 de septiembre de 2015⁴², se aprobó la estrategia de seguridad alimentaria 2016-2020, que incorpora como objetivos los siguientes:

- «a) Consolidar un sistema de seguridad alimentaria integral y coordinado.
- b) Incluir la mejora continua en el trabajo realizado con el fin de incrementar la seguridad de los alimentos consumidos en Andalucía y así incrementar la protección de la salud de los consumidores andaluces.
- c) Fijar un marco estable que permita establecer alianzas con todos los grupos de interés con responsabilidades en Seguridad Alimentaria de toda la cadena alimentaria.
- d) Introducir los nuevos conceptos de gobernanza que la formulación de nuevos paradigmas en este ámbito imponen.
- e) Facilitar el cumplimiento de las empresas alimentarias, así como el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos, en el marco de sus respectivas responsabilidades».

Pues bien como documento estratégico dicho acuerdo se enmarcar en el traspaso de competencias realizado por el Estado a la Comunidad Autónoma por RD 1118/1981, de 24 de abril, que incorporaba competencias correspondientes al control sanitario de la producción, almacenamiento, transporte, manipulación y venta de alimentos, bebidas y productos relacionados, directa o indirectamente con la alimentación humana.

Así, la competencia exclusiva Autonómica tiene como contrapartida en el ámbito estatal la Ley 17/2011, de 5 de julio.⁴³ Norma Básica dictada al amparo de la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación de la sanidad ex artículo 149.1.16 de la Constitución. La Ley 17/2011, de Seguridad Alimentaria, se aplica con carácter básico en todo su articulado con excepción del capítulo II que se proyecta en materia de sanidad exterior, y el capítulo que se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.14, que atribuye competencia exclusiva al Estado en materia de Hacienda General. Asimismo, se citan en la norma, los títulos competenciales que permiten el carácter básico de los artículos 6 y 9 de la ley en lo que se refiere a la competencia exclusiva del estado sobre las bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica, ex artículo 149.1.13, y la regulación contenida en el artículo 37 de la Ley que se dicta al amparo del artículo 149.1.1 de la Constitución que atribuye competencia exclusiva al Estado sobre la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y deberes constitucionales. Todo ello de conformidad con lo dispuesto en la Disposición final Primera de la ley 17/2011, de 5 de julio.

⁴² Acuerdo del Consejo de Gobierno publicado en el BOJA de 11 de septiembre de 2015.

⁴³ BOE de 6 de Julio de 2011.

d) Los riesgos relacionados con el trabajo y sus efectos en la salud.

Entre las prestaciones de salud pública se encuentran las que se vinculan a los riesgos derivados de la Salud en el Trabajo o Salud Laboral⁴⁴. Pues bien esta noción conecta con el Derecho del trabajo⁴⁵ y las protección y seguridad en el Trabajo que permite introducir toda la normativa sobre seguridad laboral y prevención de riesgos laborales. La conexión entre la salud pública y la actividad laboral ha estado presente no sólo desde la normativa sanitaria española sino que ha sido especialmente reflejada en la normativa comunitaria⁴⁶. Aspectos tales como el estrés laboral, o los riesgos psicosociales afectan a nuestra salud y deben ser abordados por los poderes públicos desde la proyección de la salud pública. No es este el lugar de detenernos en el examen de las políticas que desde el ámbito nacional se han implementado hasta la fecha en la salvaguarda de la Salud Laboral de la población. Así, el 24 de abril de 2015, se aprobó por Acuerdo de Consejo de Ministros la Estrategia de Salud y Seguridad en el trabajo para el período que comprende desde 2015-2020⁴⁷. El plan de acción 2015-2016, de la Estrategia de Salud y Seguridad en el Trabajo ha venido a incorporar entre sus objetivos generales; promover una mejor aplicación de la normativa sobre seguridad y salud en el trabajo y su consolidaciones en las comunidades autónomas, y entre los objetivos específicos, la promoción «con la colaboración de los interlocutores sociales y las Comunidades Autónomas, las mejoras de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo especialmente en sectores, actividades, colectivos y empresas de mayor riesgo».

Esto es, la necesaria colaboración con las Comunidades Autónomas resulta imprescindible para la ejecución de las estrategias estatales en materia de salud y seguridad en el trabajo. La razón hay que buscarla en la delimitación de títulos competenciales existente sobre el particular y que en lugar de residenciarse exclusivamente en las competencias sobre bases y coordinación de la Sanidad, incorpora la competencia sobre seguridad en el trabajo y salud laboral. A saber: el artículo 40.1 de la Constitución atribuye a los poderes públicos como principio rector de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo. En el año 1995, se aprobó la Ley de Prevención de riesgos laborales que en su exposición de motivos justificaba su aprobación no sólo en el mandato constitucional

⁴⁴ Puede verse sobre un examen de la Ley Estatal de Salud Pública en los aspectos relativos a la Salud Laboral el trabajo de Pérez Alonso, M. Antonia: «Aspectos Básicos de la Ley 33/2011, general de salud pública y sus conexiones en el ámbito laboral», *Tirant on line*, 2011.

⁴⁵ Téngase en cuenta en este sentido la reforma operada en el Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores, Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, que aprueba el Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores, y el Real Decreto Legislativo 3/2015, de 23 de octubre por el que se aprueba la Ley del Empleo, ambos publicados en el BOE de 24 de octubre de 2015, núm. 255.

⁴⁶ García –Gómez, «La Salud Laboral y la Salud Pública: 10 años de políticas sanitarias de Salud Laboral, en Archivo de Prevención de Riesgos Laborales, 2005 núm. 8 (3). 100-102.

⁴⁷ Su contenido puede verse en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/GENERALIDAD/Plan%20de%20accion%202015_2016%20ESST.pdf

sino en la necesidad de transponer al ordenamiento jurídico interno el acervo comunitario en materia de seguridad laboral, así como los mandatos internacional derivados de la Organización Internacional del Trabajo. La Ley de Prevención de riesgos laborales nació entonces con el fin de dar respuesta a un mandato del artículo 40.2, de la Constitución enmarcándose las mismas además en la legislación laboral en virtud del artículo 149.1.7 de la Constitución⁴⁸, y aplicable a todas las Administraciones Públicas en virtud del artículo 149.1.18 de la Constitución, en cuanto debiera aplicarse al personal al servicio de las Administraciones Públicas, cuyas condiciones de salud laboral deben ser salvaguardadas por los poderes públicos. En este contexto, la configuración de la norma como básica⁴⁹ permite que las Comunidades Autónomas puedan desarrollar regulación de desarrollo y ejecución⁵⁰ de la misma como ha sido el caso.

Así en Andalucía la normativa sobre seguridad y salud laboral, viene de la mano entre otras del Decreto 429/1996, de 3 de septiembre⁵¹ que previo la creación de la Comisión interdepartamental de Seguridad y Salud Laboral. La Comisión vendría a asumir entre sus funciones las de:

«1) Coordinar las diversas acciones y los proyectos de las diferentes Consejerías, Organismos y Entidades de la Junta de Andalucía que tengan algún tipo de relación con la seguridad y salud laboral.

⁴⁸ Vendría a decir en este sentido la Exposición de Motivos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: «Al insertarse esta Ley en el ámbito específico de las relaciones laborales, se configura como una referencia legal mínima en un doble sentido: el primero, como Ley que establece un marco legal a partir del cual las normas reglamentarias irán fijando y concretando los aspectos más técnicos de las medidas preventivas; y, el segundo, como soporte básico a partir del cual la negociación colectiva podrá desarrollar su función específica»

⁴⁹ Sobre la calificación de los preceptos de la norma y su alcance puede verse el contenido de la Disposición Adicional tercera de la norma. No se olvide no obstante que la Ley de Prevención de riesgos laborales ha sido objeto de sucesivas reformas en aspectos específicos y por legislación sectorial diferente como es el caso de: La Ley 50/98, de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social; la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de Conciliación de la Vida familiar y Laboral; Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto de Infracciones y Sanciones en el Orden Social; Ley 54/2003, de 12 de diciembre de reforma del marco de la Legislación en prevención de riesgos laborales; Ley 30/2005, de 29 de diciembre de Presupuestos de 2006; Ley 31/2006, de 18 de octubre de implicación de los trabajadores en las sociedades anónimas y cooperativas europeas; Ley Orgánica 3/2007, de Igualdad; Ley 25/2009, de 22 de diciembre o también llamada Ley Ómnibus; Ley 32/2010, de 5 de agosto, de Protección de los Trabajadores Autónomos; Ley 14/2013, de 27 de septiembre, Ley de emprendedores; y la Ley 35/2014, de 26 de diciembre de reforma de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

⁵⁰ La delimitación precisa del grado de intervención de la Comunidad Autónoma en la materia, viene por tanto determinado por la calificación jurídica de la competencia atribuida a la misma y reflejada en el Estatuto de Autonomía de Andalucía. Así, el antiguo artículo 17.2 de. Estatuto de Autonomía de Andalucía, recogía entre sus previsiones, la ejecución de la legislación laboral, integrándose en la misma las medidas de seguridad, higiene y prevención de riesgos laborales.

⁵¹ BOJA de 5 de octubre de 1996.

- 2) Formular recomendaciones y propuestas de actuación a las Consejerías, Organismos y Entidades de la Junta de Andalucía, con referencia a los acuerdos que se adopten, fomentando la colaboración de éstas en la programación y ejecución de las acciones relacionadas con dicha materia.
- 3) Realizar el seguimiento y control de las diversas actuaciones que se acuerden, a cuyo efecto deberá confeccionarse con carácter anual una memoria.
- 4) Potenciar la realización de campañas sectoriales sobre prevención de riesgos profesionales.
- 5) Proponer e informar la elaboración de la normativa necesaria, en el ámbito de los objetivos de esta Comisión, para la mejora de las condiciones de trabajo en Andalucía».

Y cuales quiera otras funciones que previa propuesta del Presidente de la Comisión resultara oportuna dentro del ámbito funcional y material de la misma.

No debe olvidarse por lo demás que uno de los primeros desarrollos autonómicos en el ámbito de la Salud Laboral Andaluza vendrá reflejado tan sólo dos años más tarde en el texto de la Ley de Salud de Andalucía, Ley 2/1998, de 15 de Junio. Así la Ley de Salud de Andalucía, dedicaría un capítulo II de la misma a la regulación de las condiciones de Salud Laboral. Este temprano desarrollo de la política Andaluza en prevención de riesgos Laborales y protección de la Salud Laboral, permitió la puesta en marcha de entes instrumentales específicos como sea el caso del Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales⁵².

Además la propia Ley de Salud Pública de Andalucía que analizamos incorpora una especial atención a la salud laboral en el artículo 67, que si bien se incorpora en el capítulo II de este título, bajo el epígrafe de los sistemas de Vigilancia e información integra en su contenido la descripción de las actuaciones que en colaboración con la Consejería Competente la Administración Sanitaria de Andalucía va a desarrollar en el ámbito de la Salud Laboral.

A saber:

«1. La vigilancia y estudio de los problemas de salud laboral, en base a los datos de lesiones por accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, enfermedades relacionadas con el trabajo, incapacidad temporal y permanente y mortalidad por patologías profesionales y otra información que sea de interés.»

Cuestión ésta que ha sido desarrollada a partir de los Estudios y Guías elaborados desde la Dirección General de Seguridad y salud Laboral⁵³.

«2. El establecimiento y revisión de los protocolos para la vigilancia de la salud individual de las personas trabajadoras expuestas a riesgos laborales, con especial atención al ámbito de la actividad laboral temporera.»

⁵² Creado por la Ley 10/2006, de 26 de diciembre.

⁵³ Pueden verse los últimos documentos publicados en: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/empleo-empresaycomercio/areas/seguridad-salud/riesgos-laborales.html>

En este contexto, se incorporan los resultados del plan de Actuación sobre las Empresas de mayor siniestrabilidad (PAEMSA VI) para 2015-2016⁵⁴. Dicho Plan cuya edición en el presente año es la 6 tiene como objetivos reducir la siniestrabilidad laboral a corto plazo, y mantener a la baja, la reducción alcanzada. Así, el plan prevé la puesta en marcha de un programa de reducción de la siniestrabilidad que integra tanto el diagnóstico de situación y reducción de siniestrabilidad como en informe de seguimiento. Además, se debe atender a la actividad que de forma colaborativa desarrolla la Consejería de empleo, empresa y comercio, con el Instituto Nacional de la Seguridad e Higiene en el Trabajo.

«3. El desarrollo de los programas de vigilancia de la salud posocupacional, de acuerdo con la legislación específica de prevención de riesgos laborales, especialmente con las personas trabajadoras expuestas al amianto⁵⁵ y otros agentes cancerígenos.

4. La promoción de la realización de actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo.»

Sobre este particular dedica la Ley un apartado específico sobre el que luego volveremos.

«5. La identificación y prevención de patologías que, con carácter general, puedan verse producidas o agravadas por las condiciones de trabajo⁵⁶.

6. La promoción de la formación de los profesionales de la medicina y enfermería del trabajo.

7. La elaboración de un mapa de riesgos laborales para la salud de las personas trabajadoras en colaboración con la autoridad laboral competente.

8. El establecimiento de un sistema de información sanitaria que posibilite el control epidemiológico laboral y de las patologías profesionales.»

Finaliza el artículo referenciado con una cláusula abierta que da entrada a cualquiera otras actividades que promuevan la mejora en la vigilancia, promoción y protección de la salud de las personas trabajadoras».

En suma, se trata la prevención de los accidentes de trabajo y la Salud Laboral de un elemento crucial en la política de Salud Pública de la Comunidad que debe sin embargo coordinarse con las actividades realizadas sobre el particular desde el Instituto Andaluz de

⁵⁴ Puede verse en: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/empleoempresaycomercio/areas/seguridad-salud/estrategias-programas/paginas/paemsa.html>

⁵⁵ GARCÍA GÓMEZ, M et al. «La vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto: ejemplo de colaboración entre el Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y el Sistema Nacional de Salud». *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2006, vol.80, n.1 [citado 2015-10-29], pp. 27-39. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000100004&lng=es&nrm=iso>.

⁵⁶ La prevención de patologías laborales es objeto de la medicina del trabajo y de los estudios sobre prevención de riesgos laborales y salud laboral a que hemos hecho referencia.

Prevención de Riesgos Laborales y a escala nacional, por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

e) Vigilancia respecto del tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Otra de los factores que se toman en consideración en las actividades de vigilancia de Salud Pública, incorporadas en el vasto catálogo de la normativa estatal, lo constituye el tratamiento de enfermedades que se clasifican en transmisibles⁵⁷ y no transmisibles, entre las segundas se incluye la zoonosis y las enfermedades emergentes⁵⁸. Respecto de las primeras, en la Comunidad Autónoma Andaluza existe un programa de vigilancia que afirma ser uno de los más antiguos en la sanidad pública Andaluza, que se conecta además con las iniciativas a nivel nacional. Es de destacar la Orden de 3 de Junio de 2011, por el que se crea el fichero denominado sistema de Vigilancia Microbiológica de Andalucía⁵⁹. Norma que se enmarca en la creación en Andalucía por Decreto 66/1996, de 13 de Febrero el Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Hay que tener en cuenta que las actuaciones de vigilancia epidemiológica exigen coordinación interadministrativa y el respeto a las disposiciones de orden nacional emanadas sobre la materia, y que su descripción prolífica⁶⁰, ha permitido la puesta en marcha por Orden de 19 de diciembre de 1996, del sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

Si observamos las actuaciones realizadas pronto notaremos que el trabajo minucioso de la Consejería en este punto ha permitido la clasificación entre enfermedades de declaración obligatoria, –esto es aquellas enfermedades que deben ser monitoreadas y controladas por la Administración Sanitaria⁶¹. Téngase en cuenta por lo demás que las modificaciones que se operan en la investigación médica permiten modificar progresivamente los listados y catálogos que incorporan los anexos de las disposiciones examinadas. Además, las modificaciones operadas en la normativa interna obedecen también a las directrices emanadas del derecho comunitario, como sucede en el caso de la Decisión de 28 de abril de 2008, de la Comisión Europea que modifica la Decisión 2002/253/CE, por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria. El ejercicio de las actividades de vigilancia en enfermedades transmisibles ha permitido la puesta en marcha de protocolos y campañas de vigilancia que desde la Consejería de Salud, han integrado la participación de redes de médicos centinelas y hospitales. El caso paradigmático lo ofrece el Sistema

⁵⁷ Apartado 5.

⁵⁸ Apartado 6.

⁵⁹ BOJA de 22 de Junio de 2011, núm. 121.

⁶⁰ Véase enumeración contenida en la nota a pie de página núm. 34 del presente trabajo.

⁶¹ El catálogo de enfermedades de declaración obligatoria ha sido actualizado por la Orden de 11 de diciembre de 2008, de la Consejería de Salud, para introducir entre ellas el virus por inmunodeficiencia Humana (VIH), la Hepatitis C.

Centinela de Vigilancia de la Gripe. Sistema que se enmarca en el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España y que estaba integrado para el año 2012-2013, por 16 redes de médicos centinela, y laboratorios para análisis vírico. Pues bien en el caso Andaluz, y según señala el Protocolo de funcional aprobado en 2012, la red del sistema de vigilancia de la Gripe en Andalucía estaba compuesto por 126 médicos generales y pediatras pertenecientes a todos los distritos sanitarios de Andalucía, y con representatividad territorial y poblacional⁶². Esos sistemas protocolos alerta son importantes para detectar variaciones en los patrones y poner en marcha medidas que permitan no sólo evitar la propagación de la enfermedad sino controlar su impacto en la población. En el mismo sentido que el Sistema de Vigilancia Centinela de la Gripe, se han puesto en marcha en Andalucía, otros mecanismos tales como el programa de Vigilancia microbiológica, en el que se desarrollan actividades al albur del convenio existente entre la Consejería de Salud, y la Sociedad Andaluza de Microbiología y parasitología Clínica. Además, se incorporan sistemas de vigilancia que monitorizan la evolución de enfermedades como el SIDA, respecto de las encefalopatías espongiformes transmisibles Humanas en Andalucía, y otras enfermedades emergentes⁶³.

f) Los problemas de salud relacionados con el tránsito internacional de viajeros y bienes

De todos es sabido que las enfermedades no conocen fronteras, la necesidad de establecer mecanismos de mejora de las condiciones de salud respecto del tránsito internacional de viajeros y de bienes repercute pues de manera directa en la misma configuración de la Salud Pública a nivel nacional. No debe no obstante confundirse esta atribución con las medidas incorporadas bajo la calificación de Sanidad Exterior. Ya que la sanidad Exterior por imperativo del artículo 149.1.16 de la Constitución es competencias exclusiva del Estado y no de las Comunidades Autónomas. Además como luego habrá ocasión de reflejar la atención al tránsito internacional de pasajeros ha venido a configurarse como una prestación incorporada al sistema de vigilancia de salud pública en Andalucía. Es preciso que se promueva la vigilancia en el tránsito de pasajeros para evitar epidemias, especialmente en los momentos en los que el riesgo estacional o circunstancial del mismo es mayor. Conecta por tanto la previsión de vigilancia de este punto con los programas de vigilancia a los que se ha hecho referencia ut supra. Precisiones que apuntan al fortalecimiento de las relaciones de colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas,

⁶² Protocolo Funcional del Sistema de Vigilancia Centinela de la Gripe en Andalucía que puede verse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_1_vigilancia_de_la_salud/protocolo_centinela_gripe_andalucia2012_2013.pdf

⁶³ Por enfermedad emergente entendiéndose por tal aquella que o bien han sido descubiertas en los últimos 20 años, y se contraponen a que las se consideran controladas y conocidas, y también comprende aquellas enfermedades infecciosas que habían desaparecido y han vuelto a detectarse caso de las mismas, es decir volvieron a emerger. Evidentemente todas estas referencias hay que hacerlas además en el ámbito de las previsiones emanadas a nivel internacional desde la Organización Mundial de la Salud.

y las Administraciones Locales, ya que la dimensión de armonización e integración son fundamentales en la salud pública.⁶⁴

No debe olvidarse en este punto, la previsiones de orden internacional⁶⁵ que desde la Organización Mundial de la Salud, han permitido la puesta en valor de mecanismos de prevención de transmisión de enfermedades, que han sido abordadas en el Reglamento Sanitario internacional, adoptado por la 58 asamblea mundial de Salud celebrada en Ginebra el 23 de mayo de 2005⁶⁶, en el bien entendido de que la protección de la salud pública del país debe para ser efectiva tomar en consideración los escenarios internacionales de propagación de enfermedades. Así, el Reglamento se aprobó con la finalidad de «prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales»⁶⁷.

Además la norma presta especial atención a la información y comunicación, mediante el reforzamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, y en los dispositivos de reacción justa, y proporcionada (máxima seguridad con mínimas trabas), en la mejora de los procedimientos para el establecimiento de la adecuada vigilancia y control sanitario en las fronteras y en los medios de transporte internacional ante las alertas sanitarias, y en sí mismo, se configura como una llamada a la colaboración internacional⁶⁸.

g) Las lesiones y la violencia.

La violencia ligada en múltiples ocasiones a procesos de criminalidad debe ser incorporada en las actividades de vigilancia en salud pública pues su incidencia puede afectar de manera directa a la protección de la salud de la población. La identificación de las causas de la violencia, permiten introducir parámetros de respuesta proporcionada a la misma. Y ello por cuanto la violencia se ha convertido en un problema de salud Pública mundial,

⁶⁴ Martín Moreno, José María, «Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la salud pública en España», en *Revista Española de Salud Pública*, vol.76, n.6 [citado 2015-10-31], pp. 637-643. Disponible en: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1135-5727. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272002000600001>.

⁶⁵ Resultan de interés las reflexiones realizadas, en: QUIRÓS HM, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ H, VALDERRAMA VERGARA JF. Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza una propuesta vinculante en salud internacional. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30(2):148-52

⁶⁶ BOE de 12 de marzo de 2008.

⁶⁷ Artículo 2 del Reglamento Sanitario Internacional.

⁶⁸ MINGUEZ GONZALO, Miguel. El «nuevo reglamento sanitario internacional»: RSI (2005). *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2007, vol.81, n.3 [citado 2015-10-31], pp. 239-246. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000300001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.

como nos recuerda el informe mundial sobre la violencia y la Salud⁶⁹. Esta percepción permite entender que la integración de la violencia en los criterios de vigilancia en salud pública fuera desarrollada por la Comunidad Autónoma de manera vehemente. Una de las manifestaciones más actuales del tratamiento de la violencia es la violencia de Género que ha sido objeto de atención de la Ley 13/2007, de 26 de noviembre de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Sin perjuicio de los desarrollos normativos en la materia, resulta de especial interés la vinculación de la actuación administrativa en aras de proteger contra la violencia de género respecto de las competencias en el ámbito sanitario, cuestión que ha sido puesta de manifiesto por ejemplo a través del protocolo Andaluz, para la Actuación sanitaria ante la violencia de Género. Las medidas incorporadas en la normativa andaluza sobre violencia de género conectan no solo con la transversalidad de las políticas de igualdad sino con la constatación del efecto en la salud de las acciones de violencia, de tal suerte que la violencia de género es calificada como un problema de salud pública⁷⁰. La traslación de esta configuración al ámbito autonómico ha supuesto la puesta en marcha de programas y estrategias que desde la salud pública han abundado en la configuración de instrumentos normativos específicos orientados a tal fin. Así, en Andalucía, se creó en 2009, la Comisión Institucional de Andalucía de coordinación y seguimiento de acciones para la erradicación de la violencia de género⁷¹, y la puesta en marcha del Observatorio Andaluz para la Violencia de Género⁷², entre otras disposiciones de desarrollo.

En este sentido la reflexión y trabajos de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (en adelante SESPA), y su grupo de trabajo sobre salud pública y género, se han ocupado de elaborar un posicionamiento en formato de informe⁷³ sobre los condicionante que respecto de la política de salud pública incorporan la cuestiones de género.

h) Otros problemas para la salud pública de los que se tenga constancia.

La norma deja abierto la enumeración de factores que se deben tomar en consideración en el análisis de la vigilancia en salud pública, incorporando en la misma también aquellas de las que se tenga constancia aunque no hayan sido descritas específicamente en la norma.

⁶⁹ ETIENNE G. KRUG, LINDA L. DAHLBERG, JAMES A. MERCY, ANTHONY B. ZWI Y RAFAEL LOZANO, *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, OMS, Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2003.

⁷⁰ ALVARADO RIGORES, Y GUERRA NEYRA; «La violencia de género un problema de salud Pública», en *Interacción y perspectiva* ; Revista de Trabajo Social, núm. 2, 2012,

⁷¹ Decreto 72/2009, de 31 de marzo (BOJA de 20 de abril de 2009).

⁷² Creado por Decreto 298/2010, de 25 de mayo (BOJA de 15 de junio de 2010).

⁷³ BORRELL, Carme; GARCIA-CALVENTE, María del Mar y MARTI-BOSCA, José Vicente. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* [online]. 2004, vol.18, suppl.1 [citado 2015-11-01], pp. 02-06. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.

Es decir incorpora un *numerus apertus* de supuestos que por otro lado permiten integrar en la vigilancia alertas continuas siempre que sean calificadas como tal, volveremos posteriormente sobre el sistema de vigilancia de Andalucía y las alertas del mismo⁷⁴.

B. La defensa de los fines y objetivos de la salud pública

La segunda prestación de Salud Pública contemplada en la Ley Estatal con carácter básico es la que hace referencia a los fines de la salud pública. Esta descripción resulta excesivamente genérica y más aún si se califica como prestación del sistema Sanitario. No obstante la norma en aras de clarificar el contenido de la misma añade: «que es la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a obtener compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y respaldo para unos objetivos o programas de salud determinados». Se trata por tanto de una prestación que incorpora la actuación política de los poderes públicos y que debe plasmarse documentalmente en estrategias, protocolos y programas que incorporen la salud pública entre sus prestaciones. Sería por tanto la previsión contenida en la norma una referencia de carácter transversal, y proyectable en el conjunto de actuación de los poderes públicos ya sea en el ámbito sanitario o no. Esta traslación de contenidos y objetivos permite dar respuesta a la calificación como principio rector de la Política Social y Económica a la atención a la Salud⁷⁵, entendiendo la salud pública como parte de la misma. Además la atención a la salud se define desde parámetros europeos en la conformación de la política sanitaria de la Unión Europea, pues si bien la UE no tiene competencia en materia sanitaria, sino que ésta es competencia exclusiva de los países miembros, sí que de acuerdo con lo establecido en el artículo 152 del Tratado de la UE tiene atribuida la competencia de complementar las políticas de los Estados miembros para «mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades, y evitar las fuentes de peligro para la salud humana».

En este contexto, se opera la previsión contenida en el libro blanco de la Comisión Europea, «Juntos por la Salud, un enfoque estratégico para la UE: 2008-2013»⁷⁶. En esta ocasión la Comisión Europea enfatiza la necesidad de contar con una estrategia con una estrategia común. Cuestión que se ha materializado a luz de los temas que nos ocupan, y en conexión con la globalización social y económica, así como la detección de riesgos internacionales a través de la creación del Centro Europeo para prevención y control de las enfermedades⁷⁷. Pues bien las informaciones derivadas de la puesta en marcha del centro

⁷⁴ Artículo 62 y ss. de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

⁷⁵ Ex artículo 43 de la Constitución.

⁷⁶ Las referencias pueden verse entonces en Calvete Oliva, «Estrategia de Salud de la Unión Europea: Salud Pública para las personas europeas», en Revista Española de Salud Pública, núm. 82, 2008, Págs., 273-281.

⁷⁷ El centro europeo de prevención y control de las enfermedades fue establecido por Reglamento de la Comisión de (EC 851/2004) de la Comisión Europea y Consejo.

muestran las principales líneas de actuación a nivel europeo en el marco del Programa estratégico plurianual 2007-2013. Líneas que prevén entre otras las de «ser el principal centro de apoyo de referencia en la Unión Europea para el refuerzo y el aporte de capacidad a través de la formación en prevención y control de las enfermedades transmisibles y las enfermedades de origen desconocido»⁷⁸.

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

En conexión con la prestación anterior describe la norma la posibilidad de realización de programas transversales e intersectoriales, lo que implica la proyección interdisciplinar las acciones de prestación de salud pública que abarcan regulación sectorial dispersa como ha podido comprobarse brevemente en el excurso de referencias normativas realizado al albur del examen de la prestación de vigilancia en materia de salud pública.

Sin perjuicio de las referencias a qué programas intersectoriales o transversales son los que se evocan en la norma recordaremos estas previsiones cuando en el detallado examen de los desarrollos autonómicos en Andalucía volvamos sobre la proyección intersectorial y transversal de la actuación en salud pública.

D. La prevención de las enfermedades, discapacidades y lesiones.

La actividad preventiva en sanidad es una de las más relevantes en la calificación de las prestaciones de salud pública. El Prof. Rebollo Puig⁷⁹, nos lo recordaba al diferenciar allá por el año 1988, esto es apenas habían transcurrido dos años de la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad de 1986, de la distinción entre sanidad curativa y la sanidad preventiva, y recoge por lo demás la afirmación del Prof. Muñoz Machado⁸⁰, respecto de la calificación de la sanidad preventiva como:

«Denominaremos sanidad preventiva a toda actuación pública que se refiera a la tutela de la salud de la colectividad en su conjunto, y sanidad asistencial, a la destinada a atender a los problemas sanitarios individuales».

⁷⁸ Artículo 9, Retos 2007-2013, del Centro Europeo para la prevención y control de las enfermedades (CEPCE), y Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre las actividades de enfermedades transmisibles del CEPCE, resultados positivos desde la creación del centro, actividades previstas y necesidades en materia de recursos.

⁷⁹ REBOLLO PUIG, M; «Sanidad Preventiva y Salud Pública en el marco de la actual Administración Sanitaria Española», en REALA, núm. 239 (1988.).

⁸⁰ MUÑOZ MACHADO, La sanidad pública en España (evolución histórica y situación actual), Madrid, 1975, p. 19.

Pues bien esta actividad preventiva abarca tanto la prevención de enfermedades, como de discapacidades y lesiones. Veamos con algún detalles en qué medida debe ser tenida en cuenta la vigilancia de la prevención en la salud pública.

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

Dedica la Ley estatal especial atención como luego veremos a los elementos precisos para la protección de la salud, es por ello que su calificación en sede de vigilancia sanitaria, sólo nos recuerda la necesidad de contextualizar la misma en el entorno – poniendo el énfasis en el impacto que el medio puede tener sobre la salud de las personas, esto es con elementos que o bien abogan hacia la sanidad ambiental o bien a la incorporación de elementos vinculados a la calificación del estado de bienestar y la configuración social de prestaciones precisas y su impacto en la salud de los ciudadanos.

F. La protección y promoción de la sanidad ambiental.

Las actividades de sanidad ambiental que describiéramos ut supra, deben ser promovidas y protegidas desde las Administración Públicas, lo que implica hacer ejercicio del principio rector de la política social y económica. Así, en el contexto de las disposiciones a las que hacíamos referencia al evaluar los riesgos ambientales⁸¹, y sin perjuicio del complemento organizativo que emana de la normativa autonómica sobre protección ambiental⁸², la regulación de la interacción entre salud y medio ambiente⁸³

En este contexto, en Andalucía y siguiendo la línea de disposiciones con carácter estratégicas vinculadas al Plan de Salud de la Consejería se aprobó el Plan de Salud Ambiental de la Comunidad Autónoma Andaluza, que comprende el período 2008-2012. En dicho plan se puso de manifiesto la importancia que para la salud humana tiene la calidad ambiental.

Tómese en consideración que si bien en este lugar examinamos la sanidad ambiental como una prestación contemplada en la Ley Estatal de Salud Pública, su proyección en el ámbito sanitario estatal no se hizo esperar. Así, en sede de las competencias autonómicas en materia de Medio ambiente, el documento borrador elaborado en 2011, de Plan de Medio Ambiente horizonte 2017.⁸⁴

⁸¹ Epígrafe A) b) de este trabajo

⁸² Así, el Decreto – Ley 3/2015 de 3 de marzo

⁸³ Relación con la que el Prof. MARTÍN MATEO comenzara su clásico *Derecho Ambiental*. Instituto de Estudios de Administración Local. Madrid. 1977.

⁸⁴ http://www.juntadeandalucia.es/medioambiente/portal_web/web/temas_ambientales/evaluacion_integracion_planificacion/planificacion_ambiental/politicas_transversales/Plan_Andaluz_Medio_Ambiente/pma_horizonte2017/versionborr_v2_pma.pdf

G. La protección y promoción de la seguridad alimentaria

La seguridad alimentaria es objeto de atención como prestación de salud Pública tanto en la Ley Estatal de Salud Pública como en la Autonómica Andaluza. La Ley 17/2011, de 5 de julio vino a integrar no sólo la transposición de normativa comunitaria en la materia sino un conjunto de disposiciones que con carácter básico,⁸⁵ debían orientar la actuación pública para garantizar la gestión de los riesgos. Nunca hasta ahora –señalaría el preámbulo de la Ley– «se ha tenido tal conocimiento de la relación existente entre alimentación y salud, ni se han generado tantas situaciones de incertidumbre científica, ni se ha demandado por parte de la ciudadanía una intervención administrativa tan importante para garantizar la gestión de los riesgos».

Pues bien esta conexión entre salud y alimentación se proyecta con carácter integral, desde la detección y eliminación de riesgos físicos, químicos y biológicos, desde un enfoque anticipatorio que conecta con el principio de precaución, hasta el tratamiento de la obesidad infantil, y juvenil. Por ello llega afirmar la Ley que, a través de las medidas de seguridad alimentaria se incide en los derechos de los ciudadanos, a través de los riesgos sociales, de integración o discriminación, y de género.

La Ley fue coetánea por lo demás de la Ley 11/2001, de 5 de julio, por el que se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y nutrición. A esta ha seguido más recientemente otra disposición que no nos resistimos a citar, nos referimos a la Defensa de la Calidad Alimentaria aprobada por Ley 28/2015, de 30 de Julio⁸⁶. Pues bien esta última disposición viene a contribuir al acervo de disposiciones en materia de seguridad y sanidad alimentaria al prestar atención a la calidad alimentaria, como elemento a preservar en la cadena alimenticia y en concreto contribuyendo a la generación de un alto nivel de confianza en los productos alimenticios mediante los necesarios procedimientos para defender su calidad⁸⁷. Norma que sin embargo no se proyecta a las medidas de seguridad alimentaria, ni a los aspectos higiénicos sanitarios.⁸⁸

Además, en este contexto el Real Decreto 176/2013, de 8 de marzo operó la derogación parcial de múltiples reglamentaciones técnico-sanitarias, en el marco de la regulación comunitaria que como nos recuerda la profesora García Montoro, son directamente aplicables a España, sin necesidad de transposición alguna⁸⁹.

⁸⁵ Ex Artículo 149.1.16 de la Constitución.

⁸⁶ BOE de 31 de Julio de 2015

⁸⁷ Artículo 3.1 a) de la Ley de Defensa de la Calidad Alimentaria.

⁸⁸ Artículo 2.2 de la Ley de Defensa de la Calidad Alimentaria

⁸⁹ «La eliminación de los requisitos industriales e higiénico-sanitarios; condiciones de los materiales y el personal; aditivos y contaminantes; almacenamiento y transporte; competencias, responsabilidades y sanciones responde al carácter imperativo de los Reglamentos (CE) nº 852/2004 y nº 853/2004, que son directamente

El Prof. Dr. Menéndez Rexach⁹⁰, ha examinado con detalle la regulación sanitaria española, y sus avances de la mano de las disposiciones comunitarias y nos plantea cuestiones de relevancia reflexión respecto del alcance de la normativa española. En Andalucía, la seguridad alimentaria se prevé como una prestación que implica actuaciones de protección⁹¹, pero la Comunidad Autónoma carece de una ley específica sobre la materia⁹², siendo la Ley de Salud Pública de Andalucía que examinamos el referente normativo de excelencia de las políticas de seguridad alimentaria en la Comunidad. Ello sin perjuicio de disposiciones de desarrollo tales como la que permite la creación del Registro Sanitario Autonómico, aprobado por Decreto 61/2012, de 13 de marzo⁹³, por el que se regula el procedimiento de la autorización sanitaria de funcionamiento y la comunicación previa de inicio de actividad de las empresas y establecimientos alimentarios y se crea el Registro Sanitario de Empresas y Establecimientos Alimentarios de Andalucía.

H. La protección y promoción de la salud laboral

Respecto de la Salud laboral recogemos en este punto las referencias realizadas ya en el epígrafe de este trabajo dedicado a los riesgos de salud laboral, que se toma en consideración en la vigilancia de salud pública, –como prestación, incluida en el catálogo de prestaciones de la Ley. En tanto que la salud laboral es además un criterio de atención en la vigilancia de la salud pública. No obstante lo cual, la calificación de la protección y promoción como salud laboral implica la necesaria actuación administrativa en salvaguarda de la misma.

I. La evaluación de impacto en salud

Una de las actividades relevantes en la atención a la protección de la Salud Pública es la denominada evaluación de impacto en Salud. La Evaluación de Impacto en Salud (o EIS), puede definirse siguiendo la propia descripción del documento de Consenso de Gotemburgo como:

aplicables sin necesidad de transposición a derecho interno, y que contienen una regulación suficiente sobre todos estos aspectos», en *Seguridad alimentaria: impacto del nuevo real decreto 176/2013, de 8 de marzo, que deroga determinadas reglamentaciones técnico-sanitarias y normas de calidad referidas a productos alimenticios*, Revista CESCO de Derecho del Consumo, núm. 6/2013.

⁹⁰ MENÉNDEZ REXACH, *Estudios Jurídicos sobre seguridad alimentaria*, en Marcial Pons, Madrid. 2015.

⁹¹ Artículo 71, g) que reza respecto de la protección de la Salud Pública: «Velará por la inocuidad en todos los eslabones de la cadena alimentaria, con especial incidencia de aquellos alimentos de origen vegetal o animal que hayan sufrido modificación genética», y artículo 72 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

⁹² A diferencia de lo que sucede en otras Comunidades Autónomas como: Aragón a través de su Ley 10/2010, de Salud Pública y Seguridad Alimentaria;

⁹³ BOJA de 27 de marzo de 2015.

«una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante las que una política, programa o proyecto puede ser evaluado en función de sus potenciales efectos en la salud de la población y de su distribución en dicha población. Su principal finalidad es asesorar en la toma de decisiones para maximizar los efectos positivos en salud, reducir razonablemente los negativos y distribuirlos de forma equitativa entre la población»⁹⁴.

Pues bien sin perjuicio de que se haga referencia a esta cuestión con posterioridad es interesante recuperar en este punto la normativa andaluza sobre la materia, que ha sido aprobada por Decreto 169/2014, de 9 de diciembre⁹⁵. Así la norma Andaluza avanza en la configuración del procedimiento a seguir respecto de la evaluación del impacto en la salud de las políticas Públicas. Téngase en cuenta además que la causa de que dicha regulación haya dado lugar a significativas actuaciones en el ámbito andaluz deriva de la previsión normativa contenida en la Ley 2/98 de Salud de Andalucía⁹⁶. Además, la ley de Salud pública de Andalucía⁹⁷ que examinamos en este capítulo ha venido a institucionalizar la práctica de la Evaluación del Impacto en la Salud (en adelante EIS), en sintonía con la previsión contenida en este sentido en la Ley Estatal de Salud Pública⁹⁸.

La evaluación de Impacto en la Salud, ha sido institucionalizada desde la Organización Mundial de la Salud, así en 2005, la OMS estableció la Comisión sobre determinantes sociales en la salud⁹⁹. Pues bien, para la OMS la Evaluación del Impacto en la salud se puede definir como «una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos»¹⁰⁰. Este mecanismo de evaluación ha sido implementado en ámbitos sectoriales y permite

⁹⁴ Puede verse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/evaluacion_impacto_salud/evaluacion_impacto_salud?idioma=es&perfil=org&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/evaluacion_impacto_salud/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/evaluacion_impacto_salud/evaluacion_impacto_salud&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/

⁹⁵ BOJA de 15 de diciembre de 2014, núm. 243.

⁹⁶ Artículo 15.1 que señala: «la Administración Sanitaria Pública de Andalucía promoverá el desarrollo, entre otras actuaciones relacionadas con la salud pública, de medidas de control y promoción de mejoras sobre todas aquellas actividades con posibles repercusiones sobre la salud».

⁹⁷ Título II.

⁹⁸ Capítulo VII, Título II.

⁹⁹ Sobre los Determinantes Sociales en la Salud y su impacto en la configuración de los programas de salud puede verse el documento «Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud» WHA62.14, de la 62 Asamblea Mundial de la Salud, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1

¹⁰⁰ Sic en: http://www.who.int/water_sanitation_health/resources/hia/es/

someter con carácter transversal la actuación pública a la consideración de la normativa sobre salud pública¹⁰¹.

En Andalucía, la implementación de la evaluación del impacto en la salud ha sido prevista desde las actuaciones del Centro de Recursos de Evaluación del Impacto en la Salud (en adelante CREIS). El CREIS es una plataforma gestionada desde la Escuela de Salud Pública de Andalucía, que incorpora información, difusión de conocimientos e información y experiencias en el ámbito del informe sobre el impacto en la Salud. El CREIS ha sido pionero en España, siendo el único centro en castellano, sobre esta temática¹⁰². Pues bien, y respecto de los desarrollos derivados de la Ley de Salud Pública de Andalucía, debe recordarse la remisión normativa a los artículos 55 a 59 de la Ley. Normativa que ha sido objeto de desarrollo específico en el Reglamento aprobado por Decreto 169/2014, de 9 de diciembre¹⁰³ que desarrolla el Procedimiento para la realización de la Evaluación de Impacto en la Salud. Interesante resulta por lo demás la regulación contenida en la disposición autonómica que nos ocupa y que viene a reflejar la trascendencia de dicha evaluación como prestación del sistema sanitario de salud pública en Andalucía.

Así, el Reglamento Andaluz de procedimiento de EIS, diferencia según se trate de la evaluación de planes y programas (artículos 7 al 9 del Decreto 169/2014); y lo que es más importante si se trata de la evaluación de los instrumentos de planeamiento urbanístico¹⁰⁴.

¹⁰¹ Sin que sea este el lugar del examen de los procedimientos de Evaluación del Impacto en la Salud, y su proyección desde las previsiones de la OMS a los distintos países europeos incluidos España, no nos resistimos a incorporar alguna referencia bibliográfica interesante para comprender esta figura. Así, Sandin –Vázquez, María y Sarria Santamera, Antonio: «Evaluación del Impacto en la Salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud en las poblaciones», en Revista Española de Salud Pública, núm. 82 de 2008, págs. 261-272.

¹⁰² Su URL puede verse en: <http://www.creis.es/>

¹⁰³ BOJA de 15 de diciembre de 2014.

¹⁰⁴ Así el artículo 12 del Reglamento que introduce el procedimiento de EIS en Andalucía señala:
«1. Los criterios para determinar si un instrumento de planeamiento de desarrollo tiene especial incidencia en la salud son los siguientes:

- a) Población potencial afectada, mostrando especial atención a grupos de población especialmente vulnerables, como personas mayores, infancia, personas con discapacidad y mujeres embarazadas.
- b) Severidad de modificación del medio físico con efectos adversos en la red hidrográfica, hábitats naturales, usos del suelo o alteraciones en la calidad del agua o del aire.
- c) Grado de reducción en cobertura, disponibilidad o accesibilidad a instalaciones y servicios sanitarios, educativos o sociales o de conexión con el resto del núcleo urbano.
- d) Nivel de satisfacción de las necesidades de abastecimiento, saneamiento, dotaciones y servicios próximos y útiles para el entorno y la comunidad, incluyendo la facilitación de medios de transporte público adecuados.
- e) Presencia de medidas que condicionen estilos de vida incompatibles con la salud, como el sedentarismo, y que supongan la pérdida o ausencia de espacios verdes o que dificulten la disponibilidad o accesibilidad a instalaciones recreativas, deportivas –carril bici, rutas verdes– o a instalaciones infantiles.
- f) Ausencia de espacios comunitarios y otros que faciliten las relaciones sociales saludables y los usos sociales de los espacios urbanos.
- g) Existencia de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas en parcelas colindantes que puedan afectar a la población que ocupe el espacio ordenado por el instrumento de planeamiento, incluyendo la

La Ley de Salud Pública regula en el Título II, Capítulo V de la Ley la definición de la EIS en Andalucía, al señalar que ésta tiene por objeto¹⁰⁵: «valorar los posibles efectos directos o indirectos sobre la salud de la población de los planes, programas, obras o actividades recogidos en el artículo 56, y señalar las medidas necesarias para eliminar o reducir hasta límites razonables los efectos negativos y reforzar los efectos positivos».

Además, la Ley de Salud Pública ha incorporado bajo el ámbito de aplicación de la evaluación de impacto de salud pública, no sólo los planes y programas sino también las actividades y obras, públicas y privadas, y sus proyectos, que deban someterse a los instrumentos de prevención y control ambiental establecidos en los párrafos a), b) y d) del artículo 16.1 de la Ley 7/2007, de 9 de julio¹⁰⁶, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental¹⁰⁷, que reglamentariamente se determinen. En este supuesto, la resolución de evaluación del impacto en la salud se considera incluida en el informe de impacto ambiental correspondiente. Esto es, sólo se someten a evaluación de impacto de salud, las actividades y obras públicas y privadas y sus proyectos que deban someterse a autorización ambiental integrada; autorización ambiental unificada y calificación ambiental.

Téngase en cuenta por lo demás que la regulación de la autorización ambiental integrada, autorización ambiental unificada y calificación ambiental, deberá contener la evaluación de impacto ambiental de la actuación a considerar. De tal suerte que dicha evaluación de impacto en la Salud estará subsumida en la evaluación de impacto ambiental, que por definición la actuación o el instrumento en cuestión deberá poseer.

Se excepciona no obstante de la aplicación de la necesidad de evaluación de informe de impacto sobre la salud de aquellos planes o programas cuyo contenido sea estrictamente de carácter financiero o presupuestaria y aquellos que tengan por objeto la protección civil en caso de emergencia o la defensa nacional. Y ello por cuanto así lo viene a disponer el artículo 56.3 de la Ley de Salud Pública de Andalucía. A continuación la Ley de Salud Pública viene a dedicar atención a la metodología, informe y procedimiento de evaluación. Respecto de esta última debe tomarse en consideración lo ya apuntado respecto de la regulación autonómica de desarrollo, a qué hacíamos referencia ut supra. En relación a la metodología merece la pena destacar que la norma ha medido la intervención en dos

aproximación a cementerios prevista en los artículos 39 y 40 del Decreto 95/2001, de 3 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria de Andalucía.

h) *Situación de las parcelas en relación con zonas inundables o zonas con riesgo de afección por fenómenos catastróficos de origen natural o antrópico».*

¹⁰⁵ Artículo 55 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

¹⁰⁶ BOJA de 20 de Julio de 2007.

¹⁰⁷ Artículo que en su redacción última es deudor de la modificación operada en la Ley de Salud Pública de Andalucía por la Ley 3/2014, de 1 de octubre, de medidas normativas para reducir las trabas administrativas de las empresas. Norma que en su Exposición de Motivos viene a recordarnos que la

fases, una primera ex ante, que debe ser llevada a cabo por el órgano o ente que desee llevar a cabo la actividad objeto de evaluación. En este caso, lo que la ley exige es la formulación de una «valoración», sobre el impacto en la salud de la actividad en cuestión. Evidentemente cabe esperar que la valoración de la entidad sobre el impacto en la salud deba ajustarse a los principios de coordinación, y proporcionalidad, transparencia y buen gobierno administrativo. Sin embargo, la realización de esta valoración ex ante no excluye la realización del informe de evaluación de impacto en salud, que debe ser evacuado por la Consejería competente en materia de salud pública¹⁰⁸.

Pues bien la Ley de Salud Pública de Andalucía si viene a detallar los distintos supuestos de emisión del informe por la Consejería y los efectos vinculantes o no vinculantes del mismo.

Veamos con algún detalle este particular; Señala el artículo 58 de la Ley Andaluza de Salud Pública lo siguiente:

«1. En los procedimientos de aprobación de los planes y programas a los que se refiere el artículo 56.1.a), será preceptivo el informe de evaluación de impacto en salud, que deberá emitirse en el plazo máximo de un mes.

Excepcionalmente, mediante resolución motivada, dicho plazo podrá ser ampliado hasta un máximo de tres meses. De no emitirse en el plazo señalado, este informe se entenderá favorable y se proseguirán las actuaciones»

En dicho apartado se incorpora pues obligación de emisión de informe preceptivo y vinculante. Sin embargo la no emisión del informe no paraliza las actuaciones ni es causa de invalidez del acto administrativo resultante sino que se da valor al contenido del informe y se entiende que éste ha sido favorable. Esto es, que se entendería emitido con carácter presunto con contenido favorable, aunque bien pudiera pensarse que en realidad dicho informe no ha existido. La regla a la que nos acostumbró la ya derogada Ley 30/92, de Procedimiento Administrativo Común era que mientras no se dijera nada en alguna normativa, eso es salvo disposición expresa el informe era no vinculante. Lo que no sucede en el caso que examinamos porque la norma de forma expresa quiere matizar el carácter preceptivo del mismo. Esta misma previsión ha sido recogida en la Ley 39/2015, de 1 de octubre del procedimiento Administrativo de las Administraciones Públicas¹⁰⁹. Norma que además viene a expresar la opción de suspender la tramitación del procedimiento si no se evacua el informe y éste es preceptivo para la resolución del mismo. Cuestión que conecta con la inclusión de la no emisión del informe preceptivo entre las causas de suspensión del plazo máximo para resolver, ex artículo 22.1 d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Resulta entonces que ya sea a la luz de la nueva Ley de Procedimiento Administrativo que entrará

¹⁰⁸ Volveremos posteriormente sobre la organización y competencias en materia de Salud Pública,

¹⁰⁹ Artículo 80 de la Ley 39/2015.

en vigor el 2 de octubre de 2016, como a la luz de la normativa vigente en la actualidad, la no emisión de un informe preceptivo es causa de suspensión en la tramitación del procedimiento. No obstante lo cual, la Ley andaluza de Salud Pública, no sólo ha salvado la suspensión de la tramitación – ante el supuesto de no evacuación del preceptivo informe sino que ha dado sentido favorable al supuesto en que éste no haya sido evacuado – habiendo transcurrido el tiempo establecido para ello¹¹⁰. Lo curioso en el caso que examinamos es que el plazo otorgado como regla general es de un mes, pudiéndose ampliar a tres meses, y pudiéndose continuar las actuaciones en todo casi si este finalmente no ha sido evacuado. Lo que no se había afirmado en la Ley de procedimiento Administrativo era qué sentido ten entonces el informe. Pues no se dice nada en la Ley de Procedimiento Administrativo, ni la vigente ni la que entrará en vigor en breve y sí en la Ley Andaluza de salud Pública, que matiza el sentido favorable del mismo¹¹¹. Además, como señala el artículo 80.4 in fine de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, el informe emitido fuera de plazo no será tenido en cuenta, a la hora de adoptar la correspondiente resolución. Es decir, el informe si no ha sido evacuado en plazo deja de ser vinculante para convertirse en no vinculante. Esto es, se «castiga» la extemporaneidad de la administración en el cumplimiento de los plazos de evacuación del correspondiente informe de impacto.

Respecto de los procedimientos de aprobación de instrumentos de planeamiento urbanístico, el informe es preceptivo y vinculante y debe emitirse en el plazo máximo de tres meses¹¹² y añade la norma: «Si transcurrido dicho plazo no se hubiera evacuado el informe citado, se entenderá su conformidad al plan propuesto».

Esto es, también en este supuesto nos encontramos con un informe preceptivo y vinculante que pasa a ser emitido de forma presunta sino ha sido emitido de forma expresa antes de que concluya el plazo para evacuación previsto en la norma que en el caso de instrumentos de planeamiento urbanístico es como regla general de tres meses.

Así tan sólo para el caso de los procedimientos de autorización de actividades y obras, y sus proyectos, a los que se refiere las letras c) y d) del artículo 56.1, se remite la Ley de Salud Pública a la Legislación de procedimiento Administrativo, debiéndose las remisiones que hace al artículo 83 de la Ley 30/92, a la regulación contenida en los artículos 79, 80,

¹¹⁰ Para el caso de la Ley 39/2015, (artículo 22. 1 d) el plazo de suspensión máximo será de tres meses, tiempo a partir del cual se pueden proseguir las actuaciones.

¹¹¹ Con ello y dado el carácter preceptivo del informe que no se pierde, se quiere dar a entender que o bien el informe no tiene en el procedimiento en cuestión la significación que pudiera esperarse al permitir que su no evacuación no impida la tramitación del procedimiento, y por otro lado permite que de entenderse evacuado con carácter presunto, dando lugar a un acto administrativo presunto de informe favorable, se estén otorgando por vía presunta lo que no ha sido otorgado de forma expresa, y volveríamos en este punto sobre la adquisición de derechos y facultades a la que habilita la obtención del informe favorable de evaluación de impacto en la salud del programa o Plan en cuestión.

¹¹² Artículo 58.2 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

y 81 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo. En este caso el plazo máximo para la evacuación del informe es de un mes, que puede ser ampliado hasta un máximo de tres meses.

J. La vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de bienes y del tránsito internacional de viajeros

Se ha hecho la referencia a esta cuestión ut supra.

K. La prevención y detección precoz de las enfermedades raras, así como el apoyo a las personas que las presentan y a sus familias

El tratamiento de las enfermedades raras y su prevención supone un elemento que preocupa socialmente, y se hace visible cuando suceden casos que saltan a los medios de comunicación. La calificación de una enfermedad como rara implica de por sí que la misma no es frecuente en el conjunto, por tanto no recibe de entrada los recursos y la atención suficiente para su erradicación. En Andalucía, y para dar respuesta a esta prestación se aprobó por Consejo de Gobierno un documento de carácter estratégico que recoge medidas de ejecución en el período 2008-2012, el Plan de Atención a personas afectadas por enfermedades raras¹¹³. Este documento que opera como plan integral en el marco del III Plan Andaluz de Salud, incorpora medidas de actuación para la atención a supuestos de enfermedades raras. Es loable el intento de la Administración Pública por incorporar y recoger a nivel estratégico y programático dicha atención a colectivos diferenciados o con especiales necesidades, cuestión añadida es hasta qué punto se ha podido valorar el grado de ejecución de las medidas y su efectividad, en los supuestos en los que se detecta una enfermedad rara.

2. La definición de las prestaciones de Salud Pública desde la Ley de Salud Pública de Andalucía

En el caso de la Ley de Salud Pública de Andalucía, a las prestaciones de salud pública descritas en la Ley de Cohesión y Calidad de la Sanidad¹¹⁴ se vienen a integrar además, las que se incorporan en la propia Ley y que comprenden:

¹¹³ Puede verse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_enfermedades_raras/plan_enfermedades_raras.pdf

¹¹⁴ Artículo 11.2 Ley 16/2003, de 28 de mayo

A. *La vigilancia de las desigualdades¹¹⁵, en salud y en el acceso a los servicios de salud que puedan tener su origen en diferencias socioeconómicas, de género, lugar de residencia, cultura o discapacidad.*

Los determinantes para la salud que permiten la contextualización de las políticas de salud pública, son incorporados en la Ley Andaluza desde la vigilancia de las desigualdades en salud y lo que se califica como desigualdad en el acceso a los servicios de salud. La prohibición de discriminación que pueda fundarse en diferencias socioeconómicas, en razón de género, diferencia por lugar de residencia, cultura o discapacidad, se incorpora entonces como principio que rige la actuación de la Administración Sanitaria Andaluza.

Como nos recuerda REGIDOR Y GUTIÉRREZ-FISAC, RODRÍGUEZ¹¹⁶, fue en 1977, cuando la Trigésima Asamblea Mundial de la Salud, decidió que el principal objetivo de carácter social para los gobiernos y para la OMS, durante los siguientes decenios hasta el año 2000, debía ser conseguir que todos los habitantes del mundo tuvieran acceso a un nivel de salud que les permitiera desarrollar una vida social y económica productiva. Pues desde entonces y con las salvedades de las propuestas e informes que se han sucedido desde entonces en la denominada Ley de la atención inversa – esto es que aquellos que más asistencias sanitaria necesitan son normalmente los que menos pueden acceder a ella, el objetivo incorporado aquí como prestación es el de superar las desigualdades y vigilar para que éstas no impidan el acceso a la salud. Así, la Estrategia Europea «Health 2020», que pone el horizonte temporal en el año 2020, fruto de la 62, sesión del Comité Regional para Europa tuvo lugar en Malta en 2012, vino a señalar:

«La salud y el bienestar de la población se alcanza mejor si el gobierno trabaja conjuntamente para conseguir una mejora en los determinantes sociales e individuales de la salud. La buena salud puede servir de apoyo a la recuperación económica y al desarrollo».

Pues bien, la atención a las desigualdades exige el análisis de las mismas y la implicación o relación entre estas y el acceso a la salud. Documentos de trabajo en este sentido han proliferado con contenido estratégico más cercanos al softlaw administrativo. Así, el Borrador del Plan estratégico de Igualdad de oportunidades 2013-2016, aprobado por el Instituto de la Mujer, prevé las medidas de promoción de igualdad en las políticas de salud y bienestar social. Para ello entre las medidas propuestas se integran las de:

- promoción de generación del conocimiento sobre la salud y el bienestar psicosocial, apoyando la investigación, y difusión de la información especializada
- elaboración de indicadores de salud y bienestar social sensibles al género

¹¹⁵ «Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España» Gaceta Sanitaria, Vol. 26, núm. 2, de 2012.

¹¹⁶ REGIDOR Y GUTIÉRREZ-FISAC, RODRÍGUEZ, *Diferencias y Desigualdades en Salud en España*, Díez de Santos, Madrid, 1994.

En este contexto, los informes de la Comisión para reducir las desigualdades en Salud en España¹¹⁷, vienen a abundar en la necesidad de examinar aspectos tales como: la distribución de poder, riqueza y recursos, las condiciones de vida y de trabajo cotidianas, a lo largo del ciclo vital y los entornos favorecedores de la salud.

Para llevar a cabo esta labor de vigilancia la Ley crea además el Observatorio de Salud Pública de Andalucía, que regulado en el artículo 48 de la Ley que señala:

«1. En el seno de la Escuela de Salud Pública, se constituirá el Observatorio de Salud Pública de Andalucía, como unidad de carácter técnico y científico para el asesoramiento a la Consejería competente en materia de salud.

2. El Observatorio de Salud Pública de Andalucía promoverá el análisis de la situación de salud y sus factores determinantes en Andalucía, con especial atención a los que provocan situaciones de desigualdad en salud, y será el encargado de analizar las tendencias a largo plazo sobre las materias que se le confíen, en especial, respecto al impacto en la salud pública de los desarrollos tecnológicos y el análisis del efecto de las investigaciones en salud en el futuro y para las nuevas generaciones.

3. El Observatorio de Salud Pública de Andalucía contará con un foro de participación social y un foro de carácter científico. Por orden de la persona titular de la Consejería de Salud se desarrollarán sus funciones, composición, organización y funcionamiento.

4. El Observatorio de Salud Pública de Andalucía integrará al actual Observatorio de Salud Medioambiental de Andalucía existente en la Escuela Andaluza de Salud Pública».

Pues bien, es a esta unidad de carácter técnico a la que le va a corresponder el examen de los factores determinantes en Andalucía, con especial atención de los que provocan situaciones de desigualdad en salud.

B. La evaluación del impacto de las intervenciones para mejorar la salud de la ciudadanía.

Sobre este particular ténganse en cuentas las consideraciones realizadas ya en el apartado que con el mismo título y respecto de la enumeración de prestaciones de Salud Pública a nivel estatal han sido ya realizadas, con la proyección de la regulación autonómica de aplicación.

¹¹⁷ Informe de la Comisión para reducir la desigualdades de Salud en España, que puede verse en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Policas_Reducir_Desigualdades.pdf

C. La promoción y protección de la calidad acústica del entorno.

Las acciones de Salud pública deben comprender también los elementos que permitan asegurar la protección acústica del entorno, en tanto que esta incide de manera directa en la calidad de vida afectando a la salud¹¹⁸. Para el examen de la adecuada calidad acústica es preciso examinar la normativa existente sobre protección contra el ruido. Así la Ley 7/2007, de 9 de Julio de gestión de la Calidad ambiental de Andalucía, vino a desarrollar la Ley 37/2003, de 17 de noviembre sobre ruido, estableciendo en materia de contaminación acústica previsiones que permitirían desde la definición de mapas de ruido, planes de acción a la designación de servidumbres acústicas. La atención a la calidad acústico del entorno como factor determinante de actuación de los poderes públicos en la protección de la salud, permite en la configuración de la misma como prestación de salud pública la puesta en marcha de actuaciones incorporadas en el Plan Integral de Salud 2013-2020, aprobado por el Consejo de Gobierno.

En ese contexto, el Decreto 6/2012, de 17 de enero¹¹⁹ vino a desarrollar el reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica en Andalucía, y modificar el Decreto 357/2010, de 3 de agosto, que aprueba el reglamento para la calidad del cielo nocturno frente a la contaminación lumínica y las medidas de ahorro y eficiencia energética. Pues bien en dichos desarrollos reglamentarios de la Ley de Calidad ambiental¹²⁰, que reseñamos se hace patente la necesidad de configurar mecanismos que permitan la zonificación acústica del entorno, y se establecen mecanismos para el control y la protección contra la contaminación acústica.

No se olvide que como el propio Tribunal Constitucional ha venido a reseñar en la Sentencia 16/2004, de 23 de febrero se produce una vulneración del derecho fundamental a la

¹¹⁸ Lo demuestran así estudios entre los que por ejemplo podemos citar: ESTEBAN ALONSO, ALFONSO: *Contaminación Acústica y Salud*, Observatorio Medioambiental, Madrid. 2003.

¹¹⁹ BOJA de 6 de febrero de 2012.

¹²⁰ Téngase en cuenta en este sentido que de conformidad con el artículo 149.1. 23 de la Constitución Española se reconoce al Estado la competencia exclusiva para dictar la legislación básica en materia de medio ambiente, sin perjuicio de las facultades que las Comunidades Autónomas puedan asumir para dictar normas adicionales de protección. Pues bien, dicha competencia que fue objeto de desarrollo por la Ley estatal de carácter básico ha sido también recogida en el artículo 57.2 del Estatuto de Autonomía para Andalucía que vino a reconocer la competencia compartida sobre la regulación del medio ambiente atmosférico, y de las distintas clases de contaminación del mismo. Además en el ámbito local la Ley de Autonomía Local de Andalucía Ley 5 /2010, de 11 de junio vino a recoger las competencias municipales en materia de contaminación acústica. Pero por si ello no fuera suficiente esta materia ha sido objeto de atención a nivel comunitario a través de las directivas que como la Directiva 2002/49/C, del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de junio de 2003, sobre evaluación y gestión del ruido ambiental. Así, la Ley Estatal reseñada ut supra es fruto de la transposición de esta directiva y ha sido objeto de desarrollo por disposiciones reglamentarias, tales como el Real Decreto 1315/2005, y el Real Decreto 1367/2007, de 19 de octubre sobre zonificación acústica. Pues bien en el contexto que nos ocupa la normativa de desarrollo de rango reglamentario incide en estas cuestiones normativas estableciendo disposiciones adicionales de protección que se configuran como una prestación de salud pública en la medida en que afecten a la salud de la población.

integridad física y moral y a la intimidad personal y familiar derivada de la continuada a niveles intensos de ruidos «que pueden poner en grave peligro la salud de las personas», o más recientemente la STC de 29 de septiembre de 2011.

D. La promoción, la protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud en los establecimientos públicos, lugares y sitios de convivencia humana.

La detección de los factores de riesgo constituye además competencia de la Consejería de Salud. Esta prestación hace referencia a las actuaciones de protección y prevención de la salud, esto es a la sanidad preventiva. No califica la norma sin embargo cuales deban ser los riesgos para la salud a los que se hace referencia, entendemos que pueden derivarse del contagio de enfermedades tales como al gripe o por ejemplo los que se derivan del aire acondicionado. Por otro lado tampoco define la norma que se quiera decir por centros de convivencia humana. Otras normativas autonómicas, como es el caso de la Comunidad Canarias al introducir la regulación de esta prestación de salud pública¹²¹ ha ejemplificado lo que quiere decirse por sitios de convivencia humana al incluir en los mismos: «centros escolares, instalaciones deportivas y los lugares, locales e instalaciones de esparcimiento público».

E. La promoción, la protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud derivados del ejercicio de prácticas y actividades realizadas sobre el cuerpo humano en establecimientos de atención personal de carácter no terapéutico que puedan tener consecuencias negativas para la salud, y también se incorporan como prestación la promoción, la protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud en relación con el ejercicio de terapias naturales realizadas sobre el cuerpo humano en centros y establecimientos no sanitarios, incluidas las acciones de intervención administrativa y control sanitario.

La prestación que se recoge en el apartado E de la norma reúne en el enunciado elementos que vienen a coincidir con los descritos en el apartado anterior, no obstante y si avanzáramos alguna definición de que se entienda por factor de riesgo para la salud, deberíamos hacer uso de la definición que la Organización Mundial de la Salud utiliza al decir, que riesgo es: «la probabilidad de que se produzca un resultado adverso» o «el factor que aumenta esa probabilidad»¹²². De hecho, la contención de riesgos es uno de los medios más potentes para mejorar la seguridad internacional, según viene a reconocer también el Reglamento Sanitario Internacional.

¹²¹ Este es el caso por ejemplo de la Ley 11/1994, de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias.

¹²² Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el mundo 2002*. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, señala que riesgo: «la contingencia o proximidad de un daño», <http://dle.rae.es/?w=riesgo&o=h>

En realidad integramos dos prestaciones de la Ley de Salud Pública de Andalucía en el párrafo anterior pero la interrelación existente entre ellas hacía más fácil su análisis integrado. Pues en ambas se define el riesgo para la salud de actividades que se realizan sobre el cuerpo humano. La diferencia estriba en que en la prestación primera se llevan a cabo las actuaciones en establecimientos de atención personal de carácter no terapéutico, mientras que en el segundo caso las actividades se realizan en centros y establecimientos no sanitarios. Además se incluyen en la prestación las actividades de intervención administrativa y control sanitario.

En este contexto, la distinción entre ambas prestaciones se encuentra en la naturaleza del centro o establecimiento en el que se desarrolla la actividad que puede afectar a la salud humana. Si el centro es no terapéutico, por ejemplo un polideportivo, pero se producen actuaciones sobre el cuerpo humano que inciden sobre la salud la atención del sistema será diferenciada a si por el contrario el centro es terapéutico, y en ese caso se limita al establecimiento de terapias naturales, por ejemplo quiromasaje, o acupuntura, si esta no está integrada en la cartera de sistema sanitario andaluz, y además el centro en el que se realizan no tiene carácter de centro sanitario. Por centro sanitario hay que entender aquel que se encuentra integrado en el Sistema Sanitario Público, en distinción a aquellos centros no sanitarios, aunque se pueden llevar a cabo en ellos terapias de carácter natural.

Salvadas pues las distinciones conceptuales la calificación de la prestación del sistema de salud pública se orienta a la promoción protección y prevención de factores de riesgo, lo cual implica diferencia distintos tipos de riesgos en función del origen de los mismos. Podría afirmarse entonces que tanto en esta como en las anteriores prestaciones y la que sigue a continuación el denominador común es la calificación del riesgo y la necesidad de instrumentar mecanismos legales que sirvan de instrumentos de protección de la salud y prevención de los factores de riesgos, de tal forma que éste se minimice y su incidencia sea improbable.

F. La fármaco-vigilancia y el control sanitario de otros productos de utilización diagnóstica, terapéutica o auxiliar que puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.

La prestación de fármaco-vigilancia, implica el control de los productos farmacéuticos, se entiende por tal el conjunto de actividades de salud pública que se ocupan de la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos derivados del uso de los medicamentos una vez que han sido comercializados. La regulación estatal sobre fármaco-vigilancia se operó a través de la Ley 10/2013, de 24 de julio¹²³, que Incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y

¹²³ Téngase en cuenta además que en la materia se ha aprobado Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos

del Consejo, de 15-12-2010¹²⁴, sobre fármaco-vigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8-6-2011¹²⁵ sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio de 2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; y por el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio¹²⁶, por el que se regula la fármaco-vigilancia de medicamentos de uso humano. La norma que venía a desarrollar la Ley 29/2006, de 26 de julio de medicamentos y productos sanitarios, estableciendo una regulación acorde a la normativa comunitaria¹²⁷.

En ella se establecían no sólo la definición del Sistema Español de Farmacología sino las funciones de la Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios en materia de fármaco-vigilancia,¹²⁸ y las funciones de las Comunidades Autónomas respecto de la fármaco-vigilancia¹²⁹. En este contexto, la Comunidad Autónoma Andaluza desarrolló en la Ley

y productos sanitarios. Norma que ha sido impugnada ante el Tribunal Constitucional por el Gobierno Vasco (artículo 102 de la norma). BOE de 11 de noviembre de 2015.

¹²⁴ LCEur 2010\1883

¹²⁵ LCEur 2011\1029

¹²⁶ BOE de 27 de julio de 2013, núm.

¹²⁷ Reglamento (UE) n.º 1235/2010, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, y el Reglamento (UE) n.º 1027/2012 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, que modifican, en lo que respecta a la fármaco-vigilancia de los medicamentos de uso humano, el Reglamento (CE) n.º 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos, y el Reglamento (CE) n.º 1394/2007 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de noviembre de 2007, sobre medicamentos de terapia avanzada, todos ellos con objeto de adoptar medidas que mejoren el funcionamiento del Derecho de la Unión sobre fármaco-vigilancia de los medicamentos de uso humano.

¹²⁸ Artículo 4 del Reglamento

¹²⁹ Así, el artículo 5 del RD 577/2013, vino a señalar que correspondían a las Comunidades Autónomas: Artículo 5.

Funciones de las comunidades autónomas.

Son funciones de las comunidades autónomas, a través de sus órganos competentes o de las unidades en quien estos deleguen:

1. Establecer de forma permanente y continuada un programa de notificación espontánea adecuándose a las Buenas Prácticas del Sistema Español de Fármaco-vigilancia, y comunicar a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios la unidad responsable de ejecutar esta tarea en la comunidad autónoma.
2. Promover y realizar las acciones, estudios o programas de fármaco-vigilancia que se acuerden en el seno del Comité Técnico del Sistema Español de Fármaco-vigilancia.
3. Posibilitar la notificación de sospechas de reacciones adversas por parte de profesionales sanitarios y ciudadanos a través de diversos medios, incluido el electrónico, teniendo en cuenta lo acordado en el seno del Comité Técnico del Sistema Español de Fármaco-vigilancia.
4. Poner en marcha diferentes estrategias para facilitar a médicos, farmacéuticos y demás profesionales sanitarios y ciudadanos, la notificación de las sospechas de reacciones adversas. El diseño de dichas estrategias se realizará en coordinación con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en el

2/98 de Salud, previsiones¹³⁰ sobre la necesidad de colaboración de las instituciones de la Administración Autonómica con la Administración General del Estado en materia de fármaco-vigilancia y control de acciones adversas de los medicamentos. Así la Orden de 1 de marzo 2000¹³¹, de la Consejería de Salud vino a prever la regulación de los órganos encargados de

seno del Comité Técnico del Sistema Español de Fármaco-vigilancia, pudiéndose contar con la participación de organizaciones de consumidores y pacientes, sociedades científicas y organizaciones profesionales.

5. Registrar en la base de datos FEDRA las sospechas de las reacciones adversas recibidas. El plazo máximo para este registro será de diez días naturales desde la recepción de la información para los casos graves y de ochenta días naturales desde su recepción para los casos no graves.
6. Proporcionar a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios la información que se les requiera para evaluar la relación beneficio-riesgo de los medicamentos o el impacto de las medidas reguladoras ejecutadas por razones de seguridad.
7. Evaluar la información contenida en la base de datos FEDRA y en otras bases de datos de sospechas de reacciones adversas accesibles para detectar señales.
8. Cooperar con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y los titulares de la autorización de comercialización en la detección de posibles duplicidades de notificaciones de sospechas de reacciones adversas.
9. Cooperar con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la implantación y desarrollo de programas y estudios sobre la evaluación y gestión de los riesgos de los medicamentos, de conformidad con los acuerdos adoptados por el Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano.
10. Cooperar con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en la difusión del conocimiento sobre la seguridad de los medicamentos.
11. Establecer sistemas de colaboración con las unidades responsables de seguridad del paciente, de tal manera que las sospechas de reacciones adversas derivadas de errores de medicación se integren en la base de datos FEDRA, informando a su vez a dichas unidades de los casos que llegan directamente a los Centros Autonómicos de Fármaco-vigilancia.
12. Implementar las medidas oportunas acordadas en el Comité Técnico del Sistema Español de Fármaco-vigilancia, encaminadas a identificar el nombre del medicamento y el número de lote en aquellas notificaciones que involucren a medicamentos de origen biológico o biotecnológico.
13. Implementar las medidas oportunas para obtener la información necesaria para la adecuada evaluación científica de las notificaciones de sospechas de reacciones adversas, implicando a los titulares de la autorización de comercialización, a los profesionales sanitarios o a los ciudadanos, según proceda, en la obtención de información de seguimiento.
14. Realizar y remitir a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios un informe anual de actividades y llevar a cabo auditorías internas bienales de su Centro Autonómico de Fármaco-vigilancia, emitiendo informe a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
15. Realizar las funciones relativas a los estudios posautorización referidas en el Capítulo VI.
16. Realizar las inspecciones precisas para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el Capítulo V, dentro de su ámbito de competencias y notificar a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios el resultado de las inspecciones, tanto las favorables como las desfavorables, incluyendo en este último caso los incumplimientos que detecten.
17. Contribuir al progreso científico mejorando los métodos de fármaco-vigilancia, así como el conocimiento y la comprensión de la naturaleza y mecanismos de las reacciones adversas, y el perfil de seguridad de los medicamentos.
18. Cualquier otra función que pueda resultar necesaria en el ámbito de la fármaco-vigilancia, y que deba ser ejercida por las comunidades autónomas.
19. Las comunidades autónomas garantizarán los medios necesarios para llevar a cabo las tareas arriba encomendadas».

¹³⁰ Artículo 15.6 de la Ley de Salud de Andalucía.

¹³¹ BOJA de 30 de marzo de 2000.

la fármaco-vigilancia en la Comunidad Autónoma de Andalucía. En este contexto se crea el Centro Andaluz de Fármaco-vigilancia, y el comité Andaluz de Fármaco-vigilancia.

Respecto del primero, este nace con la finalidad de:

- «a) Desarrollar las actuaciones del Sistema Español de Fármaco-vigilancia en el ámbito de la Comunidad Autónoma conforme a los programas generales y específicos establecidos, informando trimestralmente a la Dirección General de Farmacia y Conciertos de las actividades realizadas.
- b) Informar con carácter inmediato a la Autoridad Sanitaria sobre cualquier reacción adversa grave o novedosa que pudiera requerir la adopción de medidas cautelares o informativas.
- c) Asesorar a la Administración Sanitaria y a los profesionales sanitarios sobre reacciones adversas a medicamentos o grupos de medicamentos, o sobre otros aspectos relacionados con el uso racional de los mismos, emitiendo los informes que al respecto le sean solicitados.
- d) Gestionar el registro de las reacciones adversas que, producidas por medicamentos en fase de investigación o durante la realización de un ensayo clínico, sean comunicadas a la Consejería de Salud en cumplimiento de la normativa vigente.
- e) Realizar el seguimiento y coordinación de los programas determinados por la Autoridad Sanitaria sobre medicamentos de especial control médico.
- f) Actuar como centro consultivo y asesor en materia de estudios en fase IV, excluidos los ensayos clínicos, realizados en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- g) Elaborar y publicar con carácter cuatrimestral el «Boletín Alerta de Fármaco-vigilancia», así como cualquier otra publicación que, por la Dirección General de Farmacia y Conciertos de la Consejería de Salud, se estime necesaria para el fomento de la fármaco-vigilancia en Andalucía, y
- h) Elaborar una memoria anual de las actividades realizadas por el Centro y remitirla a la Dirección General de Farmacia y Conciertos antes del 1 de marzo del año siguiente».

Amén de los estudios desarrollados sobre la materia,¹³² la fármaco-vigilancia como prestación de salud pública, ha sido desarrollada en todas las comunidades autónomas, que han venido a establecer mecanismos de colaboración con la Administración general del Estado para su implementación.

G. La prevención y protección de la salud ante cualquier otro factor de riesgo, en especial la prevención de las discapacidades y dependencias.

La atención a la prevención de discapacidades y dependencias conecta con dos legislaciones sectoriales diferenciadas. A saber: la atención a la discapacidad y la normativa sobre

¹³² Por todos citamos al Prof. DOMENECH PASCUAL, *Régimen Jurídico de la fármaco vigilancia*, Cívitas, Madrid. 2009.

supresión de barreras arquitectónicas o las correspondientes a la atención a las personas con alguna discapacidad o diversidad funcional, y por otro lado, la normativa sobre dependencia que emana de la Ley Estatal de Dependencia y su implementación en el ámbito Autonómico. Como quiera que no es este el lugar de examinar con detalle la regulación de los aspectos sociales¹³³ de la dependencia, y sí solo hacer una referencia tangencial a ambas cuestiones, a la luz de la regulación autonómica¹³⁴, prestamos atención a la noción de los factores de riesgo que puedan afectar en la prevención de discapacidades y dependencias.

Así entre los planes que se desprenden de la programación estratégica de la Consejería de Salud, y en el mismo Plan Andaluz de Salud se integran previsiones que atienden a la necesidad de la puesta e marcha de políticas activas que fomenten la autonomía y contribuyan a la minoración de aquellas situaciones de riesgos frente a la discapacidad. Así, vino a suceder con el Plan Andaluz de Atención a las personas con discapacidad 2003-2006 y 2011-2013¹³⁵; y de forma específica el Plan de Acción integral para las mujeres con discapacidad en Andalucía 2008-2013¹³⁶.

Recuérdese en este sentido y como hemos visto de forma sectorial en la descripción de planes específicos en aspectos relacionados con prestaciones públicas ya descritas, que la planificación en materia de salud pública es un instrumento integrado en la propia ley. Así nos lo señala el artículo 54 de la Ley de Salud Pública de Andalucía:

«1. La planificación de la salud pública en Andalucía se concretará en el desarrollo de las políticas de salud en el marco del Plan Andaluz de Salud, de conformidad con lo

¹³³ Remitimos en este punto al excelente aporte de los profesores FERNÁNDEZ RAMOS Y PÉREZ MONGUIÓ, en *El derecho de los Servicios Sociales en Andalucía*, en Instituto Andaluz de Administración Pública. Estudios de Derecho Propio de Andalucía, Sevilla.

¹³⁴ Sobre la discapacidad en Andalucía puede verse; TORRES LÓPEZ, ASUNCIÓN, en «Régimen Jurídico Administrativo de la Discapacidad en Andalucía», en FERNÁNDEZ RAMOS Y PÉREZ MONGUIÓ, en *El derecho de los Servicios Sociales en Andalucía*, en Instituto Andaluz de Administración Pública. Estudios de Derecho Propio de Andalucía, Sevilla. Págs. 527-573.

¹³⁵ Que puede verse on line en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_discapacidad_personas/plan_discapacidad_personas?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/&idioma=es&tema=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_discapacidad_personas/&contenido=/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_discapacidad_personas/plan_discapacidad_personas

¹³⁶ Que pueden verse on line en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_discapacidad_mujeres/plan_discapacidad_mujeres?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/&idioma=es&tema=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_discapacidad_mujeres/&contenido=/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_discapacidad_mujeres/plan_discapacidad_mujeres

establecido en los artículos 30 a 33 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

2. En el marco del Plan Andaluz de Salud vigente, por la Consejería competente en materia de salud, se fomentará el desarrollo de planes provinciales.
3. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, la Consejería competente en materia de salud velará por el desarrollo de los planes locales de acción en salud a los que se refiere el artículo 38».

Y ello por cuanto la planificación en materia de salud pública comprende no sólo el Plan de Salud sino que en virtud de lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley de Salud Pública, se prevé la elaboración de planes de Salud específicos, que para el supuesto que nos ocupa y al margen de los dos enumerados ut supra integran entre otros los siguientes¹³⁷:

- el Plan integral de Salud Mental de Andalucía
- el Plan Integral de Diabetes de Andalucía
- el Plan Integral de Atención a las cardiopatías de Andalucía
- el Plan Andaluz de Alzheimer
- el Plan de Atención a cuidadoras familiares en Andalucía
- el Plan de atención a personas afectadas con enfermedades raras
- el plan Andaluz de Cuidados Paliativos.
- el Plan Andaluz de atención a las personas con dolor...

Por último tómesese en consideración el anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público Andaluz que si bien se encuentra en plena formulación cuando se redactan estas líneas, su contenido apunta en la dirección de mejorar las garantías del sistema sanitario de tal suerte que se refuerce vía ley la prevalencia de la atención sanitaria y la protección desde la salud pública en el catálogo de prestaciones descritos. Así, el artículo 26 de dicho anteproyecto señala que será precisa la coordinación de los servicios sociales y sanitarios¹³⁸, en particular para la prevención y atención de las situaciones de dependencia y fragilidad.

H. La prestación de los servicios de análisis de laboratorio en materia de salud pública en el marco de actuación de la Consejería competente en materia de salud.

Una de las prestaciones del Sistema Andaluz de Salud Pública lo constituye la realización de actividades de servicios de análisis de laboratorio, siempre respecto de actuaciones

¹³⁷ Su referencia puede verse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=ciud&opcion=listadoTematico&tema=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/&menu=S

¹³⁸ Interesante en este punto es el trabajo del Prof. CASADO PÉREZ, Demetrio, *Coordinación Pública en y entre la rama de los Servicios Sanitarios y Sociales*, Hacer Editorial, 2008.

en materia de salud pública. Pues bien dicha prestación solo es posible en el marco de la organización administrativa de la consejería de Salud y sus organismos autónomos. En este particular es de especial significación la supresión del registro de laboratorios de salud pública en Andalucía que se operó como resultado de la transposición de la Directiva Bolkenstein, Directiva 2006/123/CE, de 12 de Diciembre del Parlamento Europeo y del Consejo, relativas a los servicios en el mercado interior al ordenamiento jurídico interno. Pues dicha Directiva fue traspuesta en España por Ley 17/2009, de 23 de noviembre y en Andalucía por la Ley 3/2010, de 21 de mayo. Pues bien en este contexto, se aprobó el Decreto 141/2011, de 26 de abril, que vino a derogar al Decreto 444/1996, de 17 de septiembre, por el que se regula el procedimiento de autorización, el reconocimiento de la acreditación y el registro de los Laboratorios de Salud Pública en Andalucía. A resultas de lo cual, no es preceptiva ni la autorización ni el registro de los laboratorios de Salud Pública en nuestra comunidad Autónoma. Así, cuando el operador económico o titular del servicio pretenda el reconocimiento de resultados analíticos, por parte de los servicios de control oficial, sólo podrán tenerse en cuenta resultados procedentes de laboratorios acreditados en base a la norma ISO 17025, para los cuales existe una declaración oficial sobre su competencia técnica y, por tanto, está garantizada la fiabilidad de sus resultados¹³⁹.

l. La policía sanitaria mortuoria.

La atención a la salud pública incorpora también entre sus prestaciones en Andalucía los aspectos relacionados con la policía mortuoria. En este sentido como en todos los que se van analizando a lo largo de estas páginas se puede apreciar que la Comunidad Autónoma ha legislado profusamente en la materia. Así, la primera regulación en la materia se operó por el Decreto 95/2001, de 3 de abril¹⁴⁰, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria, que fue modificado por el Decreto 238/2007, de 4 de septiembre¹⁴¹. Posteriormente, la necesidad de transposición de la Directiva 2006/123/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior¹⁴², se operó por medio del Decreto 141/2011, de 26 de abril, de modificación y derogación de diversos decretos en materia de salud y consumo, que permitió la modificación del reglamento en Decreto 62/2012, de 13 de marzo¹⁴³.

¹³⁹ Y ello en sintonía con el comunicado oficial emanado de la propia consejería de Salud de la Comunidad Autónoma Andaluza.

¹⁴⁰ BOJA de 3 de Mayo de 2001.

¹⁴¹ BOJA de 18 de septiembre de 2007.

¹⁴² BOJA de 12 de Mayo de 2013.

¹⁴³ BOJA de 27 de Marzo de 2012.

Pues bien, en aplicación de la normativa a la que hacemos referencia debe entenderse siempre desde el ámbito competencial que la Ley de Salud de Andalucía, Ley 2/98, de 15 de junio señalara al atribuir¹⁴⁴ a la Comunidad Autónoma la competencia para el establecimiento de los criterios generales, normas y directrices para el ejercicio de la policía sanitaria mortuoria. Cuestión además de carácter previo para el ejercicio por los ayuntamientos de sus competencias en la materia, relativas al control sanitario de los cementerios y policía mortuoria¹⁴⁵. No podría ser de otra forma pues son los municipios los que se van a ocupar de la gestión de aspectos relativos a la salubridad pública, si bien no debe obstar dicha competencia y la específica atribución en policía mortuoria a las Administraciones Locales, que debe respetar en todo caso las competencias Autonómicas en la materia¹⁴⁶.

J. La vigilancia e intervención frente a la zoonosis¹⁴⁷.

Común tanto en la clasificación de prestaciones contenida en la Ley Estatal de Salud Pública como nuevamente descrita en la Ley Andaluza de Salud pública, la vigilancia e intervención frente a la zoonosis constituye un denominador común de la política de salud pública. Y es que para los poderes públicos preocupa la forma en la que las enfermedades que provienen de los animales pueden afectar la salud humana y por ello las medidas de política pública relevante para vigilar y prevenir supuestos de zoonosis. Esta es una materia que ha sido también objeto de interés por la Consejería competente en la materia de Agricultura, pesca y desarrollo rural. Sin perjuicio de la profusa regulación comunitaria, y estatal al respecto, en particular en el caso examinado y tanto que prestación de salud pública en Andalucía, la atención a la zoonosis integra también la política de sanidad animal¹⁴⁸ de la Consejería. Esto es, existe una conexión relevante entre ambas cuestiones que ha puesto de manifiesto la doctrina¹⁴⁹.

¹⁴⁴ Artículo 19.8 de la Ley de Salud de Andalucía.

¹⁴⁵ Artículo 38.1 e) de la Ley de Salud de Andalucía.

¹⁴⁶ Como ha recordado el Tribunal Supremo en la Sentencia de 12 de noviembre de 1992, citada en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, 601/2001, de 23 de mayo de 2001, en su fundamento jurídico Tercero al decir: «no puede dudarse de la potestad auto-organizativa de los Ayuntamientos en lo que se refiere a los modos de gestión del servicio público funerario, sometida únicamente a lo establecido en la legislación estatal y autonómica en la medida que la competencia para regularlo venga atribuida a tales entes superiores, y sometida también a la aprobación de la correspondiente Comunidad Autónoma». (Ponente: Ilmo.Sr. D. Fernando Seoane Pesquera).

¹⁴⁷ Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la Zoonosis es la enfermedad o infección que se da en los animales y que es transmisible al hombre en condiciones naturales.

¹⁴⁸ Así el Decreto 65/2012, de 13 de marzo que regula las condiciones de sanidad y zootécnicas de los animales.

¹⁴⁹ PÉREZ MONGUIÓ, *Animales Potencialmente peligrosos*, Bosch, 2006. GONZÁLEZ RÍOS, I: *Sanidad Animal y Seguridad Alimentaria en los productos de origen animal*, Comares, 2004.

K. El control sanitario de la publicidad en el marco de la normativa vigente.

El control sanitario de la publicidad implica de nuevo la atención no sólo sobre la adecuada protección de la salud a través de la publicidad¹⁵⁰ en campañas de protección de la salud, y prevención de enfermedades sino la competencia profesional en la praxis médica cuando se conjugan profesionales que ejercen su actividad de asistencia médica tanto en el ámbito público como privado. Las referencias específicas a la publicidad sanitaria son entonces complementarias de otras medidas sectoriales. Si bien en nuestra Comunidad Autónoma no existe una regulación específica de desarrollo de la misma más allá del enunciado de la Ley de Salud Pública que referenciamos.

L. La promoción y la protección de la salud en la ordenación del territorio y el urbanismo.

El examen de la prestación que incorpora la atención a la salud en la ordenación del territorio y el Urbanismo, toma en consideración las reflexiones ya realizadas respecto del informe de evaluación de impacto en la salud de los proyectos y planes, en este caso de los planes de urbanismo. El Texto Refundido de la Ley del Suelo y Rehabilitación Urbana (en adelante TRLSURU) aprobado por Real Decreto Legislativo 7/2015, de 30 de octubre, viene a incorporar entre sus objetivos la regulación de las condiciones básicas que permitan un desarrollo sostenible «competitivo y eficiente del medio urbano, mediante el impulso y el fomento de las actuaciones que conducen a la rehabilitación de los edificios y a la regeneración y renovación de los tejidos urbanos existentes, cuando sean necesarias para asegurar a los ciudadanos una adecuada calidad de vida y la efectividad de su derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada»¹⁵¹. Además, el TRLSURU, hace referencia expresa entre sus principios al de desarrollo sostenible que incorpora los elementos que deban contribuir a la prevención adecuada de riesgos y peligros para la salud pública, y con ello contribuir a la eliminación de perturbaciones de ambas. Es el urbanismo saludable y la ciudad habitable como ciudad saludable en la que las actividades que tienen lugar permiten la adquisición de una adecuada calidad de vida.

Así, el desiderátum del desarrollo urbano sostenible se proyecta con carácter transversal en la actuación pública urbanística y permite la definición de los contenidos de los instrumentos de planeamiento y de la calificación del suelo¹⁵². Pues bien en este contexto y respecto de las competencias autonómicas de carácter exclusivo sobre urbanismo y

¹⁵⁰ Véase por ejemplo las campañas y normativa específica en otras comunidades Autónomas como es el caso de Galicia, donde se aprobó el Decreto 75/2001, de 22 de marzo sobre el control sanitario de la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de productos de tabaco.

¹⁵¹ Artículo 1 del TRLSURU 2015

¹⁵² Como sucede en el artículo 16 del TRLSURU respecto del contenido del derecho de propiedad del suelo en situación de rural de edificación.

ordenación del territorio la Comunidad Autónoma de Andalucía aprobó en el año 2002, la Ley 7/2002, de 17 de diciembre de Ordenación Urbanística de Andalucía, que ha sufrido una modificación relevante por la Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2015, de 9 de julio¹⁵³. Pues bien a la luz de la Sentencia del Tribunal Constitucional, la Ley de Ordenación Urbanística de Andalucía (en adelante LOUA)¹⁵⁴, se incorporan como fines específicos de la actividad urbanística¹⁵⁵: a) «Conseguir un desarrollo sostenible y cohesionado de las ciudades y del territorio en términos sociales, culturales, económicos y ambientales, con el objetivo fundamental de mantener y mejorar las condiciones de calidad de vida en Andalucía».

Lo cual debe redundar en la mejora de la salud de los ciudadanos. Se encuentra por tanto esta previsión integrada en la normativa urbanística. Como sería objeto de otro lugar el examen detallado de los contenidos de la LOUA¹⁵⁶, solo nos limitaremos a destacar la relevancia de la prestación de salud pública que la Ley de Salud Pública de Andalucía incorpora recordando eso sí, la significación de los informes de evaluación en la salud de las políticas públicas y de los planes y programas e instrumentos de planeamiento, conforme hacíamos *ut supra* respecto de la descripción de la normativa autonómica que se ocupa de esta cuestión.

En relación a la política de Ordenación del territorio haremos brevemente, referencia a la Ley 1/94 de Ordenación del Territorio de Andalucía, que con las reformas contenidas en la normativa de vivienda ha permitido la atención a la Salud de manera tangencial. No ya respecto de la salud Ambiental o de la evaluación de impacto en la salud de las políticas territoriales, sino respecto de la configuración de los planes con incidencia en la ordenación del territorio, de tal suerte que las actuaciones en suelo deban no sólo orientarse a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos sino a la implementación de ciudades saludables.

M. La prevención y protección de la salud en las viviendas y en los entornos residenciales.

La Salud en las viviendas y edificaciones, así como en los entornos residenciales es requisito *sine qua non* en el proceso edificatorio. Así, la actuación administrativa ha demandó— con carácter preventivo desde la configuración de las cédulas de habitabilidad de las viviendas un control *ex ante* de las condiciones en las que éstas se encuentran previa a su ocupación y puesta en valor en el mercado residencial. Hay que señalar, que las competencias sobre

¹⁵³ BOE de 14 de agosto de 2015, núm. 194.

¹⁵⁴ La Sentencia del Tribunal Constitucional declaró inconstitucional y nulo artículo 188,

¹⁵⁵ Artículo 3, apartado 1. a)

¹⁵⁶ Una inicial reflexión sobre la misma tuvimos ocasión de realizar en: GÓMEZ JIMÉNEZ, MARÍA LUISA *Aspectos Básicos de la Ley de Ordenación Urbanística de Andalucía*, Tecnolex, 2011. Sin perjuicio de que las reformas normativas que se han sucedido desde entonces ameriten un mayor detalle y análisis cuyo lugar no corresponde realizar aquí.

atención a la vivienda es exclusiva autonómica, como señala el Estatuto de Autonomía de Andalucía, artículo 56. Además la Comunidad Autónoma ha venido a desarrollar dicha competencia exclusiva a través de la Ley 1/2010, de atención al Derecho a la Vivienda en Andalucía, que fue precedida de la Ley 13/1995 de la Vivienda de la Comunidad Autónoma y que ha sido seguida de regulación específica de desarrollo de carácter reglamentario, y ello sin contar la incorporación de referencias a aspectos edificatorios en LOUA¹⁵⁷ (Ley de Ordenación urbanística de Andalucía).

Como la doctrina ha puesto de manifiesto existe una correlación entre vivienda en mal estado y salud, o entre pobreza energética, o hídrica y salud,¹⁵⁸ en la configuración de lo que viene a denominarse como viviendas saludables¹⁵⁹. Así el IV Plan Andaluz de Salud, prevé la necesaria mejora de la habitabilidad, hecho que –señala el plan– repercutirá en la salud de la ciudadanía¹⁶⁰.

Los estudios realizados sobre la pobreza energética e hídrica y los efectos sobre la salud al repercutir en la provisión de servicios mínimos que la vivienda debe integrar para considerarse como saludable, revelan que la vivienda saludable sólo podrá derivarse de una actuación que a escala global sea capaz de integrar actuaciones que reduzcan la contaminación atmosférica, se ocupen del reciclaje de residuos, y permitan en definitiva una sostenibilidad ambiental, social y económica¹⁶¹.

Además la vivienda por imperativo del artículo 47 de la Constitución debe ser no sólo digna sino adecuada. Adecuación que implica la adaptación de la misma a la necesidad de quienes la ocupan, y que debe conectarse con no sólo la mejora de la calidad de vida sino de la salud de los que puedan desarrollar su actividad personal, o familiar en la misma. En este sentido, la normativa sobre supresión de barreras arquitectónicas; la incorporación

¹⁵⁷ Téngase en cuenta las modificaciones introducidas en la LOUA a este particular a partir de la anulación vía fallo de la Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2015, de los artículos 31.4, artículo 188

¹⁵⁸ Así por ejemplo el estudio de los profesores: THOMSON. H., de la Universidad de Glasgow y SIAN THOMAS de la Universidad de Cork, «Housing Improvements for health and associated socio-economic outcomes», Institute of Health and Well being Glasgow. 2015

¹⁵⁹ La noción de *Healthy Homes* o viviendas saludables ha sido objeto de atención a nivel internacional también desde los proyectos que han llevado a cabo un análisis exhaustivo de los condicionantes que inciden en la salud, desde la edificación de vivienda. Un ejemplo de esta noción al encontramos en el proyecto desarrollado en la Universidad de Harvard, en el esfuerzo conjunto entre el Facultad de Arquitectura Diseño y Urbanismo, y la Escuela de Salud Pública, en el que tuvimos ocasión de participar, Health and Places Initiative, y cuyos contenidos pueden verse en: <http://research.gsd.harvard.edu/hapi/overview/people/>

¹⁶⁰ El nivel de satisfacción con la vivienda en los hogares andaluces es similar en Andalucía que en el estado Español (un 63,5%). Con respecto a las condiciones de hábitat, el 21,3% de los hogares andaluces no disponen de temperatura adecuada durante los meses fríos (mientras en España es el 12,8%) y el 25% no dispone de temperatura adecuada en verano.

¹⁶¹ Sobre la interrelación entre Sostenibilidad Social y Política de Vivienda puede verse entre otros, el trabajo que publicamos en Dykinson: *Sostenibilidad Social y Rehabilitación de Vivienda*, Dykinson, Madrid 2015.

de previsiones sobre accesibilidad a la vivienda, y las que se conectan con la vulnerabilidad social de los que necesitan una vivienda adaptada, nos aproximan a la proyección de la noción de vivienda saludable.

N. La promoción y protección de la salud asociadas a los medios de transporte.

La intervención administrativa en la salud abarca desde la misma configuración de la protección de la salud en medios de transporte, a toda la normativa sectorial sobre transportes terrestres y las medidas no sólo de promoción, sino de protección de la salud vinculada a la misma. La contaminación acústica y los problemas medioambientales derivados de la ubicación de infraestructuras de transportes inciden de manera directa en la salud¹⁶². Cuestiones que son tenidas en cuenta desde la protección de la salud ambiental o los condicionantes económicos –sociales que inciden en la salud. Además de las referencias realizadas a la evaluación del impacto sobre la salud de los proyectos y programas– en este caso que impliquen la ubicación de infraestructuras del transporte o se vinculen a los mismos. No es este el lugar de realizar un examen detallado de la legislación sectorial administrativa que ha venido a regular cada uno de los medios de transportes a nivel estatal, y sus repercusiones en el ámbito autonómico, aunque si haremos algunas breves reflexiones al contenido de esta prestación de salud pública, que como otras que hemos desarrollado implican el conocimiento y reflexión sobre otras regulaciones sectoriales y específicas que inciden sobre la salud.

En el ámbito de la legislación sectorial la Ley de Transportes Terrestres de la Comunidad Autónoma se aprobó por la Ley de transportes urbanos y metropolitanos de Andalucía 2/2003, de 12 de mayo¹⁶³. Norma que ya al albur de las referencias al transporte urbano sostenible viene a afirmar que es preciso que el modelo del sistema de transportes, –con referencias específicas a las propuestas del Libro Blanco del Transporte y las Resoluciones del Consejo de Transportes de la Unión Europea, «contribuyan al bienestar económico y social sin perjudicar la salud humana ni el medio ambiente»¹⁶⁴. Igual referencia normativa se contempla en la Ley Andaluza de Servicios Ferroviarios¹⁶⁵ que fue aprobada por Ley 9/2006, de 26 de diciembre¹⁶⁶. Pues bien dicha norma, amén de introducir en la exposición de motivos

¹⁶² El caso paradigmático lo ofrecen la ubicación de aeropuertos y la abundante jurisprudencia sobre el impacto para la salud y las servidumbres que ha lugar la instalación de estas infraestructuras.

¹⁶³ BOJA de 27 de mayo de 2003, y modificada por Decreto-Ley 17/2014, de 23 de diciembre, sobre Transportes Urbanos y Metropolitanos de Andalucía para la adopción de medidas de control del transporte público de viajeros discrecional en vehículos de turismo.

¹⁶⁴ Exposición de Motivos de la Ley 2/2003, de Transportes Urbano en Andalucía.

¹⁶⁵ No se olvide igualmente a nivel estatal la normativa sobre sector ferroviario ha sido objeto de la Ley 38/2015, de 29 de septiembre. (BOE de 30 de septiembre de 2015).

¹⁶⁶ BOJA de 30 de diciembre de 2006.

referencia específica a los principios de transportes sostenible, incorpora en la tipificación de las infracciones graves, «la realización de actividades que afecten a mercancías peligrosas o perecederas, objeto de transporte, en condiciones distintas a las fijadas reglamentariamente, cuando se ponga en peligro la seguridad de las personas, de los bienes, del tráfico ferroviario o se pueda afectar a la salud pública»¹⁶⁷. Siendo la afección a la Salud de las personas un criterio de ponderación de las sanciones¹⁶⁸. Esta limitación de la actuación en virtud de la afección a la Salud como criterio de contraste final sobre la calificación de la sanción, resulta por lo demás de la prevalencia del principio del respeto a la salud pública, en la legislación sectorial de transporte «sostenible»¹⁶⁹. Otras cuestiones se conectan en este sentido a la noción de transporte –salud pública, cual sean las emisiones de gases contaminantes de vehículos y medios de transportes, y su afección sobre la salud, o la contaminación acústica a que antes hacíamos referencia. De ahí que la sostenibilidad ambiental, deba desde la salud ambiental atender a cuestión que afectan directamente en la salud de o bien los usuarios de los medios de transportes o de los que tienen su residencia o lugar de trabajo habitual cercano a una infraestructura del transporte –y tráfico cuyo funcionamiento afecta a la salud¹⁷⁰.

Además deben incluirse también en este apartado el denominado transporte sanitario, que fue objeto de la Resolución de 31 de Junio de 1995, del Servicio Andaluz de Salud de ordenación del transporte sanitario.

O. La prevención, detección precoz y protección de la salud en casos de maltrato y abuso sexual infantil y en aquellas situaciones de riesgo que perjudiquen la salud de las personas menores.

En relación a esta prestación implica la detección del maltrato y abuso sexual infantil. La protección de los menores en nuestro ordenamiento jurídico trae causa de la regulación contenida en la Constitución Española: Artículo 39 de la Constitución, que viene a señalar que:

«3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.

¹⁶⁷ Artículo 33.f) de la ley.

¹⁶⁸ Artículo 37.a) de la Ley.

¹⁶⁹ Atiéndase al dato de la creación del Observatorio Andaluz de Movilidad Sostenible y logística por Decreto 133/2014, de 16 de septiembre (BOJA de 2 de octubre).

¹⁷⁰ MUÑOZ RUIZ, ANA BELÉN: «Problemas recientes sobre vigilancia de la salud: los casos de las empresas «Transportes Intercity» y «Servicios Integrales KTZ»», en Revista de Información Laboral, núm. 1, 2015. Págs. 67-75.

4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.»

Pues bien, esta protección que ha sido objeto de reflejo y atención en Declaraciones Internacionales, como la Declaración de los Derechos del Niño de 20 de diciembre de 1959, la Convención de la ONU de los Derechos del niño, de 20 de noviembre de 1989, que han venido entre otros textos a recoger el principio de interés superior del niño. En nuestro ordenamiento jurídico, la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio¹⁷¹ de reforma del sistema de protección a la infancia y la adolescencia¹⁷². En Andalucía, la regulación del menor¹⁷³ se contempla en la Ley 1/998, de 20 de abril¹⁷⁴ de atención al menor, que integra las medidas de atención en el caos de maltrato¹⁷⁵. Además la Comunidad Autónoma Andaluza cuenta con un Sistema de Información sobre maltrato infantil¹⁷⁶.

En el caso del abuso sexual infantil, y la explotación sexual de menores y pornografía, las decisiones comunitarias han servido de motor de decisiones en los países miembros, así la Directiva 2011/893, de 13 de diciembre, fue transpuesta por Ley Estatal 26/2015, de 28 de Julio, que modificó el sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Pues bien, la incorporación del *Sistema Información y Vigilancia contra el Maltrato Infantil*, se califica como prestación dentro del sistema de salud pública de Andalucía, lo cual implica la puesta en marcha de actividades específica (el teléfono del menor, la previsión de protocolos y programas dirigidos a la prevención y protección del maltrato infantil¹⁷⁷).

¹⁷¹ BOE de 23 de julio de 2015.

¹⁷² La noma que entró en vigor el 12 de agosto de 2015, ha venido a reformar la Ley Orgánica 1/96, de 15 de enero, que regula la protección jurídica del menor; de modificación parcial del código civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil.

¹⁷³ El Estatuto de Autonomía para Andalucía de 2007, viene a incorporar en el artículo 63.1 la Competencia Exclusiva respecto de la protección de menores, (regulación del régimen de protección y de las instituciones públicas de protección y tutela de menores desamparados, en riesgo y de menores infractores), y promoción de las familias y de la infancia.

¹⁷⁴ BOJA de 12 de mayo de 1998.

¹⁷⁵ Así la Ley Andaluza viene a declarar en el artículo 11.5, la obligación de poner en conocimiento de los órganos competentes de la Administración General del Estado de las situaciones que puedan suponer riesgo de maltrato para el menor.

¹⁷⁶ Aprobado por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo de modificación del Decreto 3/2004, de 7 de enero de 2004, de modificación del Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.

¹⁷⁷ No es este el lugar de examinar los desarrollos de los programas y el procedimiento de actuación para la protección contra el maltrato infantil, si haremos referencia no obstante al espacio web que la Consejería de Salud dedica al Sistema de Información en Maltrato infantil (en adelante SIMA), y que puede consultarse en: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdady politicassociales/areas/infancia-familias/apoyo-familias/paginas/deteccion-maltrato.html>

P. La atención temprana dirigida a la población infantil de 0 a 6 años afectada por trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos.

La última de las prestaciones que recoge la Ley de Salud Pública de Andalucía hace referencia en sintonía con la anterior a la atención a la población infantil, entre 0 a 6 años, afectada por trastornos de desarrollo o con riesgo de padecerlos. No especifica la Ley a qué trastornos hace referencia ni siquiera cuales son los mecanismos para identificar cual sería el colectivo en riesgo de sufríros.

En relación a los trastornos de desarrollo la norma ha sido objeto de desarrollo desde la atención al trastorno del espectro Autista que se suele manifestar en los primeros tres años de vida del menor. Esta actuación se integraría dentro de lo que se denomina atención temprana¹⁷⁸ al menor. En Andalucía la atención temprana correspondía a los centros de atención infantil temprana, y ello en el marco de las competencias asumidas por la Consejería de Asuntos Sociales.

Pues bien, no fue sino hasta la aprobación de la Ley Andaluza de Atención a la discapacidad aprobada por Ley 1/1999, de 31 de marzo¹⁷⁹, cuando se transfiere a la competencia sobre atención temprana a la Consejería de Salud¹⁸⁰, incorporándose en el catálogo de las prestaciones de salud pública. Así la Ley de Atención a la discapacidad dedica el Título II a la Salud e incorporó dentro del capítulo de prevención de las deficiencias, en el artículo 11, el establecimiento de sistemas de detección temprana. Según señala la Consejería de Salud, son en este sentido, seis los trastornos de desarrollo que son objeto de atención en la atención temprana, a saber:

- trastornos del desarrollo cognitivo
- trastornos de desarrollo del lenguaje
- trastornos de expresión somática
- trastornos emocionales
- trastornos de la regulación y el comportamiento
- trastornos de la relación la comunicación.

¹⁷⁸ Según señala el Libro Blanco de la Atención Temprana, (de la Federación Estatal de Asociaciones de Atención Temprana (GAT), editado por el Real Patronato de la Discapacidad, Documento 55/2005, página 12), se entiende por Atención Temprana: «el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar».

¹⁷⁹ BOJA de 17 de abril de 1999.

¹⁸⁰ Artículo 11.3 de la Ley Andaluza de Atención a la Discapacidad.

Que integran los siguientes trastornos:

Trastornos en el desarrollo motor

- Trastorno Motor Cerebral / PCI.
- Trastorno de origen espinal.
- Trastorno de origen periférico.
- Trastorno de origen muscular.
- Trastorno de origen óseo-muscular.
- Trastorno del tono no especificado.
- Hábitos y Descargas Motrices.

Trastornos visuales

- Ciegos congénitos
- Ceguera adquirida
- Niños de baja visión
- Nistagmos
- Estrabismo
- Defectos de refracción
- Trastornos motores

Trastornos auditivos

- Conductiva o de transmisión
- Perceptiva o neurosensorial
- Mixta
- Hipoacusia leve
- Hipoacusia moderada
- Hipoacusia grave o severa
- Hipoacusia profunda
- Cofosis
- Prelocutiva
- Perilocutiva
- Postlocutiva

Trastornos psicomotores

- Retraso psicomotor simple
- Trastornos de la coordinación dinámica
- Trastornos de la coordinación estática
- Trastornos e la coordinación visomanual
- Trastornos de la organización temporal
- Trastornos de la organización espacial
- Trastornos del esquema corporal
- Trastornos de la literalidad
- Trastornos del control respiratorio

Si se toma en cuenta además que la actuación se lleva a cabo a través de Programas Asistenciales Integrados, puede concluirse que la atención temprana en Andalucía tiene un profuso desarrollo en la organización y puesta en valor de recursos públicos en atención a los menores entre 0 y 6 años con riesgo de padecer algún trastorno o que ya lo posean.

Entre los programas Asistenciales Integrados (en adelante PAIS) destacan: El PAIS de seguimiento de recién nacido en riesgo¹⁸¹; el PAIS trastornos del desarrollo con capacidad intelectual¹⁸²; PAIS trastornos del desarrollo con discapacidad motora¹⁸³; como señalábamos ut supra el PAIS de trastorno del espectro autista¹⁸⁴, y los PAIS de trastornos sensoriales¹⁸⁵.

Por último como puede apreciarse la profusión de planes y programas de atención al menor ha permitido una actuación integral, que se proponía, entre otros el Decreto 362/2003, de 22 de diciembre¹⁸⁶ que había aprobado el Plan Andaluz de Atención a la infancia, que como un plan sectorial, y que vendría a contemplar las actuaciones en la materia entre los años 2003 a 2007. No es éste no obstante el único plan que tiene como objeto la atención al menor, es interesante citar entre otros, por ejemplo el Plan integral de obesidad infantil, 2007-2012, así como el programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía¹⁸⁷ todos ellos, en especial los más recientes reflejan la reforma en la atención a la infancia acontecida en los últimos años.¹⁸⁸

Recuérdese el dato además de que si bien hasta aquí se podrían integrar el catálogo de prestaciones de salud pública que contempla la norma, no es éste un *numerus clausus*

¹⁸¹ Puede consultarse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/at_nacido_riesgo_v3?perfil=org

¹⁸² Puede consultarse en: https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.juntadeandalucia.es%2Fsalud%2Fexport%2Fsites%2Fcsalud%2Fgalerias%2Fdocumentos%2Fp_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados%2Fintelectual%2F0_trastorno_intelectual.pdf.

¹⁸³ Puede consultarse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/at_trastornos_discapacidad_motora_v3?perfil=org

¹⁸⁴ Puede consultarse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/at_trastornos_espectro_autista_v3?perfil=org

¹⁸⁵ Puede consultarse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/at_trastornos_sensoriales_v3?perfil=org

¹⁸⁶ BOJA de 28 de enero de 2004.

¹⁸⁷ Puede verse en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=org&opcion=listadoTematico&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/programa_salud_infantil/&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/

¹⁸⁸ Un estudio actual sobre las mismas puede verse en: RAMIRO, JULIA: «La reforma de la protección de la infancia: impacto sobre los derechos de los niños», en *Revista General de Derecho Administrativo*, núm. 39, mayo 2015.

sino «apertus», porque la Ley de Salud Pública de Andalucía viene a señalar que el Consejo de Gobierno actualizará el catálogo de prestaciones: «incorporando aquellas que generen los progresos científicos en salud pública que sean fiables, seguras y fundamentadas en la evidencia científica disponible, siempre que sean esenciales para alcanzar el más alto grado de salud»¹⁸⁹. De esta forma el catálogo de prestaciones se encontraría en constante actualización. Por último y para cerrar el artículo sobre prestaciones la norma introduce lo que debiera haber incorporado como principios de la actuación de salud pública al orientar todo la actividad administrativa en salud pública a la atención de los más vulnerables, y aquellos que puedan ser dependientes o discapacitados¹⁹⁰, al decir: que éstas deberán dirigirse a:

«las personas más vulnerables y a procurar **la equidad social, étnica, cultural, económica, territorial y de género**. También se desarrollarán actuaciones específicamente dirigidas a las personas **con discapacidad o dependencia y a quienes las cuidan**».

Con ello se refuerza el carácter de las políticas de salud pública como políticas transversales que afectan a la vez a la actividad pública en distintos ámbitos sectoriales pero que se proyectan a través de la integración de la salud en otras políticas públicas y de la implementación de mecanismos de coordinación y colaboración interadministrativa e institucional, intersectorial y multidisciplinaria. Y todo ello en el marco de la gobernanza de la salud pública que a este particular integra el principio de la transversalidad de la salud¹⁹¹.

3. La Cartera de Servicios¹⁹² de Salud Pública de la Comunidad Andaluza

El Sistema Sanitario Público de Andalucía integra en la cartera de Servicios, las prestaciones en materia de Salud Pública, es por ello que la Ley de Salud Pública dedica una

¹⁸⁹ Artículo 60.3 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

¹⁹⁰ Artículo 60.4 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

¹⁹¹ Artículo 50 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

¹⁹² Se regula en el artículo 61 de la Ley de Salud Pública que reza lo siguiente:

1. En el marco de lo dispuesto en el artículo 20. 2 de la Ley 16/ 2003, de 28 de mayo (RCL 2003, 1412), de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía será aprobada por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a propuesta de la Consejería competente en materia de salud, tras el estudio de las necesidades de salud de la población y los criterios científicos relevantes de aplicación.
2. La cartera de servicios de salud pública de Andalucía definirá de forma detallada las prestaciones e indicará las estructuras administrativas encargadas de llevarlas a cabo, así como los sistemas de acreditación, información y registro normalizados que permitan la evaluación continua y descentralizada.
3. La cartera de servicios de salud pública comprenderá el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos que permitan hacer efectivas todas las prestaciones de salud pública definidas en el artículo 60, e integrará también las actuaciones de salud pública incluidas en otras carteras de servicios del Sistema Nacional de Salud, especialmente la cartera de servicios de atención primaria, y será actualizada periódicamente para atender los nuevos problemas y necesidades de salud.

atención especial a la definición de la misma como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos que permitan hacer efectivas todas las prestaciones de salud pública a las que hemos hecho referencia en el epígrafe anterior, e integrará también las actuaciones de salud pública incluidas en otras carteras de servicios del Sistema Nacional de Salud, especialmente la cartera de servicios de atención primaria, y será actualizada periódicamente para atender los nuevos problemas y necesidades de salud¹⁹³. Además la cartera de servicios no sólo debe incorporar las prestaciones sino las estructuras administrativas encargadas de llevarlas a cabo así como los sistemas de acreditación, información y registro normalizados que permitan la evaluación continua y descentralizada¹⁹⁴. Además se prevé que la Cartera de Servicios debe ser aprobada por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a propuesta de la Consejería competente.

Así, el RD 1030/2006, de 15 de septiembre¹⁹⁵ vino a definir la cartera de servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. Esta norma ha sido posteriormente modificada y actualizada por sendas Ordenes SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización¹⁹⁶, y Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio¹⁹⁷, por la que se modifican los anexos II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos. Es pues éste el contexto normativo en el que se desarrollan las prestaciones de salud pública que se incorporen al sistema sanitario público andaluz, toda vez que como nos recordara en su día el artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, la Comunidad Autónoma tiene competencia compartida en materia de sanidad interior, y señala «proteger la salud pública en todos sus ámbitos».

La razón principal que motivó la modificación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, fue nuevamente las medidas de austeridad económica que se plasmaron en el ámbito de la sanidad pública por medio del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Sin perjuicio que desde la doctrina se han hecho respecto de la necesidad o no y el contenido de la norma en cuestión, por

¹⁹³ Ex artículo 61.3 de la Ley de Salud Pública.

¹⁹⁴ Artículo 61.2 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

¹⁹⁵ BOE de 16 de septiembre de 2006.

¹⁹⁶ BOE de 6 de noviembre de 2014.

¹⁹⁷ BOE de 8 de julio de 2015.

cuanto permite en realidad un «cambio de modelo»¹⁹⁸ sanitario, y una calificación y configuración que ha obligado a la precisión de la condición de asegurado y beneficiario del sistema sanitario¹⁹⁹.

Para la Ley de Salud Pública²⁰⁰ la Cartera de Servicios del Sistema sanitario público Andaluz viene definida como: «el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos que permitan hacer efectivas todas las prestaciones de salud pública definidas en el artículo 60, e integrará también las actuaciones de salud pública incluidas en otras carteras de servicios del Sistema Nacional de Salud, especialmente la cartera de servicios de atención primaria, y será actualizada periódicamente para atender los nuevos problemas y necesidades de salud.»

4. La vigilancia e información en Salud Pública en Andalucía

Como hemos podido apuntar en las páginas que preceden para la correcta aplicación de las prestaciones que conforman el catálogo de prestaciones de salud Pública en Andalucía es preciso que se pongan en marcha los mecanismos oportunos entre los que destacan la vigilancia y la inspección en salud Pública.

Así a esta cuestión se dedica un significativo número de preceptos (artículos 62-67 de la Ley de Salud Pública. En ellos se establece no sólo en qué consista la vigilancia, e información en salud pública, sino quien deba llevarla a cabo; el sistema de información de Vigilancia en Salud; el sistema de alertas y crisis y el tratamiento de la información y cuestiones específicas de salud laboral.

Como ha podido verse ut supra la actividad de vigilancia se integra en el catálogo de prestaciones de sistema sanitario público de Andalucía e integra el examen detallado de los condicionantes que deban monitorearse en dicho proceso de supervisión y control. No es la vigilancia una actividad pues complementaria a las demás sino un elemento básico para la determinación de la puesta en valor de las prestaciones que hemos examinado. Es por ello que la Ley Andaluza, dedica un especial capítulo de la misma al examen de la vigilancia en salud Pública. Sin perjuicio de los avances realizados en el epígrafe anterior respecto de las prestaciones vinculadas a la vigilancia en salud pública incorporamos pues a continuación, algunas de las características definitorias del régimen de vigilancia. En primer

¹⁹⁸ Como con acierto nos recuerda el Prof. SOUVIRÓN MORENILLA, J. M. «Reforma en la Asistencia Sanitaria Pública: Racionalización o cambio de modelo?» *Revista Andaluza de Administración Pública*, Enero-abril, 2013.

¹⁹⁹ Cuestión que ha sido objeto de desarrollo a través del Reglamento aprobado por RD 1192/2012, de 3 de agosto por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de asistencia sanitaria en España, con cargo a los fondos Públicos del Sistema Nacional de Salud (BOE de 4 de agosto de 2012).

²⁰⁰ Artículo 61.3 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

lugar, la vigilancia debe ser continúa. No sirve de nada iniciar protocolos de alerta que sólo operen en periodos del año. En segundo lugar, la vigilancia debe basarse en la detección y seguimiento de los determinantes de los problemas relevantes de salud de la población²⁰¹. Es justo la calificación del sistema de Vigilancia en Salud el que se define en las líneas que siguen y que incorpora la puesta en valor de un sistema de alertas que se orienta a²⁰²:

- «a) Conocer la epidemiología de los principales problemas de salud y sus determinantes, a partir de las características de las personas afectadas, su distribución etaria, geográfica y la tendencia temporal.
- b) Identificar desigualdades en salud de origen geográfico, de género, por la accesibilidad o utilización de servicios de salud, derivadas del hecho migratorio o por exposición a riesgos para la salud.
- c) Analizar los efectos de los riesgos ambientales sobre la salud de la población.
- d) Detectar precozmente situaciones epidémicas o de riesgo para la salud colectiva.
- e) Contribuir a la planificación de los servicios de salud.
- f) Facilitar la evaluación de la efectividad de las intervenciones en salud pública.»

Estos objetivos que sirven para orientar la actuación en el sistema de vigilancia, han sido objeto de atención además desde la puesta en marcha de mecanismos que permitan no sólo la investigación²⁰³, sino el control de los riesgos y las emergencias en salud pública. Estas previsiones de vigilancia se esperan de todo el sistema sanitario público y operan respecto del riesgo de contagios pandemias, demandando una actuación decidida de los poderes públicos para contener las mismas y evitar su incidencia en la salud pública de la población²⁰⁴.

Pues bien en este contexto se ha puesto en marcha en Andalucía, un Sistema de Información de Vigilancia en Salud, que vendrá a integrar la información de utilidad para la vigilancia y la salud pública²⁰⁵. Además según destaca el sistema de Vigilancia y Salud Pública es un sistema orientado a resultados, y en la conformación de los resultados el conocimiento de la información precisa resulta fundamental. Además el Sistema de Vigilancia en Salud de Andalucía, se va a orientar a identificar indicadores para la planificación y evaluación

²⁰¹ Artículo 62.1 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²⁰² Artículo 62.2 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²⁰³ Como tendremos ocasión de apuntar en otra parte de este trabajo y ha señalado el artículo 62.5, in fine.

²⁰⁴ Es en este sentido de relevancia la actuación desarrollada también por quienes vigilan en las campañas de vigilancia epidemiológica la incidencia de enfermedades como la rubeola o el sarampión: MASA CALLES, J; LÓPEZ PEREA, NOEMÍ; VIARCE TORRES DE MIER, MARÍA de: «Vigilancia epidemiológica en España del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola congénita», Revista Española de Salud Pública, 2015, 89: 365-379.

²⁰⁵ Ex Artículo 63.1 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

de los objetivos definidos en las líneas estratégicas de salud pública incluidas en planes y programas del sistema sanitario²⁰⁶:

- Definir los criterios que permitan obtener una información comparable, mediante el acceso estructurado a las fuentes de información.
- Desarrollar una tecnología que permita obtener, de manera eficiente, la información, y facilite que su tratamiento sea compatible con los sistemas de información sanitarios del SSPA (Sistema Sanitario Público Andaluz).
- Establecer los criterios de agrupación geográfica y periodicidad

Esto es, se trata de la proyección de los objetivos de la vigilancia a escala estatal en el ámbito autonómico. Además, el Sistema de vigilancia deberá recoger las variables que permitan «identificar los problemas para la adopción de medidas oportunas, asegurar la calidad de la información y realizar un análisis epidemiológico según el nivel socioeconómico y educativo, la situación laboral, el género, la edad, la condición de discapacidad, el ámbito geográfico y la tendencia en el tiempo»²⁰⁷. Además, la Ley ha establecido una obligación de facilitar información siempre que ésta sea precisa para el Sistema de Vigilancia de la Salud²⁰⁸. A la obligación de facilitar información que no excluye a los poderes públicos se suma la no menos importante temática de la protección de datos sanitarios que obren en poder de las Administraciones Públicas o personas jurídicas. La atención a los datos sanitarios, debe hacerse en el marco de la normativa de protección de datos, amén de la adopción de medidas de seguridad necesarias en relación a los mismos²⁰⁹ y es que «los titulares de datos personales tratados en virtud de esta ley ejercerán sus derechos de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal²¹⁰». Debe pensarse que dado que la actividad de recogida de información se debe introducir en soportes electrónicos, la protección de los datos lo es además en el entorno de la red y de las nuevas tecnologías.

Así, la puesta en valor del Sistema de Vigilancia viene a implicar la aplicación de programas de vigilancia específicos²¹¹, que como exponíamos en la primera parte de este trabajo se

²⁰⁶ Sic, puede verse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_1_VIGILANCIA_DE_LA_SALUD/estrategia_y_objetivos/estrategias_y_objetivos?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&idioma=es&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_1_VIGILANCIA_DE_LA_SALUD/estrategia_y_objetivos/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_1_VIGILANCIA_DE_LA_SALUD/estrategia_y_objetivos/estrategias_y_objetivos

²⁰⁷ Artículo 63.2 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²⁰⁸ Artículo 64 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²⁰⁹ Artículo 65 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²¹⁰ RCL 1999, 3058, según señala el artículo 65 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²¹¹ Así, integran los programas de vigilancia hasta la fecha: el programa de Vigilancia del Cáncer y sus variantes; el programa de vigilancia de la diabetes y sus determinantes que se complementó con el Plan Integral de la

integran en el catálogo de prestaciones del sistema sanitario público, tanto desde la Ley Estatal de Salud Pública como en su proyección autonómica.

La Red de alertas sanitaria, cuya referencia hemos realizado ya en relación a la descripción del catálogo de prestaciones en salud pública, se regula en la descripción de sus funciones en el artículo 66 de la Ley de Salud pública de Andalucía, en lo que viene a denominarse el sistema de Alertas y Crisis en Salud Pública, que vendrá a desarrollar los siguientes objetivos²¹²:

- «a) Proporcionar el apoyo logístico y coordinar los medios operativos en las situaciones de alerta y emergencia que puedan afectar a la salud de la población.
- b) Integrar en una única red departamental la detección de riesgos, la planificación y preparación de respuestas y el desarrollo de las intervenciones regionales.
- c) Coordinar las informaciones y las comunicaciones en relación con las alertas, emergencias y situaciones de crisis.
- d) Servir de apoyo al plan de respuesta de salud pública para alertas por riesgos extraordinarios biológicos, químicos, alimentarios, radiológicos y nucleares del Sistema Público de Salud de Andalucía.»

Además el sistema de alertas debe actuar de forma coordinada²¹³ con otros sistemas de alerta y crisis existentes en la Administración Pública. En este sentido, debe tomarse en consideración la precisa integración del sistema de alerta Andaluz con el Sistema de Alertas nacional, para la puesta en marcha de redes alerta de apoyo²¹⁴. Las redes alerta deben diferenciarse de las redes centinelas que actúan gracias a la voluntad de los profesionales que las integran, y el Sistema de Alertas y Crisis en Salud Pública debe establecer los mecanismos para informar y comunicar el riesgo a la ciudadanía, con especial atención a los consumidores y usuarios, a las empresas implicadas, a la comunidad científica y académica y demás partes interesadas.

5. La Promoción, Prevención y Protección de la Salud

La Ley de Salud Pública de Andalucía incorpora además específicas medidas relativas a la promoción, prevención y protección de la salud. Así nos lo señalan los artículos 68 a

diabetes de Andalucía de 22 de abril de 2009. En cuanto a planes integrales, se han aprobado entre otros –ya reseñados–: el Plan Integral de Tabaquismo; el Plan Integral de Salud Mental, Plan integral de Oncología Plan integral de atención a las cardiopatías en Andalucía; Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad.

²¹² Artículo 66 de la Ley de Salud Pública.

²¹³ Artículo 66.3 de la Ley de Salud Pública.

²¹⁴ Los Procedimientos específicos pueden verse en http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs salud/contenidos/Informacion_General/p_4_p_1_vigilancia_salud/procedimiento_generales_especificos?perfil=org

71 de la Ley de Salud Pública de Andalucía. La distinción entre promoción, prevención y protección resulta relevante desde la proyección que la misma tenga respecto del catálogo de prestaciones descritos ut supra. Veamos a continuación cada una de las tres características.

A. La Promoción de la Salud Pública

A la promoción de la Salud dedica la norma el artículo 68, que complementa las indicaciones contenidas en el artículo 15 de la Ley de Salud de la Comunidad Autónoma²¹⁵. Pues bien, a resultas de estas determinaciones la Ley Andaluza de Salud Pública viene a determinar el fomento de las acciones que promuevan el desarrollo físico, mental, y social de las personas. A los efectos de la promoción de la Salud la Ley de Salud Pública puso de manifiesto la necesidad de crear mecanismos que permitan el desarrollo de programas locales y regionales de salud.²¹⁶ Así se han venido a desarrollar programas y planes de ámbito local y regional que tienen como objeto la promoción de la salud.

La Ley de Autonomía Local, 5/2010, de 11 de Junio²¹⁷, establece como competencia municipal en su artículo 9: la promoción, defensa y protección de la Salud Pública. Dicha competencia local que se detalla en la descripción de específicas actuaciones²¹⁸ a desarrollar por

²¹⁵ El artículo 15 de la Ley de Salud 2/98 de Junio venía a señalar:

«La Administración Sanitaria Pública de Andalucía, a través de los recursos y medios de que dispone el Sistema Sanitario Público de Andalucía y de los organismos competentes en cada caso, promoverá el desarrollo de las siguientes actuaciones relacionadas con la salud pública:

1. Atención al medio en cuanto a su repercusión sobre la salud humana individual y colectiva, incluyendo medidas de control y promoción de mejoras sobre todas aquellas actividades con posibles repercusiones sobre la salud.
2. El control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimenticios, en toda la cadena alimentaria hasta su destino final para el consumo.
3. El control sanitario y la prevención de las antropozoonosis.
4. Promoción y mejora de la salud mental.
5. Vigilancia e intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como la recopilación, elaboración, análisis y difusión de estadísticas vitales y registros de morbimortalidad que se establezcan.
6. Colaboración con la Administración del Estado en la farmacovigilancia y control de las reacciones adversas a los medicamentos, y en el control sanitario de otros productos de utilización diagnóstica, terapéutica o auxiliar que puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.
7. Educación para la salud de la población, como elemento primordial para contribuir a la mejora de la salud individual y colectiva.
8. Promoción de estilos de vida saludables entre la población, así como promoción de la salud y prevención de las enfermedades en los grupos de mayor riesgo.
9. Fomento de la formación e investigación científica en materia de salud pública».

²¹⁶ Así señala el artículo 68.1 de la Ley de Salud Pública de Andalucía: «que tengan como base la relación intersectorial y la participación ciudadana en la formulación y ejecución de políticas públicas saludables.

²¹⁷ BOJA de 23 de Junio de 2010.

²¹⁸ Entre estas destacan, a) La elaboración, aprobación, implantación y ejecución del Plan Local de Salud; b) El desarrollo de políticas de acción local y comunitaria en materia de salud.; c) El control preventivo, vigilancia y

la Administración Local. Actuaciones – cuyo examen detallado escapa a estas líneas pero que habría que enmarcar en el ámbito de la normativa de régimen local, de las previsiones que han venido integrando la protección de la salud en las competencias municipales, como sucede por ejemplo con la Carta Europea de la Autonomía Local²¹⁹.

Así, la Ley de Salud 2/98, previó la creación de los planes locales de salud cuyo desarrollo, encontramos con posterioridad en el artículo 41 de la Ley de Salud Pública de Andalucía en el año 2011, que señala que son planes locales de salud los **instrumentos básicos que recoger la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud**. Además, los Planes Locales de Salud deben ser elaborados por los municipios, y deberán contener las determinaciones mínimas que marca la Ley²²⁰, debiendo éstos asumir, además, la coordinación de las intervenciones contempladas en el mismo en materia de promoción de la salud comunitaria²²¹. Se impone en la elaboración de los Planes Locales, el respeto al principio de colaboración interadministrativa.²²² Esto es la Consejería de Salud, en ejercicio de sus competencias, debe cooperar en la elaboración de los Planes locales de Salud. Como instrumentos de planeamiento de

disciplina en las actividades públicas y privadas que directa o indirectamente puedan suponer riesgo inminente y extraordinario para la salud; d) El desarrollo de programas de promoción de la salud, educación para la salud y protección de la salud, con especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad o de riesgo; e) La ordenación de la movilidad con criterios de sostenibilidad, integración y cohesión social, promoción de la actividad física y prevención de la accidentabilidad; f) El control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, consumo, ocio y deporte; g) El control sanitario oficial de la distribución de alimentos; h) El control sanitario oficial de la calidad del agua de consumo humano; i) El control sanitario de industrias, transporte, actividades y servicios; j) El control de la salubridad de los espacios públicos, y en especial de las zonas de baño. (sic, artículo 9.13 de la Ley de Autonomía Local de Andalucía aprobada el 11 de Junio de 2010.

²¹⁹ Sobre el valor jurídico de la Carta Europea de la Autonomía Local puede verse: REQUEJO PAGUÉS: «El valor de la Carta Europea de la Autonomía Local en el ordenamiento español», en *La autonomía de los entes locales en positivo: la carta europea de la autonomía local como fundamento de la suficiencia financiera*, por CAAMAÑO RODRÍGUEZ, Madrid, 2003; en el mismo texto puede leerse el trabajo del Prof. F. FERNÁNDEZ FARRERES ; «La posición de la Carta Europea de la Autonomía Local en el sistema de fuentes del Derecho español: una reflexión crítica»; FERNÁNDEZ MONTALVO, RAFAEL: «La presencia de la Carta Europea de la Autonomía Local en los pronunciamientos jurisprudenciales sobre la Autonomía Local», en *Anuario de Gobierno Local*, núm. 1, 2004, entre otros.

²²⁰ Así, según señala la norma el contenido mínimo del Plan Local de Salud sería:

- «a) *El hogar y la familia como centro de la intervención.*
- b) *Seguridad y gestión del riesgo: vial, laboral, alimentaria, medioambiental y ciudadana.*
- c) *Reducción de las desigualdades en salud: socioeconómica, cultural, de género, que afecten a grupos específicos o a personas en situación o en riesgo de exclusión.*
- d) *Estilos de vida saludable: actividad física, alimentación equilibrada y lucha contra el tabaquismo.*
- e) *Entornos saludables y estrategias sostenibles: escuelas, lugares de encuentro, ocio y paseo.*
- f) *Elementos de protección en relación con las garantías en salud alimentaria y salud medioambiental.»*

²²¹ Según señala el artículo 40.3 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²²² Ex Artículo 52 de la Ley de Salud Pública de Andalucía, y respecto de la planificación de la Salud Pública, el artículo 54.3 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

la salud²²³, han sido objeto desde el ámbito de la planificación en Salud de la Comunidad Autónoma. Y ello en el marco de la competencia de promoción de la salud que implica no sólo la interrelación entre la Administración Autonómica y la Administración Local sino la colaboración con las sociedades científicas, agentes sociales, y organizaciones no gubernamentales. Con ello se pretende la «cobertura total de la población»²²⁴.

En el contexto de los planes locales de salud, a partir de la definición contenida en el III Plan Andaluz de Salud (2003-2008), se puso de manifiesto la necesidad de configurar una estrategia local que bajo la fórmula de Acción Local, permitiera llevar al plano local las actuaciones de salud pública previstas a escala autonómica, lo cual vendría a implicar la integración de la Salud en las Agendas locales, y la inclusión de ésta como competencia transversal de las agendas de la actuación pública en el plano local, y autonómico. La RELAS, o Red de Acción Local, fue objeto de desarrollo con carácter previo a la Ley de Salud Pública de Andalucía, pero su proyección se ha materializado en desde la Ley de Salud Pública con la organización administrativa que ésta incorpora.

El informe preliminar de resultados del proyecto piloto para el desarrollo de la red local de acción en salud en Andalucía elaborado en 2010, vino a revelar no sólo la necesidad de la firma de convenios de colaboración entre la Delegación Provincial de Salud con el Gobierno Local²²⁵, sino la necesidad de que la RELAS opere contando con agentes locales como estrategia de coordinación de la política local en salud. De tal suerte que el ejercicio de las competencias locales en salud pública, que se instrumenta mediante la puesta en marcha de los planes locales de salud, se estructura en Andalucía con base a la denominadas Acción Local en Salud. Las razones para dicha implementación local hay que buscarlas en la relevancia función que los municipios desarrollan en la promoción de la salud pública, pues si bien las competencia sobre salud corresponde a las Comunidades Autónomas en General y en virtud de lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía a Andalucía, la proyección de las competencias locales en el marco de la atribución competencial estatal, permite la implementación de políticas de salud pública.

Otra de las características de las actuaciones de promoción de la salud es que deben tener carácter transversal y afectar a todos los aspectos de la vida de la persona. Es por ello por lo que la Ley Andaluza vino a describir los ámbitos de proyección de las acciones de protección, no sólo en relación a las etapas de la vida de la personas sino en función de los entornos en las que ésta se desarrolla. Así, la integración de los ámbitos educativos,

²²³ Sobre los planes de Salud volveremos con posterioridad en este trabajo.

²²⁴ Así viene a señalar el artículo 68 de la Ley de Salud Pública, al decir: «La Consejería con competencias en materia de salud elaborará y desarrollará, directamente o con las corporaciones locales, y en colaboración con las sociedades científicas, agentes sociales y organizaciones no gubernamentales, las acciones y programas de promoción de la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población».

²²⁵ El informe del proyecto piloto muestran pues

familiar, el lugar de trabajo, y el entorno²²⁶. Lo cual conecta con las reflexiones realizadas ut supra sobre los condicionantes del medio en la salud, y los aspectos de salud ambiental examinados. Ello ha permitido que se hayan podido definir actuaciones de promoción en cada uno de los aspectos que señala la Ley. Así, respecto del embarazo²²⁷, el desarrollo infantil seguro y saludable²²⁸; la actividad física²²⁹; la sexualidad²³⁰; el cuidado y la higiene personal; el consumo de tabaco; el consumo del alcohol; las relaciones personales, parentales y de convivencia; el envejecimiento activo; los lugares de trabajo y los espacios de ocio; los estilos de vida; y la recuperación de la trayectoria vital de las personas.

²²⁶ Artículo 68.3 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²²⁷ Señala el 68.2 a) de la Ley de Salud Pública: a) El embarazo, el parto y el nacimiento puedan ser saludables y gratificantes, respetando las preferencias de la madre cuando el nivel de riesgo lo permita. En este contexto, se han generado documentos de trabajo y guías que abordan no sólo el manual de buenas prácticas en atención perinatal, sino aspectos tales como la tecnología apropiada para el parto o el monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. (Cochrane Collaboration.), que pueden verse en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Embarazo_y_Salud/materiales?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&idioma=es&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Embarazo_y_Salud/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Embarazo_y_Salud/materiales

²²⁸ Artículo 68.2.b) que reza: «b) El desarrollo infantil pueda ser seguro, saludable y con especial atención al desarrollo de las competencias personales en las primeras etapas de la vida.». Cuestión que ha sido objeto de atención a través de los programas de entorno escolar. Entre ellos, el de promoción de salud de jóvenes, o el programa de alimentación saludable entre otros (pueden verse los que en la actualidad se encuentran aprobados en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?opcion=listadoTematico&idioma=es&perfil=org&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Programas_del_Entorno_Escolar/&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/

²²⁹ Artículo 68.2.d) de la Ley de Salud Pública de Andalucía que señala: «d) La actividad física pueda ser saludable, factible y atractiva». En el mismo sentido que en el caso anterior se han elaborado guías y planes como el Plan de promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada (PAFAE, cuya última versión ha sido cerrada en 2008, habiéndose encargado a la Escuela de Salud Pública la elaboración del Plan 2009-2013), o la guía de recomendaciones de la promoción de la actividad física, que pueden verse en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/actividad_fisica_alimentacion_equilibrada/materiales/materiales?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&idioma=es&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/actividad_fisica_alimentacion_equilibrada/materiales/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_2_PROMOCION_DE_LA_SALUD/actividad_fisica_alimentacion_equilibrada/materiales/materiales

²³⁰ Artículo 68.2 e) que señala: «e) La sexualidad de las personas, de cualquier orientación, pueda ser una vivencia saludable, respetuosa y satisfactoria», la consejería ha publicado una guía sobre recursos en materia de promoción de la salud que contempla los que han sido puestos a disposición para la mejora de la educación sexual, de los andaluces (la guía de recursos puede verse en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_9_catalogo_recursos_promocion_de_la_salud/catalogo_recursos_promocion_salud.pdf).

Además, la ley integra la obligación de la Consejería con competencias en materia de salud, con la colaboración institucional pública y privada, de potenciar la identificación y el aprovechamiento de los recursos o activos con los que cuentan las personas y los colectivos como factores protectores para mejorar su nivel de salud y bienestar.

Así, la promoción de la salud va a integrar tanto acciones informativas, como las que se integran en las campañas de divulgación que han sido puestas en marcha en relación a cada una de las prestaciones de salud pública; acciones de sensibilización²³¹; formativas y educativas; de control; investigadoras²³²; y las que la norma denomina acciones de influencia²³³.

AA. La prevención de enfermedades y los problemas de Salud

La Ley de Salud Pública de Andalucía ha dedicado el artículo 69 y 70 a la política de prevención en salud pública. De tal suerte que el artículo 69 hace referencia a la prevención de enfermedades epidémicas mientras el 70²³⁴ a la prevención de los problemas de Salud.

²³¹ La Ley señala que éstas acciones deberán ser de sensibilización «y motivación así como a difundir el valor de la salud como un activo individual y social».

²³² Sobre la acción de investigación volveremos en la última parte de este capítulo.

²³³ La Ley define la acción de influencia (artículo 68.h), como: «destinadas a conseguir compromisos políticos y sociales contra la estigmatización, la imagen social negativa o la discriminación que puedan sufrir las personas por determinadas circunstancias o problemas de salud».

²³⁴ Señala el artículo 70 de la Ley de Salud Pública:

Artículo 70. La prevención de los problemas de salud

1. Las Administraciones públicas de Andalucía tendrán la responsabilidad de diseñar y desarrollar las actuaciones de prevención de los problemas de salud.

2. Las actuaciones de prevención de problemas de salud se dirigirán a todas las etapas de la vida de las personas –infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez– y a prevenir la aparición de problemas de salud física y mental mediante:

- a) *El fomento entre las mujeres en Andalucía de una planificación de su anticoncepción, facilitándoles los servicios para ello, así como la garantía de acceso a la anticoncepción de urgencia.*
- b) *La identificación y control pre concepcional del riesgo de enfermedades congénitas.*
- c) *El seguimiento del embarazo para el diagnóstico precoz del riesgo obstétrico, la vacunación de las mujeres embarazadas y el control de diversos factores de riesgo para el desarrollo fetal.*
- d) *El diagnóstico precoz de enfermedades congénitas y de problemas del desarrollo infantil, así como la atención temprana de esos problemas.*
- e) *La prevención de los problemas de salud bucodental en personas especialmente vulnerables, como niños, mujeres embarazadas, personas con trastorno mental grave, personas con gran discapacidad u otras que se determine.*
- f) *La vacunación sistemática en las cohortes que se establezcan, así como la que se determine para personas en situaciones de especial riesgo.*
- g) *El control de factores de riesgo y el diagnóstico precoz de enfermedades de alta incidencia o prevalencia como la hipertensión arterial, la diabetes, los trastornos mentales crónicos, las demencias más prevalentes, los cánceres más prevalentes, o cualquier otra enfermedad que suponga un problema de salud pública en la que los factores de riesgo sean conocidos y controlables y el diagnóstico precoz, posible.*

Que la atención a la prevención vuelva a incidir en la ley en los mismos tópicos que se atiendan a la promoción de vivienda denota que la normativa quiere proyectar la proyección de la salud con carácter transversal en todas las prestaciones examinadas y en todas las etapas y momentos de la vida de la persona.

Así, las acciones de prevención de enfermedades epidémicas se lleva a cabo desde los mecanismos de vigilancia, expuestos ut supra, siendo la Consejería de Salud la competente por razón de la materia para la adaptación las necesidades de adaptación de la lista de enfermedades de declaración obligatoria, a las necesidades de la situación epidemiológica de la población y señala la norma –las prioridades de Andalucía, en virtud de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley²³⁵.

-
- h) La facilitación del acceso a medidas preventivas, al diagnóstico precoz y al seguimiento del contagio de enfermedades transmisibles.*
 - i) La información, sensibilización y motivación de las personas mayores y de quienes conviven con ellas sobre el riesgo de accidentes domésticos y viales y sobre el control de los factores de riesgo de caídas.*
 - j) El diagnóstico precoz y la intervención intersectorial en casos de violencia de género, a personas mayores o con discapacidad, o maltrato infantil.*
 - k) La prevención de riesgos laborales.*
 - l) Las acciones informativas, educativas, sensibilizadoras y normativas para la prevención de los accidentes viales.*
 - m) La prevención de la obesidad infantil y otros trastornos de la conducta alimentaria.*
 - n) La identificación precoz de las circunstancias o problemas de salud que hagan evolucionar la enfermedad a discapacidad o esta a dependencia.*
 - o) La identificación, el control de los factores de riesgo y el diagnóstico precoz de cualquier problema de salud para el que sea posible una estrategia preventiva.*
 - p) Cualquier otra que sirva para prevenir eficientemente problemas de salud.*

3. Las actuaciones preventivas se llevarán a cabo en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve la vida a las diferentes edades: la familia, el ámbito educativo, el lugar de trabajo, los espacios de ocio, el sistema sanitario y la comunidad.

4. Las actuaciones preventivas deberán basarse en el conocimiento científico existente y nunca podrán tener un carácter coercitivo, salvo aquellas que tengan como finalidad la prevención o el control de un problema que pueda suponer razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud.

²³⁵ La norma ha venido a señalar: Artículo 69. La prevención de las enfermedades epidémicas

1. La prevención y el control de las enfermedades epidémicas que representen una amenaza para la salud pública constituyen una responsabilidad conjunta de todas las personas en Andalucía y de las autoridades sanitarias, debiendo realizarse las intervenciones necesarias sujetas al cumplimiento de los principios y normas previstos en la presente ley.

2. La Consejería competente en materia de salud coordinará el desarrollo de las acciones y programas para el control de los problemas y riesgos que constituyan una amenaza para la salud de la población y adoptará los programas de erradicación de enfermedades que establezcan los organismos internacionales competentes.

3. La Consejería con competencias en materia de salud adaptará la lista de enfermedades de declaración obligatoria, previstas en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y en la Red de Vigilancia Epidemiológica de ámbito europeo, a las necesidades de la situación epidemiológica y a las prioridades de Andalucía.

4. Las medidas que se requieran para la prevención y control de las enfermedades que amenacen la salud pública deberán ser atendidas por la ciudadanía y la sociedad en su conjunto, conforme a los principios y normas establecidos en la presente ley

BB. La protección de la salud

La tercera actividad desarrollada, que se describen en la norma son las acciones de protección en la salud. Estas que completan el círculo de la promoción y prevención, actúan también con carácter previo a la enfermedad o patología en cuestión, y no con carácter asistencial. Pues bien las actuaciones de protección de la salud se orientan en Andalucía en función de los ámbitos de proyección de la salud pública. De tal suerte que deben instrumentarse mecanismos de protección respecto de la salud ambiental²³⁶, la seguridad alimentaria²³⁷, y en aspectos tales como la ordenación del territorio, el urbanismo, los medios de transporte y la habitabilidad de las viviendas²³⁸.

²³⁶ Artículo 71. 1 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²³⁷ Respecto de la seguridad alimentaria, téngase en cuenta lo expresado ut supra en el ámbito de las prestaciones de salud pública y la previsión contenida en el artículo 71.3 de la Ley al decir:

«Con el objeto de promover un alto nivel de seguridad alimentaria de la población andaluza, además de las actuaciones señaladas en el apartado anterior, se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- a) *La promoción de la inocuidad para las personas de los alimentos en relación con los riesgos físicos, químicos o biológicos que pudieran contener, contemplando los riesgos asociados a los materiales en contacto con los alimentos y los riesgos nutricionales.*
- b) *El establecimiento de los dispositivos de control necesarios, de forma habitual, periódica y programada, en todos los eslabones de la cadena alimentaria.*
- c) *La evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud de la población asociados a:*
 - 1º Contaminación química y/o biológica de alimentos y bebidas.
 - 2º Presencia de residuos en alimentos procedentes de tratamientos preventivos o curativos en animales y plantas.
 - 3º Anti-bioresistencias.
 - 4º Presencia de alérgenos en alimentos.
 - 5º Comercialización y uso de aditivos y/o coadyuvantes tecnológicos.
 - 6º Zoonosis de origen alimentario.
 - 7º Brotes de enfermedades de origen alimentario.
 - 8º Pérdida de las condiciones sanitarias de empresas y operadores alimentarios.
 - 9º Sustancias que provocan intolerancias alimentarias.
 - 10º Comercialización y uso de suplementos alimenticios.
 - 11º Alimentos con modificaciones genéticas en su origen.

²³⁸ No se olvide que respecto de la intervención en la ordenación urbanística y edificatoria debe tenerse en cuenta la incorporación del Informe de Evaluación de Impacto en la Salud de los instrumentos de Planeamiento. Así, el Decreto Ley 5/2012, de 27 de noviembre sobre medidas urgentes y de protección del Litoral de Andalucía (BOJA de 28 de noviembre), incorporó en la Disposición Final Séptima modificación de la Ley de Salud Pública de Andalucía, –artículo 58.1 y 2– al señalar: «En los procedimientos de aprobación de instrumentos de planeamiento urbanístico a los que se refiere la letra b), del artículo 56.1, será preceptivo y vinculante el informe de evaluación de impacto en salud, que deberá emitirse en el plazo máximo de tres meses. Si transcurrido dicho plazo no se hubiera evacuado el informe citado, se entenderá su conformidad al plan propuesto».

En el mismo sentido, se modifica el apartado 3 del artículo 58 de la Ley de Salud Pública Andaluza para integrar el dato de que el informe de evaluación de impacto en la salud, será preceptivo y vinculante en el caso de los procedimientos de autorización de actividades, obras y proyectos». Estableciéndose además que el plazo de evacuación de dicho informe sería de un mes. Interesante resulta por lo demás la afirmación de la norma al remitir al artículo 83, de la Ley 30/92, para el caso en que se incumpla la obligación de la evacuación del informe siendo éste preceptivo y vinculante. Referencia normativa que a partir del mes de octubre de 2016, habrá de entenderla hecha a la ley 39/2015, de 2 de octubre, que ha venido a modificar y derogar la Ley 30/92, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común. En concreto, la nueva ley de Procedi-

Ello implica la puesta en valor de la normativa urbanística y de ordenación del territorio en cuanto implica la proyección de las actividades de prevención de salud pública vinculada a la habitabilidad de las viviendas, o a la salubridad²³⁹ pública.

Entre las medidas que se integran en la protección de la salud pública la Ley Andaluza que analizamos ha hecho una taxativa enumeración de acciones que deben ser integradas para la implementación de actividades de protección a la salud.

A saber:

- Evaluación, gestión y comunicación en relación a los riesgos de la salud –con la identificación y caracterización de los posibles peligros.
- Instalación e implantación en las empresas e industrias, instalaciones y servicios, sistemas de autocontrol basados en el método de análisis de peligros y puntos de control crítico, y llevará a cabo su supervisión mediante auditorías. Asimismo, se fomentará la implantación de sistemas de autocontrol en el sector primario²⁴⁰.
- Establecimiento de las **medidas cautelares** necesarias²⁴¹ cuando se observen incumplimientos de la legislación sanitaria vigente o la detección de cualquier riesgo para la salud colectiva

miento Administrativo, aprobada a principios de octubre de 2015, que prevé una vacatio legis de un año, incorpora en el artículo 80.3 de la Ley la regulación sobre el régimen jurídico de los informes. Así, según lo dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo 39/2015, en el caso en el que el informe sea preceptivo y vinculante, y no se evacuara en tiempo y forma no se podrán proseguir las actuaciones, y sin perjuicio de las responsabilidades que haya lugar, se prevé que se pueda suspender el plazo máximo para resolver (en virtud de lo dispuesto en el artículo 22.1.d) de la Ley de Procedimiento Administrativo. En cualquier caso el plazo máximo de la suspensión del plazo máximo para resolver no puede exceder de los tres meses y en el caso de no recibirse el informe en el plazo indicado se prosigue con el procedimiento administrativo. En nuestro caso la evacuación del informe de evaluación del impacto en la salud de la aprobación del correspondiente instrumento de planeamiento, afecta de manera directa al procedimiento de aprobación del correspondiente instrumento urbanístico u obra.

²³⁹ Sobre las competencias locales en materia de vivienda y el efecto de la reforma operada a partir de la Ley de Sostenibilidad de la Administración Local, tuvimos ocasión de exponer en: GÓMEZ JIMÉNEZ, M. L.; «Sostenibilidad financiera y ambiental, en la rehabilitación de vivienda social al amparo de las competencias propias del artículo 25 de la Ley de racionalización y sostenibilidad del gobierno Local», en I Congreso Nacional sobre Vivienda Social, Real Fundación del Patronato de la Vivienda de Sevilla, pág. 375-393. 2014.

²⁴⁰ Esta medida de protección contemplada en el artículo 71.1 b) de la Ley de Salud Pública, hace referencia a las medidas de seguridad alimentaria. Pues bien, la Estrategia de Seguridad Alimentaria que fue aprobada por Acuerdo de 8 de septiembre de 2015 (BOJA de 11 de septiembre de 2015), y que se orienta al periodo entre 2016-2020, señala que la misma ha sido aprobada en virtud del artículo 27.13 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre del Gobierno de la Comunidad Autónoma– Disposición que atribuye al Consejo de Gobierno la competencia de la aprobación de Directrices vinculantes. Pues bien dicha estrategia, incorpora en su articulado el objetivo de consolidar un sistema coordinado de seguridad alimentaria integral. Es por ello que la realización de la Estrategia como instrumento programático que permita la definición de actuaciones en materia de seguridad alimentaria queda enmarcada en las actuaciones de la consejería con una proyección temporal que se proyecta en los próximos 5 años.

²⁴¹ En el caso de las medidas cautelares, debe tenerse en cuenta que las dos leyes de referencia en el ámbito sanitario Andaluz (tanto la Ley 2/98, como la Ley 16/2011, así como las referencias iniciales contenidas en

- Controles oficiales eficaces²⁴², incluyendo los planes de emergencia, con personal encargado cualificado²⁴³ y con experiencia necesaria, para lo cual recibirá la formación adecuada.
- Impulso a la participación²⁴⁴ interinstitucional, propiciando la colaboración y la coordinación²⁴⁵ entre las Administraciones Competentes²⁴⁶.
- Evaluación de los riesgos para la salud previstos en los mecanismos de prevención y control ambiental.
- Garantizar la inocuidad en todos los eslabones de la cadena alimentaria, con especial incidencia de aquellos alimentos de origen vegetal o animal que hayan sufrido modificación genética.

la Ley de Salud Pública Estatal, Toda vez no previeron supuestos de medidas cautelares si bien la estrategia de desarrollo del Plan Andaluz de Salud y de los planes y documentos de calidad pronto permitieron la puesta en valor de medidas cautelares. Pues bien en este contexto, y desde el momento en que se califican a los que realicen labores de control como agentes de autoridad –agentes de protección de la salud– corresponde a éstos la atribución del ejercicio de las medidas cautelares precisas. En este sentido señala el artículo 53 de la Ley de Salud Pública Estatal:

«El personal al servicio de la Administración General del Estado vinculado al ejercicio de competencias contempladas de esta ley, tendrá la condición de agente de la autoridad sanitaria y estará facultado para desarrollar labores de inspección. A tal efecto, podrá tomar muestras y practicar las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para la comprobación del cumplimiento de las normas sanitarias siguiendo los procedimientos establecidos».

²⁴² Para entender mejor las funciones de control resulta oportuna la reflexión sobre el procedimiento administrativo sancionador en materia de sanidad que fue aprobado por Decreto 20/2005, de 25 de enero.

²⁴³ Volveremos a continuación sobre la calificación y características del personal o los agentes de autoridad sanitaria andaluces

²⁴⁴ El principio de participación había sido ya enumerado entre los criterios de gobernanza pública al decir, el artículo 91.1 de la Ley de Salud Pública: «La Consejería competente en materia de salud impulsará los instrumentos de la efectiva participación de los profesionales en la mejora y desarrollo de las funciones de salud pública».

²⁴⁵ No se olvide además que la incorporación de estos principios de relación interadministrativa habían sido ya calificados como principios constitucionales a la luz de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (STC 32/83), y en el tenor del enunciado del artículo 103 de la Constitución Española.

Un excursus sobre esta cuestión hemos realizado en: GÓMEZ JIMÉNEZ, M.L.: «Coordinación Interadministrativa en la Previsión Social de Atención al Colectivo de Personas Mayores Respecto de la Adecuación Funcional de Viviendas Adaptadas en un Contexto de Crisis», *La Administración Pública entre Dos Siglos (Ciencia de la Administración, Ciencia Política y Derecho Administrativo): Homenaje a Mariano Baena del Alcázar*, (2010), Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, págs. 493-514; o específicamente respecto de la coordinación Sanitaria en: «Biobancos e investigación biomédica. Algunas reflexiones a la luz de la normativa española» en RIIPAC nº 2/2013.

²⁴⁶ La necesaria incorporación del principio de cooperación interadministrativa y la evocación de la misma en sede de derecho sanitario andaluz implica la necesidad de operar una transversalidad de la salud pública no sólo disciplinar sino también participativa. No debemos olvidar que la propia Ley de Salud Pública había puesto ya de manifiesto en los criterios de gobernanza pública, la relevancia que desde la intervención pública en la salud, adquieren los principios organizativos de la Sanidad. Así en los artículos 52 y 53 de la Ley de Salud Pública al reconocer la necesidad de cooperación interadministrativa, y establecer la misma como principio organizativo de la Sanidad.

- Planificación de actuaciones periódicas de control e inspección²⁴⁷. Para comprobar la adecuación de empresas, instalaciones y servicios a las condiciones y requisitos sanitarios establecidos por sus correspondientes normas de aplicación.
- Planificación, coordinación y desarrollo de estrategias y actuaciones²⁴⁸ que fomenten la información, la educación y la promoción de la seguridad sanitaria.

Además, en el marco del Plan de Salud y de la Estrategia de Calidad de la Consejería, se han aprobado procesos de medidas cautelares, que ponen en valor la proyección de la norma sancionadora, en nuestro caso el Decreto 20/2005, de 25 de enero²⁴⁹ que desconcentra las competencias sancionadoras y regula determinados aspectos del procedimiento sancionador en materia de salud, y se ha aprobado el proceso de medidas cautelares,²⁵⁰ que permite la incorporación de las medidas del Plan de Calidad en Salud y que han sido también objeto de atención en el texto de la Ley de Salud Pública Estatal que las enumera según sigue (artículo 54):

- a) La inmovilización y, si procede, el decomiso de productos y sustancias.
- b) La intervención de medios materiales o personales.
- c) El cierre preventivo de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias.
- d) La suspensión del ejercicio de actividades.
- e) 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 esta ley, con la finalidad de corregir las deficiencias detectadas
- f) Cualquier otra medida ajustada a la legalidad vigente si existen indicios racionales de riesgo para la salud incluida la suspensión de actuaciones

Este no es un número clausus sino que la Ley deja abierta la puerta a otras posibles medidas que resulten precisas para asegurar el cumplimiento de la Ley²⁵¹. En cuanto al procedimiento a adoptar para la puesta en valor de las medidas cautelares, será preciso el

²⁴⁷ Esta actividad se desarrolla a través de la actividad de inspección de la Administración, que se ha venido desarrollando desde la aprobación de los planes de Inspección en Salud Pública.

²⁴⁸ Un breve examen de la página web de la Consejería de Salud desvela además que dicha labor ha sido llevada a cabo con carácter exhaustivo en Andalucía. Pues el número de documentos que vendrían a integrar el denominado Soft-Law Administrativo supera la treintena, tanto como desarrollo de aspectos integrados en el Plan Andaluz de Salud, o como documentos de carácter estratégico, o informativo sobre protocolos y procesos a seguir para informar, y proteger a la población en los aspectos comprensivos de la atención a la Salud Pública.

²⁴⁹ BOJA de 9 de febrero de 2005.

²⁵⁰ Según puede verse en documento elaborado por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud en el año 2012: http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/925/1/ProcesoMedidasCautelares_2012.pdf

²⁵¹ Artículo 54.1 de la Ley de Salud Pública Estatal.

examen del artículo 27 a 29 de la Ley de Salud Andaluza que encomienda la competencia para la imposición de las sanciones en función de la cuantía²⁵².

Así, las sanciones que deriven del incumplimiento de la normativa de salud, pueden llevar aparejadas la puesta en valor de medidas provisionales que adoptan la forma de: suspensión total o parcial de la actividad; clausura de centros establecimientos e instalaciones; y la correspondiente fianza²⁵³.

Debiéndose respetar eso sí en el procedimiento el principio de proporcionalidad, que si bien la Ley de Salud de 1998 no refiere si integra la Ley de Salud Pública de 2011. Además debe respetarse el principio de audiencia en general en el procedimiento administrativo sancionador, cuestión que se predica además respecto de la adopción de medidas cautelares.

Por último y en relación a la salud Ambiental, la Ley Andaluza ha destacado la inclusión de las siguientes actuaciones cuyo examen detallado excedería con mucho el objeto de este trabajo pero que no dejamos de enumerar.

- «a) La vigilancia de los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico y de las situaciones ambientales que afecten o puedan afectar a la salud.
- b) La evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud de la población asociados a:
 - 1º La contaminación de las aguas de consumo humano y la gestión de los sistemas de abastecimiento.
 - 2º La contaminación de las aguas de baño marítimas y continentales.
 - 3º La reutilización de las aguas residuales.
 - 4º La contaminación del aire ambiente, incluyendo el ruido.
 - 5º La contaminación del aire interior de los edificios.
 - 6º Las condiciones higiénico-sanitarias de los locales, instalaciones y lugares públicos de uso colectivo.
 - 7º Las instalaciones de riesgo en la transmisión de la legionelosis.
 - 8º La comercialización y uso de los productos químicos.
 - 9º Los campos electromagnéticos.
 - 10º Las zoonosis de los animales domésticos, peri-domésticos, periurbanos y las plagas urbanas.
 - 11º Las actividades de empresas, instalaciones y servicios biocidas.»

No se olvide en este sentido la puesta en valor de las investigaciones que ha permitido la creación de un observatorio Andaluz sobre salud y medio ambiente, proyecto gestionado

²⁵² Así a la norma diferencia entre el Alcalde, el Consejero de Salud y el Consejo de Gobierno para las sanciones más graves que se tipifican con una multa superior a los 25 millones de pesetas (entiéndase aquí la necesaria conversión en Euros de la misma).

²⁵³ Según señala el artículo 28 de la Ley de Salud de Andalucía de 1998.

desde la Escuela de Salud Pública de Andalucía, dependiente de la Secretaría General de Salud Pública²⁵⁴.

Por último la protección de la salud en la vivienda incorpora además el control del uso en las mismas de materiales que supongan un riesgo para la salud. En este sentido es de aplicación la normativa española relativa por ejemplo a los efectos de la aluminosis en las viviendas, y las modificaciones normativas operadas en el ámbito de la rehabilitación inmobiliaria que incorporan la necesidad de actuar sobre el parque inmobiliario envejecido para adaptarlo a las exigencias comunitarias no sólo en relación a la rehabilitación energética sino a la mejora de las condiciones de habitabilidad de las viviendas²⁵⁵. Téngase por lo demás en cuenta que las actuaciones a desarrollar desde la protección ambiental y de orden urbanístico – edificatorio con proyección en la salud pública, tomará en consideración los diagnósticos que han sido ya elaborados sobre el particular desde los Planes integrales de Salud²⁵⁶.

III. RECURSOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA

El Título V de la Ley comprende el análisis de los recursos precisos para el desarrollo de la Salud Pública. En este sentido el Título integra tanto los recursos materiales (Artículo 85 y 86 de la Ley) como los recursos profesionales (artículo 87- a 93 de la Ley). Siendo que de los dos primeros artículos reseñados sólo uno de ellos se ocupa en realidad de las infraestructuras de salud pública y el segundo respecto de los denominados incentivos²⁵⁷ de salud pública.

Respecto del personal al servicio de instituciones sanitarias, la Comunidad Autónoma Andaluza creó por Decreto 427/2008, de 29 de julio, el registro de Profesionales Sanitarios, en desarrollo de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias,

²⁵⁴ La página web del centro puede consultarse en: <http://www.osman.es>.

²⁵⁵ Pueden verse en este sentido las previsiones del Texto Refundido de la Ley del Suelo, y Rehabilitación Real Decreto Legislativo 7/2015, de 30 de octubre, respecto de la incorporación del informe del edificio que había sido ya incorporado en la Ley de Regeneración, Rehabilitación y Renovación Urbana y que ha sido objeto de atención también a nivel autonómico. Sobre este particular puede verse nuestro reciente trabajo: *Sostenibilidad Social y Rehabilitación de Vivienda*, Dykinson, 2015. Madrid.

²⁵⁶ Así por ejemplo el IV Plan Andaluz de Salud aprobado en 2013, refiere en el punto 2.4, la que la mejora de las condiciones de vivienda el entorno urbanístico, la habitabilidad de nuestras ciudades repercute en la salud de la ciudadanía.

²⁵⁷ El tema de los incentivos del sistema sanitario público no es nuevo sino que ha sido objeto desde sus inicios de importantes aportes doctrinales en torno a la configuración y calificación de dichos incentivos. (Así, en MARTÍN MARTÍN; JOSÉ y LÓPEZ DEL AMO GONZÁLEZ, María del Puerto: «Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas, en Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994. Sevilla.

y de la Resolución de 27 de marzo de 2007, de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económicos y Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

No se olvide además que la regulación contenida en el artículo 81 de la Ley de Salud Pública de Andalucía permitió la calificación de Agentes de Salud Pública al personal funcionario o estatutario al servicio de la Administración Sanitaria que llevara a cabo funciones de inspección, cuya regulación ha sido contenida en la Orden de 16 de Junio de 2015²⁵⁸, en los aspectos relativos a la acreditación de la identificación de los agentes de Salud Pública.

En relación a las infraestructuras de Salud Pública, estas se integran por laboratorios, e instalaciones y recursos físicos de la red de salud pública de Andalucía²⁵⁹. El trabajo en red que se potencia desde las estrategias de calidad en la salud pública, se traduce entonces en la necesaria implicación de una red de laboratorios de salud pública²⁶⁰. Y ello en el bien entendido de que para la construcción de la red es preciso el apoyo en las nuevas tecnologías. A esta estrategia de utilización de recursos se suma las medidas de innovación social que desde la propia Ley de Salud Pública vienen definidas y que apuntan a la integración de la atención a las cuestiones sociales desde la estrategia de salud pública. Lo cual puede redundar en el uso compartido de las infraestructuras que como modelo de gestión se incorpora en el apartado 2 del artículo 85²⁶¹ de la Ley de Salud Pública Andaluza.

En relación a los profesionales de la Salud Pública, la ley los define como los que tienen como dedicación principal desarrollar actividades relacionadas con las funciones de salud que la ley incorpora. Esto implica integrar no sólo el personal estatutario sujeto al Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud regulado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre²⁶², sino a todo el personal que lleva a cabo labores de prevención, promoción y protección de la salud en sus múltiples aspectos transversales, como de forma sucinta hemos tenido ocasión de ver en estas líneas. Precisamente por ello la Ley ha sido

²⁵⁸ BOJA de 16 de junio de 2015.

²⁵⁹ Artículo 85.1 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²⁶⁰ La gestión en red de los laboratorio ha generado no obstante distintas valoraciones que cuando se han puesto de manifiesto problemas económicos han demostrado su fortaleza, pero que ha generado también un interesante debate en torno al modelo adoptado, como puede verse en: <http://www.europapress.es/andalucia/sevilla-00357/noticia-junta-defiende-modelo-laboratorios-red-garantiza-equidad-calidad-atencion-toda-region-20140604144401.html>, o en sede del Parlamento Andaluz la que nos trae la comparecencia de la responsable de la Consejería del ramo para informar sobre los avances en torno al Plan Andaluz de Laboratorios Clínicos. (que puede verse en: <http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=diario&id=93454>) Diario de Sesiones de 4 de junio de 2014, en relación a la Comparecencia 9-14/APC-000318. de la Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a fin de informar sobre el desarrollo del Plan Andaluz de Laboratorios Clínicos.

²⁶¹ Al decir: «La Administración sanitaria pública de Andalucía fomentará modelos de gestión de uso compartido de las infraestructuras y el acceso a tareas compartidas de ámbito regional y suprarregional».

²⁶² BOE de 17 de diciembre de 2003.

más decidida en la configuración de las pautas de comportamiento que el personal debe desempeñar y que no se limitan a la prestación asistencial²⁶³ sino que integran entre otras: el trabajo en equipo²⁶⁴, el rol colaborativo y educativo²⁶⁵, la participación en proyectos de investigación²⁶⁶; generar alianzas²⁶⁷ y buscar la participación de personas, sectores y agentes implicados²⁶⁸.

Además, se integra la referencia al desarrollo de capacidades²⁶⁹ requeridas y que deben conectarse justamente con la capacitación profesional del colectivo, su preparación y formación para llevar a cabo las funciones encomendadas. La calificación del personal en función de la identificación de capacidades y funciones lleva consigo además la definición del perfil profesional, que no se limita a una disciplina. Así, las referencias normativas apuntan a la participación de personal no sanitario como trabajadores sociales, psicólogos, o educadores, juristas en la salud pública. Lo cual permite dibujar un escenario de participación de personal interdisciplinar amplia en la puesta en marcha de las políticas públicas.

Interesante por demás desde el examen de la normativa andaluza que examinamos resulta, y justamente por esta vinculación de perfiles profesionales – la descripción que se opera respecto de las responsabilidades de los profesionales al servicio de la Salud. No obstante hay que decir que aunque la ley andaluza utiliza la expresión «responsabilidades», no describe el régimen de la responsabilidad (patrimonial, disciplinaria o penal del personal al servicio de las administraciones públicas) sino que bajo esta expresión quiere identificar funciones.

Hubiera sido deseable pues una mayor concreción terminológica²⁷⁰ en este punto que evitara ambigüedades y permitiera por ejemplo vincular la previsión normativa con la consecuencia derivada de la falta de su ejercicio. Cosa que no apreciamos ni en el texto ni en sus

²⁶³ La prestación asistencial es objeto de atención en el artículo 87.3 de la Ley de Salud Pública al señalar: «Los profesionales proporcionarán las prestaciones de salud pública establecidas en la cartera de servicios junto con toda la información necesaria para su uso y aplicación.»

²⁶⁴ Artículo 87. 2.c) de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²⁶⁵ Artículo 87. 2. a) de la Ley de Salud Pública de Andalucía

²⁶⁶ Artículo 87.2. h) de la Ley de Salud Pública de Andalucía

²⁶⁷ Artículo 87.2. d) de la Ley de Salud Pública de Andalucía

²⁶⁸ Artículo 87.2. d) de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²⁶⁹ Así la Ley viene a señalar la capacidad para un abordaje intercultural (artículo 87.2.g); para poner en valor los activos de Salud de Andalucía (Artículo 87.2.f) ; ya mencionada capacidad para el trabajo en equipo y la capacidad para desarrollar programas de intervención sostenibles y realistas adaptados al contexto social (artículo 87.2.e).

²⁷⁰ Creemos que la terminología utilizada no es la adecuada pues debiera haberse titulado el artículo 92 de la norma «funciones de los profesionales de la salud» y no genéricamente utilizar la expresión «Las responsabilidades», que en nada o poco refleja el contenido de la norma.

desarrollos. Justo esta falta de previsión de un régimen sancionador específico o vinculado a las previsiones que la Ley de Salud Pública de Andalucía realiza, nos hace pensar que se trata más de una directriz o desiderátum²⁷¹ que de una obligación legal. Prueba de ello es que la norma no hace específica concreción de funciones sino que remite a la legislación específica, en función de su ámbito competencial²⁷², difiriéndose en el mismo sentido la definición de funciones respecto de los planes de salud²⁷³. Vinculado con lo anterior y en el mismo contexto se ubica la generación del correspondiente código ético, cuya elaboración está presente en la norma²⁷⁴.

En el caso en el que el profesional de la Salud Pública reúna a la vez la condición de ser personal estatutario funcionario de las Administración Sanitaria, resulta de aplicación además de las previsiones que con carácter genérico se predicen en el texto de la Ley Andaluza, las específicas previsiones normativas contempladas en el EBEP, que ha sido recientemente objeto del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre²⁷⁵. Téngase en cuenta que si bien el Estatuto Básico del Empleado Público es de aplicación como normativa básica para todas las Administraciones Públicas, la excepción y remisión a la legislación específica que la ya derogado Ley 7/2007 que aprobara el Estatuto Básico del empleo público es ahora objeto de regulación en el artículo 2.3, 4 y 5 del nuevo EBEP que viene a señalar:

- «3. El personal docente y el personal estatutario de los Servicios de Salud se regirán por la legislación específica dictada por el Estado y por las comunidades autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias y por lo previsto en el presente Estatuto, excepto el Capítulo II del Título III, salvo el artículo 20, y los artículos 22.3, 24 y 84.
4. Cada vez que este Estatuto haga mención al personal funcionario de carrera se entenderá comprendido el personal estatutario de los Servicios de Salud.
5. El presente Estatuto tiene carácter supletorio para todo el personal de las Administraciones Públicas no incluido en su ámbito de aplicación.»

Con estas referencias normativas y teniéndose por derogado el anterior Estatuto del Empleado Público no es difícil adivinar que la norma –si bien remite a la legislación específica para la regulación del régimen estatutario del Personal sanitario, como otra hiciera su predecesora, no se ha apartado en exceso convirtiéndose en normativa supletoria básica estatal. La Ley de Salud Pública además la menciona en relación al

²⁷¹ Estaríamos aquí en la expresión de artículos de Soft-Law Administrativo en el decir del Prof. Sarmiento.

²⁷² Así se desprende del artículo 87.3, y el artículo 88 de la Ley que señala:
«Los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en su desempeño profesional, desarrollarán las actuaciones de salud pública contempladas en la presente ley que sean propias de su ámbito competencial.»

²⁷³ Artículo 89.2 de la ley de Salud Pública de Andalucía

²⁷⁴ Artículo 90 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²⁷⁵ BOE de 31 de octubre de 2015.

desarrollo profesional en materia de Salud, siguiendo los principios contenidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias Ley 44/2003, de 21 de noviembre²⁷⁶. En relación al desarrollo profesional, el instrumento normativo utilizado es el Plan de Desarrollo Profesional²⁷⁷. Nos recuerda en este sentido el artículo 89 de la Ley de Salud Pública Andaluza que dicho desarrollo profesional deberá implicar la elaboración de mapas de competencias que se relacionen con las titulaciones profesionales, y cuyas actuaciones puedan integrarse posteriormente en los programas de calidad del sistema sanitario público andaluz.

Por último dos elementos cabe destacar en el tenor de la Ley respecto del personal al servicio de instituciones sanitarias o profesionales de la salud pública, a saber: la importancia que la norma atribuye a la generación de alianzas para el desarrollo profesional y el valor de la participación. Ni que decir tiene que ambos elementos están presentes en la configuración de objetivos estratégicos de la política sanitaria y es cuando llegamos a la calificación de los profesionales cuando deben concretarse en atribuciones y competencias que permitan por ejemplo asegurar la participación de los profesionales en actividades académicas, de investigación, formación y que se conectan con las previsiones de la Ley en relación a la innovación social y la investigación en materia de salud a la que en seguida nos referiremos²⁷⁸.

IV. INVESTIGACIÓN, DESARROLLO TECNOLÓGICO, INNOVACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN ANDALUCIA: UN BREVE APUNTE

Es el Título VI de la Ley se incorporan medidas relativas a la investigación y el desarrollo tecnológico y le innovación en salud Pública, cuestión de suma importancia para el desarrollo e innovación en la Comunidad Autónoma Andaluza. Para ello el capítulo es dividido en una primera parte dedicada a la Innovación, desarrollo tecnológico y la investigación en Salud Pública, que comprende los artículos 94 a 100 (siendo este último precepto de enorme relevancia respecto de la integración de la denominada innovación social); una segunda parte dedicada a la Calidad en Salud Pública, que integra los artículos 101 a 102 de la Ley.

²⁷⁶ De esta norma se menciona los artículos 37 y 38.

²⁷⁷ Téngase en cuenta que desde el Plan Integral de Salud hasta los planes sectoriales se opera una significativa ordenación y programación de la actividad de protección y promoción de la Salud, que debe poner en valor el papel protagónico de los profesionales al servicio de la Salud Pública.

²⁷⁸ Es por ello por lo que entendemos que el artículo 90 y 91 de la Ley de Salud Pública bien pudieran haberse ubicado en el epígrafe correspondiente a la Investigación en Salud pública porque, de su contenido no se desprenden aspectos diferentes de los que se abordan en el título VI de la Ley.

La puesta en marcha de la Estrategia²⁷⁹ 2014-2018, I + I, de investigación e innovación en Salud²⁸⁰, enmarcado en los objetivos del Plan Andaluz de Salud, permite la puesta en valor de la investigación y la innovación sanitaria. De nuevo nos encontramos con un documento programático o Soft-Law administrativo que si bien plantea importantes objetivos estratégicos de partida adolece como sucede en no pocas ocasiones de las consignaciones presupuestarias que permitan concretar las actuaciones. Con todo el documento es relevante porque abunda en la necesidad de puesta en valor de actuaciones en investigación. Así, se previó entre sus contenidos la puesta en marcha del Centro de investigación en Salud Pública, como un centro virtual orientado a la excelencia en investigación. Centro además cuya proyección se apoyaba sobre el soporte Administrativo que proporciona la existencia y funcionamiento de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Es ésta la Escuela Andaluza de Salud Pública una institución de prestigio que en nuestra tierra ha mantenido una tradición de promoción de la salud y la protección de la Salud Pública. Creada por Acuerdo de Consejo de Gobierno de 2 de mayo de 1985, esto es apenas se había iniciado el desarrollo autonómico, y sólo un año antes de la creación del Servicio Andaluz de Salud,²⁸¹ la escuela se constituye como una empresa pública²⁸², con carácter de sociedad anónima y capital fundacional integro de la Junta de Andalucía²⁸³.

Con carácter similar al Plan Estratégico de investigación e innovación en Salud en Andalucía, se elaboró un plan de Calidad de la Salud en la Comunidad Autónoma. Dicho plan que vino a comprender el período que va de 2010 a 2014, se orientó al tratamiento de tres áreas de intervención el tratamiento de las personas, –y su participación²⁸⁴ en las iniciativas sobre salud pública, un segundo nivel de intervención orientado a los profesionales, y el tercer nivel orientado al entorno. El texto que establece objetivos y líneas de actuación no deja de tener carácter programático, y carece de mecanismos que garanticen su ejecución más allá de la voluntad política de los actores que intervienen en su puesta en marcha.

²⁷⁹ La Ley de Salud Pública de Andalucía señala la necesidad de organizar la investigación en torno a una estrategia de investigación.

²⁸⁰ http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_estrategico_investigacion_desarrollo_innovacion/lmasl_2014/estrategia_I_I_2014_18.pdf

²⁸¹ La Ley crea el Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS) es de 1986.

²⁸² A la que será de aplicación por tanto la nueva Ley de Régimen Jurídico del Sector Pública 39/2015, de 1 de octubre.

²⁸³ Así reza su página web rica en contenidos y actividades, que puede verse en: <http://www.easp.es/la-escuela/>

²⁸⁴ Recuérdese en este sentido la referencia realizada en el apartado anterior respecto de la participación de los profesionales de la Salud pública que en virtud de lo dispuesto en el artículo 91 señala:

«1. La Consejería competente en materia de salud impulsará los instrumentos de la efectiva participación de los profesionales en la mejora y desarrollo de las funciones de salud pública.

2. Se fomentarán y reconocerán las iniciativas profesionales dirigidas a la mejora del servicio de salud pública, así como la implicación de los profesionales en la formulación de las propuestas de carácter general dirigidos a promover los objetivos de la presente ley.

3. Igualmente se impulsará el uso de plataformas o redes de cooperación y comunicación entre los profesionales de la salud pública y otros profesionales públicos y privados implicados en el desarrollo de la salud pública.»

Interesante resulta por lo demás resulta la inclusión de la noción de corresponsabilidad y la previsión entonces a la conectividad y lo que es más interesante en la definición de acciones la previsión de la elaboración de disposiciones normativas que puedan atender a estas finalidades, como es el caso del objetivo de impulsar una Ley de información sanitaria en Andalucía o la Ley de Derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte. Norma esta última que tuvo plasmación en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la dignidad de la personas en el proceso de la muerte²⁸⁵, siendo la Comunidad Autónoma Andaluza una de las pocas en incorporar el tratamiento de esta cuestión en su legislación sanitaria. Lo cual conecta por otro lado con el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos que para el período que comprende 2008-2012, fue aprobado por la Consejería de Salud y que prevé entre sus líneas de actuación, la investigación en cuidados paliativos, como una parte importante de la atención al cuidado de la salud.

Así, la adecuación de las líneas de investigación de la Comunidad Autónoma, a las necesidades de actuación sectorial conecta con la definición de prioridades y estrategias del Plan Andaluz de Salud y los planes integrales sectoriales que han venido a ser aprobados desde la aprobación del primero y/o en sintonía con el mismo²⁸⁶, además de la necesaria armonización con el Plan Nacional o los Planes Nacionales de Investigación²⁸⁷.

La Ley de Salud Pública crea por lo demás la puesta en marcha del Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía previsto en el artículo 46²⁸⁸ de la Ley, en el capítulo II de la misma, en el marco de la Ley Andaluza de la Ciencia y el conocimiento.

En este contexto, el aseguramiento de mecanismos que permitan la mejora de la docencia e investigación sanitaria resultan claves en la configuración de la política sanitaria autonómica.

²⁸⁵ BOJA de 7 de mayo de 2010.

²⁸⁶ En este sentido la Ley de Salud pública recoge en el artículo 94.1 como sigue: «La Administración sanitaria pública de Andalucía promoverá la investigación científica en materia de salud pública como instrumento para la mejora y protección de la salud de la población, conforme a las prioridades marcadas por el Plan Andaluz de Salud y teniendo en cuenta las recomendaciones de los diversos planes y políticas relacionados con la investigación en Andalucía, en los ámbitos nacional y europeo».

²⁸⁷ Así nos viene a recordar el artículo 94.2 de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

²⁸⁸ Así señala el artículo 56 de la Ley de Salud Pública: «1. Se crea, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía y en el marco de lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre (LAN 2007, 572), Andalucía de la Ciencia y el Conocimiento, el Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía, como organización donde se integran personas al servicio de la investigación y grupos de investigación, y que tiene como objeto primordial la investigación, el desarrollo y la innovación en materia de salud pública, bajo el principio del fomento de la calidad y la excelencia científica de los proyectos y actuaciones.

2. El Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía desarrollará las actividades que son propias de este tipo de organizaciones, teniendo en cuenta las prioridades definidas en el Plan Andaluz de Salud y en el marco que ofrece la planificación de la I+D+i en Andalucía y en los ámbitos nacional y europeo.

3. Reglamentariamente se establecerán sus estatutos donde se especificarán sus objetivos, funciones, recursos, régimen, organización y funcionamiento.»

Por ello, la Ley 2/98, de Salud de Andalucía vendría a introducir en su artículo 78, la obligación al gobierno autonómico de que velar por la formación de los profesionales de la Salud. Debiéndose²⁸⁹, coordinar los programas de docencia e investigación de los centros universitarios entre las Universidades y las Administraciones públicas que por la vía del concierto puedan participar en la conformación de los mismos. No es el único lugar donde se introduce dicha cuestión, así el artículo 90 de la Ley de Salud Pública de Andalucía, viene a prestar especial atención a la formación en materia de salud pública desde la generación de alianzas y la cooperación. Así las acciones descritas en la norma habilitan la puesta en marcha de formación de grado y de postgrado, en la idea de promover tantos másteres²⁹⁰ como doctorado en la materia.

Además la formación debe ser a lo largo de toda la vida, –lo que en el sentir de las previsiones del Espacio Europeo de Educación Superior implicarán estrategias de formación tanto presencial como virtual²⁹¹, y se contribuye a dicho desarrollo profesional la calidad del sistema y viceversa. De ahí que el I y el II Plan de Calidad de Sistema Andaluz de Salud hayan apostado por la formación y en sucesión de continuidad el documento que vino a aprobar el plan estratégico de formación integral del sistema sanitario público Andaluz²⁹², incorporó, la formación de los profesionales como un macro proceso en el sistema sanitario público de Andalucía.

Respecto de la formación de Grado fue el Real Decreto 1558/86²⁹³, de 28 de junio²⁹⁴ el que introdujo las bases del régimen de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias. A partir de ahí se ha trabajado en la relación de las instituciones

²⁸⁹ Artículo 78.3 de la Ley 2/98 de Salud de Andalucía.

²⁹⁰ Como sucede por ejemplo con el Máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria ofertada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, que ha cumplido más de 28 años de vigencia.

²⁹¹ Artículo 90.e) de la Ley de Salud Pública prevé la implantación de enseñanzas virtuales a lo largo de toda la vida, para promover un «aprendizaje relevante y útil en el desarrollo de la vida profesional».

²⁹² Que puede verse en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/galerias/descarga_documentacion_referencia/Plan_Formacion.pdf

²⁹³ Esta norma fue modificada por RD 1652/1991, de 11 de octubre y por Real Decreto 420/2015, de 29 de mayo. El primero con relación a la redacción dada a partir de la Sentencia del Tribunal Supremo en su Sentencia de 3 de julio de 1989 (recurso contencioso administrativo núm. 227/1986), que declaró nulo las bases 1.ª, 7.ª, 8.ª, 9.ª, 10.ª, 11.ª, 13.ª y 16.ª del artículo 4.º, así como la disposición transitoria 9.ª y la disposición final 1.ª, del Decreto – que entre otras cuestiones olvida la investigación al regular la jornada de trabajo en las funciones de los Catedráticos y profesores universitarios sometidos al régimen de conciertos. El segundo por cuanto, incorpora la regulación de la creación, reconocimiento, acreditación y autorización de centros universitarios, en desarrollo de la Ley Orgánica de Universidades, 6/2001 de 21 de diciembre.

²⁹⁴ En desarrollo de estas previsiones y de forma complementaria la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias vendría también a insistir en el régimen de conciertos entre universidades y servicios de salud e instituciones y centros sanitarios. (artículo 14).

universitarias con las Universidades de tal suerte que en Andalucía, se firmó un convenio-marco²⁹⁵ entre la consejería de Salud, la Consejería de Educación y las Universidades Andaluzas para regular las bases de las instituciones sanitarias y las Universidades en la investigación y la docencia. En este contexto el día 7 de julio de 2008, el Consejero de Innovación Ciencia y empresa, la Consejería de Salud, y los Rectores de las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla firmaron la Adenda al Convenio-Marco con el fin de permitir un nuevo modelo de colaboración destinado a impulsar la calidad de las prácticas clínicas, asentado tanto sobre la disposición de toda la red asistencial para la formación y la docencia como, en línea con el Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público Andaluz, en la participación del conjunto de los profesionales sanitarios en las actividades de formación. Lo que siguió luego fue la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior²⁹⁶ y la necesaria adaptación de las enseñanzas al mismo, cuestión que ha supuesto también la integración de las competencias de los profesionales en la verificación de títulos universitarios relacionados con las actividades de formación²⁹⁷.

En este contexto desde la Ley de Ordenación de Profesiones sanitarias, Ley 44/2003, de 21 de noviembre²⁹⁸, prestó especial atención a la acreditación de centros y unidades docentes. Además la regulación de la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la Salud había sería ya regulada a nivel Estatal por el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre²⁹⁹. Dicha norma fue seguida en secuencia temporal por el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero³⁰⁰ por el que se clasifican y determinan las especialidades en ciencias de la salud y desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, su aplicación y desarrollo normativo determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, su aplicación y el desarrollo normativo que deben asumir las Comunidades Autónomas supondrá la aparición de las unidades docentes multiprofesionales, el establecimiento de modelos de autonomía progresiva de los residentes, la revisión del mapa de la formación especializada así como el desarrollo de mecanismos para la mejora continua de la calidad del proceso formativo.

²⁹⁵ Acuerdo de 3 de octubre de 1995. BOJA de 21 de noviembre de 1995.

²⁹⁶ Previsión en este sentido se había realizado ya en el artículo 94 de la Ley de Salud Pública.

²⁹⁷ En este sentido el artículo 90.b) de la Ley de Salud Pública prevé, el fomento de: «La formación en salud pública en el pregrado y posgrado de todas las titulaciones profesionales que puedan estar relacionadas con la salud pública, promoviendo una amplia oferta de másteres y doctorados en las universidades andaluzas en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior».

²⁹⁸ BOE de 22 de noviembre de 2003.

²⁹⁹ BOE de 7 de octubre de 2006.

³⁰⁰ BOE de 21 de febrero de 2008.

Los desarrollos normativos estatales más recientes en este sentido – que han sufrido el envite de la crisis en la reforma operada por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, –han sido los relativos a los requisitos para la acreditación de las unidades docentes multiprofesionales para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria. La norma que tiene carácter básico ex artículo 149.1.30, que atribuye la competencia al Estado respecto de la regulación de la obtención, expedición, homologación de títulos profesionales– ha sido objeto de desarrollo por la Orden de Presidencia de 9 de mayo de 2013³⁰¹. Pues bien, en este contexto, en el año 2001, se implantó en Andalucía el Programa Común Complementario para Especialistas Internos Residentes (PCCEIR)³⁰².

Además, y respecto de la formación continua –como nos recuerda el plan integral de formación, se reguló en el Decreto 203/2003, de 8 de julio³⁰³ que establece el procedimiento de las actividades de formación continuada de los profesionales de la Salud, y que creó el Consejo Andaluz de formación continuada de las profesiones sanitarias.

Por último y en conexión con lo anterior va a corresponder a la Fundación Progreso y Salud, –en cuanto que organización dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que presta soporte de gestión a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, el desarrollo de la línea IAVANTE³⁰⁴ de formación y evaluación de competencias profesionales.

En relación a la investigación³⁰⁵ y lo que es más significativo la innovación, la Ley de Salud Pública de Andalucía hizo especial mención a la segunda. Así, la Innovación en Salud Pública es objeto de atención en el artículo 96 de la Ley de Salud Pública que además incorpora la técnica de fomento administrativo como medida para mejora de la innovación en salud, al

³⁰¹ BOE de 18 de mayo de 2013.

³⁰² Sobre el funcionamiento del programa puede verse la información contenida en el portal web: <https://www.portaleir.es/>

³⁰³ BOJA de 25 de julio de 2003.

³⁰⁴ <http://www2.iavante.es/es>.

³⁰⁵ Respecto de la Investigación dos previsiones resultan especialmente significativas a considerar de un lado la creación del Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía, cuya regulación señala:

«1. Se crea, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía y en el marco de lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, Andaluza de la Ciencia y el Conocimiento, el Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía, como organización donde se integran personas al servicio de la investigación y grupos de investigación, y que tiene como objeto primordial la investigación, el desarrollo y la innovación en materia de salud pública, bajo el principio del fomento de la calidad y la excelencia científica de los proyectos y actuaciones.

2. El Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía desarrollará las actividades que son propias de este tipo de organizaciones, teniendo en cuenta las prioridades definidas en el Plan Andaluz de Salud y en el marco que ofrece la planificación de la I+D+i en Andalucía y en los ámbitos nacional y europeo.

3. Reglamentariamente se establecerán sus estatutos donde se especificarán sus objetivos, funciones, recursos, régimen, organización y funcionamiento. Investigación, desarrollo tecnológico y la innovación en salud pública.

decir que la Consejería de Salud «promoverá el compromiso con las innovaciones, la vigilancia constante del entorno, el estímulo de la creatividad y el impulso de las colaboraciones y alianzas». Implica la promoción de la innovación el fortalecimiento pues de alianzas que ya habían sido expresamente enunciadas en el desarrollo profesional del personal o profesional sanitario, y que la norma recoge con especial vehemencia en el artículo 53,³⁰⁶ y recuerda entre los principios de la organización de la sanidad pública, «las alianzas intersectoriales en salud»³⁰⁷. Pero sin duda la innovación más relevante a tomar en consideración no es tanto la innovación técnica que se considera implícita en la necesaria evolución e investigación científico-técnica en sanidad, sino la innovación social. Es éste el concepto que despunta en el texto de la Ley de Salud Pública andaluza. Concepto al que la norma dedica el artículo 100³⁰⁸. Si combinamos ambos elementos innovación y social, nos encontraremos con que si innovar es crear y modificar un nuevo producto en el mercado y «social» se refiere a la sociedad, no tardaremos en concluir que la innovación implica una suerte de creación y modificación de la sociedad y de la producción o estrategia social. Convertida la Innovación Social en uno de los ejes del Programa Horizon 2020 de la unión Europea, es un vocablo que está haciendo tanta fortuna como en su día hizo la expresión «desarrollo sostenible», y se corre el peligro de desvirtuar su contenido y su sentido perdiéndose con ello una oportunidad de generar innovación y talento y de permitir que el instrumento que la norma proporciona en el sistema sanitario público pueda dar respuesta a la necesidad social.

No se puede por tanto innovar socialmente en salud pública desconociendo elementos tales como el código ético, o el principio de la participación activa de la ciudadanía³⁰⁹ en la

4. Se promoverá la creación de redes e infraestructuras de colaboración científica accesibles al personal investigador andaluz bajo una administración y gestión común», y en el artículo siguiente, 95 la creación de los comités científicos consultivos, al decir la norma:

«1. La Administración sanitaria pública de Andalucía podrá crear comités científicos consultivos, que emitirán dictámenes técnicos sobre los asuntos que se les sometan, y, especialmente, sobre riesgos reales o potenciales para la seguridad de los consumidores, la salud pública o el medio ambiente.

2. Reglamentariamente se determinará la creación, la organización y el funcionamiento de los comités científicos consultivos».

³⁰⁶ Que señala: «Se fomentarán las alianzas estratégicas con otras Administraciones públicas, universidades, centros de investigación y otras entidades autonómicas, nacionales e internacionales que aporten elementos de interés para la salud pública en Andalucía».

³⁰⁷ Artículo 43.e) de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

³⁰⁸ Señala el artículo 100:

«1. Las Administraciones públicas de Andalucía apoyarán las innovaciones sociales aplicadas sobre la salud pública, entendidas como nuevas ideas o nuevas relaciones sociales de cooperación para la salud que incrementen la capacidad de la ciudadanía para actuar colectivamente.

2. Las Administraciones públicas de Andalucía promoverán acciones positivas para el desarrollo de la innovación social en el área de salud a través de las siguientes medidas:

- a) Promocionando el talento y el capital social de las personas y grupos innovadores sociales más relevantes.
- b) Promoviendo una cultura colaborativa proclive a la generación de valores compartidos en el área de salud.
- c) Facilitando las iniciativas de investigación y desarrollo sobre las innovaciones sociales en salud.».

³⁰⁹ Este ha sido a su vez enunciado como un principio de organización de la Salud Pública, según dispone el artículo 43.c) de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

gestión del conocimiento y de la prestación de salud pública. Como tampoco es posible la innovación social de espaldas a la realidad y por tanto sin haber realizado previamente un diagnóstico de necesidades y de recursos que permita abordar las carencias y fortalecer las oportunidades. Esto es, las decisiones de fortalecimiento de talento y promoción de la innovación deben partir también de la planificación de la salud. Además, ya no es posible pensar en la atención sanitaria como un proceso aislado –si es que alguna vez lo fue– sino que implica no sólo procesos sino como sistema, integración de redes³¹⁰.

Hemos puesto de relieve a través de estas líneas elementos que permiten configurar la red de investigación o de prestaciones, ahora retomamos esa idea desde la introducción de las nuevas tecnologías y la interoperabilidad en el bien entendido de que el mismo funcionamiento de la Administración Pública, o de la e-Administración camina de la mano de la introducción sinérgica de redes de sistemas de información y comunicación, que permitan definir por ejemplo elementos más próximos a la e-salud³¹¹.

De un lado, el Sistema de Salud Público Andaluz aboga por la creación de redes de investigación de excelencia, siendo la Consejería de Salud la competente para la implantación del sistema de Gestión del conocimiento, que se configura como elemento básico de la prestación del servicio público de salud Pública³¹². De otro lado, la calidad³¹³ del sistema se convierte no sólo en estrategia o desiderátum sino en un objetivo a asegurar con instru-

³¹⁰ Así el artículo 99 de la Ley de Salud Pública señala: Artículo 99. Redes del conocimiento en salud pública «La Administración sanitaria pública de Andalucía dispondrá de redes que generen y transmitan conocimiento científico y favorezcan la participación ciudadana en materia de salud pública. Estas redes se constituyen para servir como plataforma de difusión de la información, intercambio de experiencias y como apoyo a la toma de decisiones a todos los niveles del Sistema Sanitario Público de Andalucía.»

³¹¹ Fascinante resulta en oro orden de ideas las reflexiones sobre la utilidad de la e-salud, su definición y su proyección normativa. Toda vez que existen instrumentos de financiación no ya a escala nacional sino internacional, como los AAL, que aportan un marco de referencia y fomento suficiente para que se convierta en referente del futuro desarrollo del catálogo de prestaciones del sistema sanitario público. No es este el lugar no obstante de detenernos en todo lo que significa su examen y análisis, normativo– y social, toda vez que está generando un auténtico compendio de reflexiones doctrinales –no siempre de la mano de juristas– pero de enorme relevancia para entender los pasos y estrategias futuras del sistema sanitario.

³¹² Artículo 98 de la Ley de Salud Pública Andaluza

³¹³ La Ley se refiere a la calidad en el artículo 101:

«1. El Sistema Sanitario Público de Andalucía perseguirá la calidad y la excelencia de sus actividades. Con ese objeto, determinará parámetros de comparación con las actividades realizadas en el ámbito nacional e internacional, impulsará las actividades que generan la seguridad sanitaria y la equidad en salud y establecerá los procesos de mejora continua.

2. El Sistema Sanitario Público de Andalucía incorporará el principio de excelencia en sus actividades a través de las siguientes medidas:

a) *Fortaleciendo la calidad de las actividades de salud pública.*
 b) *Asegurando la pertinencia de las actividades de salud pública a través de la consulta regular a los órganos que estructuran la gobernanza del sistema.*
 c) *Promoviendo la rendición de cuentas sobre las actividades de salud pública.*
 d) *Impulsando la mejora continua en busca de la excelencia.*

mentos pertinentes tales como la creación del Plan de Calidad³¹⁴ o la Agencia de la Calidad de Sistema Sanitario Público Andaluz³¹⁵.

Calidad que se debe predicar también de las páginas webs, y que se conecta con la transparencia institucional, y con el principio de transparencia enunciado en la Ley 1/2014, de 24 de junio de transparencia de Andalucía.³¹⁶ Implica además como afirmábamos la calidad evaluación previa de las políticas públicas y de ahí que sea preciso incorporar mecanismos que permitan llevar a cabo dicha evaluación³¹⁷.

Finalmente, nada de lo anterior permitiría un avance en innovación y calidad del sistema sino se operara la correspondiente comunicación de los resultados de las investigaciones realizadas, pues ésta comunicación eficaz y orientada a la consecución de resultados debe permitir un avance estratégico, científico y de calidad del conjunto del sistema sanitario público Andaluz³¹⁸.

e) *Atendiendo a las expectativas y necesidades de la ciudadanía y dando cumplimiento a las normas éticas sobre salud pública.*

3. El Plan de Calidad de la Consejería con competencias en materia de salud concretará la definición de las normas de calidad y excelencia.»

³¹⁴ El Plan de Calidad 2010-2014, puede verse en:

<http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/investigamam/PlanCalidaddelSSPA2010-2014.pdf>

o en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_3_POLITICAS_Y ESTRATEGIAS_DE_CALIDAD/P_1_PLAN_DE_CALIDAD/plan_calidad_2010?idioma=es&perfil=org&tema=/temas_es/P_3_POLITICAS_Y ESTRATEGIAS_DE_CALIDAD/P_1_PLAN_DE_CALIDAD/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_3_POLITICAS_Y ESTRATEGIAS_DE_CALIDAD/P_1_PLAN_DE_CALIDAD/plan_calidad_2010&desplegar=/temas_es/P_3_POLITICAS_Y ESTRATEGIAS_DE_CALIDAD/

³¹⁵ La Agencia de Calidad recibe también soporte de la Fundación Progreso y Salud y desarrolla una de sus líneas estratégicas, su página web puede verse en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/quienes-somos/que-es-acsa/>

³¹⁶ Al examen de la Transparencia y de la Ley Andaluza de transparencia con las implicaciones que conlleva han dedicado ya los profesores FERNÁNDEZ RAMOS Y PÉREZ MONGUÍO reflexiones importantes en *La Ley de Transparencia de Andalucía*, Instituto de Administración Pública. Consejería de Hacienda y Administración Pública. Sevilla 2015.

³¹⁷ Así, el artículo 102 se dedica a la cuestión y señala:

«Las actividades de salud pública se regirán por el principio de evaluación continuada. A tal efecto, se evaluarán los procesos y los resultados en cuanto a seguridad sanitaria; promoción de la salud, incluida la reducción de las desigualdades; prevención de las enfermedades, y protección de la salud. La función evaluadora de la salud pública tendrá por finalidad determinar, de forma sistemática y objetiva, la relevancia, eficiencia, eficacia, pertinencia, progresos, efectos e impactos de las actividades de salud pública, en función de los objetivos que se pretenden alcanzar, y se realizará con la participación de la ciudadanía y los profesionales.»

³¹⁸ En este sentido destaca el contenido del artículo 51., que señala:

«1. Con independencia de las obligaciones de difusión de los resultados de la investigación, previstas en la Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, las Administraciones públicas competentes en materia de investigación relacionada con la salud establecerán los mecanismos adecuados para que los resultados de los proyectos financiados con fondos públicos que puedan tener aplicación inmediata en la toma de decisiones de política

V. A MODO DE REFERENCIA ORGANIZATIVA

Llegados a este punto resulta de especial relevancia hacer una breve reflexión sobre la organización administrativa que permita la ejecución de las competencias asumidas en nuestra comunidad autónoma, y la consecución de los objetivos, estrategias y planes descritos *ut supra*. No queremos no obstante describir sin más organigramas ni funciones³¹⁹, cuya descripción está realizada de manera prolija en la norma. Sino más bien quedarnos con la expresión de los principios organizativos que permiten orientar la configuración del sistema sanitario público Andaluz a la luz de la Ley de Salud Pública de Andalucía.

En este contexto, podríamos destacar tres tipos de principios, los principios genéricos de actuación de las administraciones públicas (ex artículo 103 de la Constitución) como informadores de la organización administrativa de la Sanidad Andaluza; los principios generales para la ejercicio de las actividades de salud pública y los principios de organización de la salud pública de Andalucía.

En cuanto a los primeros, –mucho se ha escrito ya– quedando entre nosotros la expresión del principio de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración, y coordinación. Si bien como es conocido, la Constitución no incorporó específicamente el principio de colaboración o cooperación, el Tribunal Constitucional la integró como un *prius* lógico y ontológico de los demás principios constitucionales, en cierta sintonía con la «*Bundes-treue*» alemana de la que en cierta forma, había bebido en su origen.

Hay que decir no obstante que en el caso del sistema sanitario público Andaluz –y entraríamos en el conjunto de la segunda categoría de principios– el principio de cooperación y colaboración están expresamente enunciados. Lo hace así el artículo 51 y 52 de la Ley³²⁰.

sanitaria, especialmente en el tratamiento de enfermedades de alto impacto en la población, sean comunicados inmediatamente a las Administraciones sanitarias. En todo caso se garantizará la defensa de los derechos de propiedad intelectual e industrial que correspondan.

2. Las Administraciones sanitarias evaluarán, de manera conjunta, el impacto en salud de la población de los resultados de las investigaciones financiadas con fondos públicos.
3. En el establecimiento de acuerdos con grupos de investigación las Autoridades competentes darán preferencia a aquellos grupos cuyos resultados hayan dado lugar a aplicaciones y usos efectivos por parte de las Administraciones sanitarias.»

³¹⁹ Como realiza por ejemplo el artículo 44 de la Ley de Salud Pública respecto de las competencias de la Consejería de Salud.

³²⁰ Así en el artículo 51 y 52 de la Ley de Salud Pública de Andalucía

Artículo 51:

1. En el marco de la Administración sanitaria pública de Andalucía se potenciará el sistema de trabajo cooperativo centrado en las formas de colaboración más convenientes entre personas o grupos de personas que deben realizar una tarea común en el seno de la organización administrativa.
2. La Administración sanitaria de la Junta de Andalucía fomentará el uso de las tecnologías adecuadas para la cooperación que permitan potenciar la comunicación, la colaboración y la coordinación de actividades y tareas entre las unidades administrativas que actúen en el ámbito de la salud pública.

Principio de la colaboración al que hay que sumar el de transversalidad de la salud, que implica que ésta está presente en todas las políticas públicas, ex artículo 50³²¹ de la Ley de Salud Pública. Lo cual conecta irremisiblemente con la expresión de la salud ambiental, o la salud en aspectos sectoriales como hemos tenido ocasión de examinar ut supra en la descripción del catálogo de prestaciones y la cartera de Salud Pública Andaluza. Se suma como principio específico el de orientación de las actividades a la satisfacción de la necesidad en salud de la población. Principio que tiene una formulación genérica pero precisa en cuanto permite modular el ejercicio de los anteriores.³²²

Así las cosas entraríamos en el terreno específico de los principios organizativos de la sanidad pública andaluza que han sido objeto detallado del artículo 43 cuya enumeración pasamos a enumerar, a saber:

- a. El reconocimiento de los derechos y las garantías de la ciudadanía.
- b. La defensa de la salud colectiva.
- c. La participación activa de la ciudadanía.

3. La Administración de la salud pública fomentará el uso de plataformas electrónicas con capacidad para articular la efectiva participación de los profesionales de salud pública que las utilicen y donde se puedan compartir recursos y elaborar procedimientos comunes de trabajo.

Artículo 52. La cooperación interadministrativa

1. Las Administraciones públicas de Andalucía competentes en materia de salud pública ajustarán su actuación a los principios de colaboración, coordinación y cooperación que rigen las relaciones interadministrativas, haciendo posible una utilización eficaz y eficiente de los recursos humanos y materiales de que dispongan y con el objetivo de alcanzar un elevado nivel de protección de la salud pública.
2. Con la finalidad de fomentar la necesaria cooperación interadministrativa, la Administración de la Junta de Andalucía establecerá fórmulas de cooperación con las Administraciones locales para el desarrollo de las competencias de salud pública y de los respectivos planes de salud

³²¹ El artículo 50 enuncia:

- «1. Se reconoce el carácter transversal de la salud pública, que comprende la integración de la perspectiva de la salud pública en el ejercicio de las competencias de las distintas políticas y acciones públicas, desde la consideración sistemática de los determinantes de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad en salud.
2. Los poderes públicos potenciarán que la perspectiva de la salud pública esté presente en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas y de las políticas en todos los ámbitos de actuación, considerando sistemáticamente las prioridades y necesidades propias de la salud colectiva, teniendo en cuenta su incidencia en la situación específica de las personas y grupos de población, al objeto de adaptarlas para mitigar los efectos discriminatorios y fomentar la equidad en salud.
3. La transversalidad se ejercerá a través de la coordinación y cooperación intersectorial y multidisciplinaria, como elemento de cohesión de las políticas públicas de las entidades e instituciones con responsabilidades sobre la salud pública.
4. Se dará prioridad a la intersectorialidad en las áreas de educación, bienestar social, políticas de igualdad, medio ambiente, agricultura, consumo, empleo y vivienda.».

³²² La ley de Salud Pública Andaluza se refiere a este principio en el artículo 49, que titula «Principio orientador de la Administración sanitaria pública de Andalucía.

La Administración sanitaria pública de Andalucía orientará su actuación a la satisfacción de las necesidades en salud de la ciudadanía, ejerciendo una buena administración, con la participación de la ciudadanía, y que se articula en forma de red desplegada para la eficaz y eficiente provisión de los servicios públicos de salud pública.

- d. La gobernanza en salud pública.
- e. Las alianzas intersectoriales en salud.
- f. La integración y transversalidad de la salud pública.
- g. La transparencia e independencia en sus actuaciones.
- h. La modernización y actualización de los servicios y estructuras de la salud pública.
- i. La investigación e innovaciones aplicadas en salud pública.
- j. El fortalecimiento del desarrollo profesional de las personas que prestan servicios en salud pública y la creación de nuevos perfiles profesionales en salud pública.
- k. La evaluación de las actividades y la calidad, entendida como excelencia, pertinencia y orientación a la obtención de resultados.
- l. Reforzamiento progresivo del sector público en el sistema de salud.

Como puede apreciarse un vasto catálogo de principios que permiten arbitrar una sanidad pública completa en cuanto a prestaciones y instrumentos de gestión pero que requiere de suficientes recursos económicos que garanticen su sostenibilidad.

VI. REFLEXIONES DE CONJUNTO

La Ley de Salud Pública de Andalucía, con la que la Comunidad Autónoma se dota de un marco normativo específico en salud pública, viene a completar el marco regulatorio autonómico en la materia, introduciendo los elementos de análisis precisos para la aplicación en sede autonómica no sólo de las previsiones de carácter básico contenidas en la legislación estatal de Salud Pública, sino en la Ley de Salud de Andalucía de 1998. Su contenido, en los aspectos examinados en este capítulo abordan un amplio catálogo de prestaciones de salud pública que conectan con legislación sectorial dispersa y en desarrollo, y que permiten dibujar una Administración dinámica comprometida con el desafío que supone atender todos los aspectos incorporados en la salud pública. Aspectos tan en teoría alejados de la materia como la ordenación urbanística o edificatoria, la ordenación de los transportes y la atención a las condiciones de trabajo se revelan como elementos esenciales de la configuración de la salud de la población. La interacción y coordinación interadministrativa resultan entonces imprescindibles. La integración del operador público y de los profesionales que dibujó en su momento la calificación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se convierte así en piedra angular del sistema que aboga por la puesta en valor de los recursos disponibles y que ha sufrido con los envites de la crisis económica un importante traspás.

De otro lado navega la investigación en salud pública, y el fomento de la investigación científica y técnica enmarcada en laboratorios, o universidades y centros de investigación especializados. Sin ellos, las acciones de salud pública carecerían de suficientes elementos de contraste, análisis y expresión para poder ser desarrolladas. Pero la investigación revela avances técnicos cuyo reflejo en el mundo jurídico merece una especial atención para el legislador ordinario, por ello es precisa una adaptación y continua comunicación de la investigación científica con su entorno y los parámetros que le sirven de referencia, y una vez más los esfuerzos no pueden ser única y

exclusivamente de un colectivo o respecto de un sector, sino que deben ser integrados y coherentes con la política sanitaria no sólo de la Comunidad Autónoma sino del Estado.

La Ley de Salud Pública de Andalucía, avanza de manera decidida en la construcción de un sistema de salud pública que sin embargo no se asienta sobre el vacío sino sobre un conjunto de disposiciones ya existentes con carácter previo que como nos recordara el Consejo Consultivo de Andalucía en su dictamen al anteproyecto de Ley, exige esa delicada coordinación para evitar solapamientos y discordancias.

Tras la aprobación de la Ley de Salud Pública y en paralelo las medidas de austeridad y equilibrio presupuestario aprobadas a nivel estatal, han afectado también a la provisión y promoción de la salud pública en Andalucía.

Si bien, las medidas de la Comunidad Autónoma han intentado en alguna medida paliar los efectos de la reducción en el gasto público destinado a la Salud. Muestra de la preocupación generada en el sector es el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía de Junio de 2015, que se encuentra en la actualidad en elaboración. Texto que partiendo de un escenario completo y diverso de disposiciones normativas incorpora como garantía la de la perdurabilidad del Sistema Sanitario Público, además integrando el carácter público de la prestación sanitaria, como un elemento configurador del sistema de Salud Pública Andaluza.

Queda un largo camino por recorrer para asegurar el cumplimiento de la perdurabilidad sin afecciones y restricciones –tanto en materia de personal como en el ámbito específico de la reorganización administrativa y de funciones. Ni que decir tiene que los avances científicos y técnicos, a la par que la realización de las previsiones sobre innovación social que la Ley contempla abren un escenario esperanzador, pero deben arbitrarse mecanismos que permitan –en múltiples ocasiones pasar del Soft-Law administrativo a la acción.

En este contexto, la construcción de redes de investigación, colaboración y promoción de la salud se tornan una de las fortalezas de nuestro sistemas que en el contexto de la innovación tecnológica y en el contexto de las reformas operadas en sede de procedimiento Administrativo y del sector público en general pueden potenciar la inversión realizada en recursos en nuestra Comunidad Autónoma permitiendo que en sinergia con otras políticas transversales también –como la ambiental, por ejemplo– permitan un avance significativo en la calidad del sistema Sanitario Público Andaluz.

VII. BIBLIOGRAFÍA

BELTRÁN AGUIRRE, LUIS:

«La Universalización de la asistencia sanitaria operada por la Ley 33/2011, de 4 de octubre», en *Revista Aranzadi Doctrinal* núm. 9/2012, Pamplona 2012.

«Varapalo del Tribunal Constitucional a los recortes en el acceso a la asistencia sanitaria pública», en *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 5/2014, Madrid.

BORRELL, Carme; GARCIA-CALVENTE, María del Mar y MARTI-BOSCA, José Vicente. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* [online]. 2004, vol.18, suppl.1 [citado 2015-11-01], pp. 02-06. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.

CAAMAÑO RODRÍGUEZ, *La autonomía de los entes locales en positivo: la carta europea de la autonomía local como fundamento de la suficiencia financiera*, Madrid, 2003.

CALVETE OLIVA, «Estrategia de Salud de la Unión Europea: Salud Pública para las personas europeas», en *Revista Española de Salud Pública*, núm. 82, 2008, Págs, 273-281.

CASADO PÉREZ, DEMETRIO, *Coordinación Pública en y entre la rama de los Servicios Sanitarios y Sociales*, Hacer Editorial, 2008

CASTILLO JIMÉNEZ, Cinta «La Nueva realidad Ambiental de Andalucía, Junta de Andalucía, on line.

CASTIEL, ALVÁREZ DESDET: «Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso», en *Revista Española de Salud Pública*, Vól. 79, núm. 3. 2006.

CAYÓN DE LA CUEVA, JOAQUIN, *Derecho y Salud como realidades interactivas*, Aranzadi, 2015.

CRUZ VILLALÓN:

Comentarios al Estatuto de Autonomía de Andalucía, Sevilla, Parlamento Andaluz, 2012. «Las Estructuras de Salud Pública en España». *Gaceta Sanitaria*.

DOMENECH PASCUAL, Gabriel Régimen Jurídico de la fármaco vigilancia, Cívitas, Madrid. 2009.

ESPIN BALBINO, Jaime et alii «Cuestiones controvertidas en evaluación económica (III): Intervenciones sanitarias en tres situaciones especiales: enfermedades raras, tratamientos al final de la vida y externalidades en las evaluaciones» en *Revista Española de Salud Pública*, núm. 89, 2015.

ESQUALERA URQUIAGA M. ANTIGUA: «Organización de la Salud Pública en Andalucía», en *Revista de Administración Sanitaria*, 2004: 2(2):213-21.

ESTEBAN ALONSO, ALFONSO: *Contaminación Acústica y Salud*, Observatorio Medioambiental, Madrid. 2003.

ETIENNE G. KRUG, LINDA L. DAHLBERG, JAMES A. MERCY, ANTHONY B. ZWI Y RAFAEL LOZANO, *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, OMS, Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2003.

FERNÁNDEZ FARRERES; «La posición de la Carta Europea de la Autonomía Local en el sistema de fuentes del Derecho español: una reflexión crítica» en CAAMAÑO RODRÍGUEZ, *La autonomía de los entes locales en positivo: la carta europea de la autonomía local como fundamento de la suficiencia financiera*, Madrid, 2003.

FERNÁNDEZ MONTALVO, RAFAEL: «La presencia de la Carta Europea de la Autonomía Local en los pronunciamientos jurisprudenciales sobre la Autonomía Local», en *Anuario de Gobierno Local*, núm. 1, 2004. Pp. 307-334.

GARCÍA GÓMEZ, M et al. «La vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto: ejemplo de colaboración entre el Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y el Sistema Nacional de Salud». *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2006, vol.80, n.1 [citado 2015-10-29], pp. 27-39. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000100004&lng=es&nrm=iso>.

GARCÍA MONTORO, Lourdes, «Seguridad alimentaria: impacto del nuevo real decreto 176/2013, de 8 de marzo, que deroga determinadas reglamentaciones técnico-sanitarias y normas de calidad referidas a productos alimenticios», *Revista CESCO de Derecho del Consumo*, núm. 6/2013.

GÓMEZ JIMÉNEZ, MARÍA LUISA:

Estudio Comparado de la provisión de Servicios Sociales: España-Costa Rica. Luces y sombras desde el derecho Administrativo, la Economía, la sociología y el Trabajo Social. Colección de Estudios Centroamericanos. 01., Universidad de Málaga. FLACSO, y PEN Costa Rica. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Málaga. 2015. (Dir)

«Sistema de Información Sanitaria y gestión del Gasto Público» *Revistaesalud*, Vol. 8, N. 32, 2012. Madrid.

«Bio-bancos e investigación biomédica: algunas reflexiones a la luz de la normativa española», en *RIIPAC*, núm. 2 de junio de 2013.

Aspectos Básicos de la Ley de Ordenación Urbanística de Andalucía, Tecnolex, 2011
Sostenibilidad social y Rehabilitación de Vivienda, Dykinson, Madrid, 2015. (Dir)

Estudios de Casos y Propuestas en el Acceso y la Rehabilitación de Vivienda en Andalucía, Colegio de Arquitectos, Málaga, 2015. (Dir)

«Sostenibilidad financiera y ambiental, en la rehabilitación de vivienda social al amparo de las competencias propias del artículo 25 de la Ley de racionalización y sostenibilidad del gobierno Local», en *I Congreso Nacional sobre Vivienda Social*, Real Fundación del Patronato de la Vivienda de Sevilla, pág. 375-393. 2014

JORDANA FRAGA: «Andalucía: simplificación administrativa en leyes ambientales y reconsideración razonable del impacto en salud», en Observatorio de Políticas Ambientales, 2015, coord. por LÓPEZ RAMÓN FERNANDO, Y ALENZA GARCÍA Juan Francisco.

MARTÍN MATEO, Martín

Derecho Ambiental, Instituto de Estudios de Administración Local, 1977.

Tratado de Derecho Ambiental, Trivium. 1991.

«*Medicina preventiva, Economía y Derecho. Un sistema inescindible*» Revista de Administración Pública núm. 145, Madrid. 1998. Págs. 29-50.

MARTIN MORENO, JOSÉ MARÍA, «Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la salud pública en España», en *Revista Española de Salud Pública*, núm. 76, 2002. vol.76, n.6 [citado 2015-10-31], pp. 637-643. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1135-5727. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272002000600001>.

MASA CALLES, J; LÓPEZ PEREA, NOEMÍ; VIARCE TORRES DE MIER, MARÍA de: «Vigilancia epidemiológica en España del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola congénita», *Revista Española de Salud Pública*, 2015, 89: 365-379.

MENÉNDEZ REXACH, *Estudios Jurídicos sobre seguridad alimentaria*, en Marcial Pons, Madrid. 2015.

MÍNGUEZ GONZALO, Miguel. El «nuevo reglamento sanitario internacional»: RSI (2005). *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2007, vol.81, n.3 [citado 2015-10-31], pp. 239-246.

MÍNGUEZ GONZALO, MIGUEL. El «nuevo reglamento sanitario internacional»: RSI (2005). *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2007, vol.81, n.3 [citado 2015-11-01], pp. 239-246. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000300001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.

MUÑOZ MACHADO, S: *La Formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial Madrid. 1995.

MUÑOZ RUIZ, ANA BELÉN: «Problemas recientes sobre vigilancia de la salud: los casos de las empresas «Transportes Intercity» y «Servicios Integrales KTZ»» en *Revista de Información Laboral*, núm. 1, 2015. Págs. 67-75.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD INFORMES

Violencia contra las mujeres Un tema de salud prioritario.OMS/OPS; 1998

Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud» WHA62.14, de la 62 Asamblea Mundial de la Salud,

PÉREZ MONGUIÓ / FERNÁNDEZ RAMOS *La Ley de Transparencia de Andalucía*, Instituto de Administración Pública. Consejería de Hacienda y Administración Pública. Sevilla 2015.

QUIRÓS HM, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ H, VALDERRAMA VERGARA JF. «Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza una propuesta vinculante en salud internacional». *Rev. Panam. Salud Pública*. 2011; 30(2):148–52

RAMIRO, JULIA: «La reforma de la protección de la infancia: impacto sobre los derechos de los niños», en *Revista General de Derecho Administrativo*, núm. 39, mayo 2015.

REAL PATRONATO DE LA DISCAPACIDAD, *Libro Blanco de la Atención Temprana*, de la Federación Estatal de Asociaciones de Atención Temprana (GAT), Documento 55/2005. Madrid.

REBOLLO PUIG, «Sanidad Preventiva y Salud Pública en el marco de la Actual administración Sanitaria española», en *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, núm. 239. Madrid. 1988.

REGIDOR Y GUTIÉRREZ-FISAC, RODRÍGUEZ, *Diferencias y Desigualdades en Salud en España*, Díez de Santos, Madrid, 1994

RUIZ BURSÓN, Javier «La adaptación del Servicio Andaluz de Salud a la Ley 9/2007, de 22 de Octubre, de Administración de la Junta de Andalucía» en *Revista General de Derecho Administrativo*, IUSTEL, núm. 23, 2010.

SAMPERE NAVARRO, (DIR), *Estudio de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública y del RDley 16/2012, de 20 de abril, sobre sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*, Aranzadi. Navarra. 2012.

SANDIN –VÁZQUEZ, MARÍA Y SARRIA SANTAMERA, ANTONIO: «Evaluación del Impacto en la Salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud en las poblaciones», en *Revista Española de Salud Pública*, núm. 82 de 2008, pps. 261-272.

SÁNCHEZ BURSÓN, J.M.: «La Gobernanza en la nueva Ley de Salud Pública en Andalucía», en *Revistaesalud.com*.

SOUVIRÓN MORENILLA, J. M. «Reforma en la Asistencia Sanitaria Pública: Racionalización o cambio de modelo?» *Revista Andaluza de Administración Pública*, Enero-abril, 2013.

THOMSON. H, SIAN THOMAS, «Housing Improvements for health and associated socio-economic outcomes», *Institute of Health and Well being Glasgow*. 2015

VÁZQUEZ GÓMEZ, EVA MARÍA: *Los instrumentos Jurídicos de la cooperación territorial en Europa: especial referencia a Andalucía*. Sevilla, Consejería de Presidencia. Junta de Andalucía 2014.

ZAMBONINO PULITO, MARÍA, *Gobernanza, Derecho Administrativo y Políticas Públicas en España y Marruecos*, Dykinson, 2015.