SESPAS
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

DOCUMENTO DE ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE LEY GENERAL DE SALUD PÚBLICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

En primer lugar, SESPAS desea hacer constar su positiva valoración del Anteproyecto de Ley General de Salud Pública. Tanto SESPAS como sus sociedades federadas consideran que este proyecto normativo constituye una oportunidad para el desarrollo y la modernización de la salud pública, al servicio de la mejora de la salud de la población. Sin perjuicio de esta consideración previa, SESPAS aprecia la necesidad de introducir algunos cambios en el texto de la ley, que se detallan y justifican a continuación.

COMENTARIOS GENERALES

En algunas ocasiones se adivina un trabajo sectorizado a falta de cierta integración. Por ejemplo, en el articulado sobre vigilancia se explicita la incorporación de la vigilancia de riesgos y de la exposición en humanos, incluyendo (sin nombrarlo explícitamente) lo que se conoce como 'biomonitorización'. Este aspecto no se ve reflejado en el articulado donde se trata de la sanidad ambiental. Lo mismo ocurre en el caso de la evaluación de impacto en salud.

Esa ausencia de integración también se observa en los términos utilizados a lo largo del texto. Es curioso que en unos casos se utilice el término "estatal", y en otros el "nacional" para referirse a España. Así, se habla de la Red Estatal de Vigilancia en salud pública, Red Estatal de Laboratorios, Encuesta Estatal, etc.. Otras veces, sin embargo, se alude a la Red Nacional de Vigilancia de salud pública, lo que suscita cierta confusión.

También destaca el mayor detalle en el anteproyecto de aspectos relacionados con la investigación que con la formación o competencias de los profesionales de salud pública; aspecto, este último, básico para el desarrollo y aplicación de las funciones de salud pública.

Por otra parte, el texto no incluye ninguna referencia al concepto de prevención cuaternaria, a pesar del papel que el sistema sanitario juega en la actualidad como creador de riesgos y daños para la salud de los individuos, ni al fenómeno del "disease mongering", que se configura como un problema relevante de salud pública. También sería necesario destacar la necesidad de evaluar y priorizar los programas de prevención y promoción según criterios científicos, con el fin de definir y seleccionar los más efectivos y convenientes, y de descartar asimismo los programas ineficaces o que entrañan más riesgos que beneficios para la salud.

COMENTARIOS ESPECÍFICOS

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En el resumen del capítulo V se habla de la colaboración con sociedades científicas, colegios profesionales y oficinas de farmacia. Se echan en falta referencias explícitas al papel de la sociedad en su conjunto, las asociaciones y la población organizada (voluntariado, ONGs, sindicatos, empresas…). En opinión de SESPAS, no se debería restringir el abanico de colaboraciones a las estrictamente sanitarias.

TÍTULO PRELIMINAR. DISPOSICIONES GENERALES. LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA.

En el artículo 2 no aparece definido el término "servicio de salud pública", al que se alude en repetidas ocasiones a lo largo del anteproyecto. Sin embargo, se abunda en definiciones que ya forman parte del acervo de la salud pública y que quizá podrían no recogerse de forma tan exhaustiva.

TÍTULO I. DERECHOS Y DEBERES EN SALUD PÚBLICA.

En general, los derechos propios del ámbito de la salud pública están suficientemente determinados. Sin embargo, conviene destacar que para no caer en posiciones meramente retóricas, no es bueno definir o redefinir derechos ciudadanos sin establecer paralelamente correlativos deberes de las Administraciones sanitarias. La efectividad de los derechos que puedan definirse en este campo pasa más que por la propia definición de los derechos, por el preciso y concreto establecimiento de deberes de las Administraciones sanitarias, obviamente, con la correspondiente dotación de medios presupuestarios, materiales y humanos para poder cumplirlos, y de cuyo incumplimiento se derive por propio mandato de la ley responsabilidad administrativa y, por ende, derecho a indemnización. En este sentido, se complementan bien los Títulos I y II del anteproyecto.

No obstante, se echan en falta las siguientes determinaciones normativas:

A. Garantías en las limitaciones de derechos personales y de actividades comerciales, mercantiles, etc.

En la Ley General de Salud Pública no se trataría tanto de definir o redefinir derechos, pues, salvo alguna excepción, ya están suficientemente perfilados en otras leyes sanitarias, sino de incorporar las especificaciones precisas para el ámbito de la salud pública, a la par que regular las garantías de esos derechos, particularmente, las jurídico-procesales, que son competencia exclusiva del Estado. Concretamente, establecer garantías respecto de las limitaciones de derechos y actividades a que habilitó la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, así como complementar la norma orgánico-procesal contenida en el artículo 8.6, párrafo segundo, de la Ley 2971998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (introducida en el año 2003).

El artículo 26.2 de la Ley General de Sanidad estableció unas garantías muy genéricas respecto a la duración de las medidas limitativas, y el artículo 28 muy sucintamente enumeró unos principios a los que deberán acomodarse las medidas limitativas que actúe la Administración sanitaria: preferencia por la colaboración voluntaria, prohibición de medidas que conlleven riesgo para la vida, proporcionalidad de las

limitaciones, y utilización de las medidas que menos perjudiquen la libre circulación de personas y bienes.

El anteproyecto desarrolla muy precariamente esta materia (limitaciones sobre bienes y personas). Dedica a ello un escueto Título V, con un artículo, el 146, dedicado a las medidas cautelares. Así, el texto apenas alude a las limitaciones de derechos y actividades que prevé la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, y los citados artículos 26 y 28 de la LGS. El artículo 15.1 se limita a incorporar una genérica garantía exigiendo a los funcionarios que respeten los derechos de las personas. Por estos motivos SESPAS sugiere que se realice un esfuerzo para complementar adecuadamente las normas limitativas de derechos y actividades estableciendo garantías con una mayor concreción y exhaustividad. Es necesario insistir en que las garantías de orden procesal-jurisdiccional son competencia exclusiva del Estado, así como todas las relativas a limitaciones de la libertad física de las personas. De ahí que las nuevas leyes de salud pública autonómicas se abstengan de regularlas.

En suma, se trataría ahora de compilar, armonizar, actualizar y complementar la normativa relativa al marco de actuación interventora sobre bienes y personas que puedan practicar las Administraciones sanitarias, y, en particular, definiendo concretas garantías para que las limitaciones que se describen en el Título V del anteproyecto, las que se aluden en algunos artículos (arts. 11.4, 12.6) y particularmente en el artículo 146, sean lo más respetuosas posible con los derechos de las personas afectadas. A juicio de SESPAS, no es bastante con la genérica declaración garantista que hace el artículo 15.1 del anteproyecto.

Tales garantías versarían, por ejemplo, sobre:

- La especificación en la autorización que se ha de pedir al juez según exige el artículo 8.6, párrafo segundo, de la Ley 2971998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de datos relativos a la identidad de la persona o grupo de personas, a su situación sanitaria, a la enfermedad transmisible de que son portadores, de los riesgos que implican, así como los razonamientos y fundamentos sanitarios que justifican el tratamiento o el internamiento obligatorio.

- Plazos máximos de los tratamientos e internamientos y sus posibles prórrogas autorizadas también judicialmente.

- Derecho de audiencia de los afectados y de los recursos a interponer ante el incumplimiento de las condiciones fijadas por el juez.

- Posibilidad de disponer de abogado de oficio.

-Garantías de seguridad de los tratamientos impuestos (el artículo 13.2 y 3 las regula convenientemente).

- Régimen de indemnizaciones por los daños que un tratamiento obligatorio inflinga en la persona, o por prohibiciones de tráfico o uso de bienes, cuando proceda.

- Etc.

B. Establecimiento de la acción pública.

No debe obviarse que de la definición de derechos del Título I de anteproyecto así como de la Cartera de Servicios comunes del SNS, se deriva un difuso derecho subjetivo a que las Administraciones sanitarias realicen acciones colectivas de salud pública (artículo 7 del anteproyecto), derecho subjetivo no ejercitable en la práctica sobre todo a título individual. En el campo de la salud pública más que de derechos cabe hablar de concretos deberes y obligaciones de actuar de las Administraciones sanitarias, si bien con escasa o nula capacidad de reacción por la ciudadanía ante la inactividad de éstas. El anteproyecto reconoce el derecho a recibir prestaciones de salud pública de carácter colectivo (art. 7), de información (art. 8), de participación (art. 9), pero no diseña cauces o prevé concretos instrumentos para que el ciudadano pueda hacer efectivos estos derechos.

Se trataría, por tanto, de habilitar un medio, cauce o instrumento, ágil, rápido y gratuito, para que el ciudadano pueda, en su caso, hacer efectivos y reales los derechos reconocidos. Ese cauce puede instrumentarse a través de una "acción pública" ejercitable, además de a título individual, fundamentalmente a través del asociacionismo, esto es, reconociendo expresamente la legitimación administrativa y procesal a asociaciones, ONGS, etc., para que el ciudadano, de un lado, pueda instar a la Administración sanitaria a actuar, participando, incluso, en políticas, planes, y gestión de la salud pública, y, de otro, para procurar la preservación, protección y, en su caso, restauración, de los derechos individuales y colectivos reconocidos, mediante el ejercicio de acciones administrativas y judiciales ante los tribunales de justicia. Los derechos ejercitables a través de la "acción pública" podrían concretarse en los siguientes ámbitos:

- Derecho al dialogo público con las autoridades sanitarias para desarrollar programas de protección de los derechos ciudadanos.

- Derecho a realizar auditorías en torno al respeto de los derechos reconocidos en las actividades de la Administración sanitaria.

- Derecho a realizar concretas actividades para prevenir la violación de derechos.

- Derecho a intervenir directamente, tanto en vía administrativa como judicial, en situaciones de violación o inadecuada protección de los derechos, interponiendo los recursos o acciones judiciales pertinentes.

Finalmente, la afirmación contenida en el artículo 17.1: "Todos son responsables de su salud personal y de las consecuencias de sus actos en la salud de las demás personas", es contradictoria con el modelo de determinantes que se quiere defender con la ley y resta credibilidad y eficacia al enfoque de reducción de desigualdades en salud.

Además, uno de los ejes de la salud pública es el ejercicio del control oficial del conjunto de establecimientos, instalaciones, servicios, etc., lo que requiere que no sólo "los titulares […] estén obligados a establecer medidas y procedimientos que garanticen la seguridad sanitaria", como establece el artículo 17.2, sino a que cumplan con el marco legislativo que les afecta, lo que se complementaría con el artículo 17.3 que obliga a la autoridad sanitaria a cumplir y hacer cumplir esa normativa.

TÍTULO II. INTERVENCIONES EN SALUD PÚBLICA.

Capítulo II. Información en salud pública.

SESPAS considera conveniente insistir en las recomendaciones que fueron enviadas en su momento al Ministerio de Sanidad y Política Social, en el sentido de que la Ley explicite los objetivos básicos del sistema de información, así como los elementos principales que han de definirlo (nivel de desagregación relevante para la toma de decisiones, periodicidad, obligación de publicación periódica de resultados comparados entre territorios y organizaciones, etc.). Las bases sobre las que se asiente el sistema de información de salud pública condicionarán el proceso de rendición de cuentas, y la Ley ha de velar por que dicho proceso sea transparente y adecuado. Se sugiere asimismo que en el texto de la Ley se contemple la colaboración con el Instituto Nacional de Estadística para implementar esta nueva función estadística.

Capítulo III. Promoción de la salud.

En general, el enfoque de promoción de la salud que adopta el anteproyecto está muy basado en la iniciativa y el papel de los servicios sanitarios, muy alejado del planteamiento que da protagonismo a la población sobre su propia salud, a las políticas sobre su propia contribución a la salud y a los movimientos sociales sobre las políticas. Este enfoque empobrece los planteamientos de que las riendas de la salud han de ser compartidas por la propia población y todas las políticas, y de que debe darse el protagonismo, además, a los gobiernos locales.

Se aprecia, por tanto, una excesiva referencia a los servicios sanitarios y de salud pública que, en todo caso, correspondería al capítulo V. En este capítulo debería tratarse el tema de manera más amplia, dando más papel al necesario empoderamiento de la sociedad y sus organizaciones respecto a su salud.

En este sentido, cabe cuestionar el redactado del art. 60.1. Si se parte de que la promoción de la salud se basa en facilitar las opciones más saludables, adecuar para ello los entornos y reforzar las capacidades individuales y de la población para mejorar su salud, es dudoso que las actuaciones de promoción de la salud impliquen el ejercicio de la autoridad sanitaria. Si bien sí puede entenderse que es un ejercicio de la autoridad sanitaria vigilar y asegurar que las actuaciones en promoción de la salud que se recomienden lleguen a la población de manera real y efectiva, así como evaluar el impacto en salud de estas actuaciones, la puesta en marcha de actuaciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y las capacidades de las poblaciones frente a su salud no tienen por qué implicar dicho ejercicio.

Asimismo, de los artículos 60.5, 63 y 64.5 parece deducirse la supeditación de todas las iniciativas sociales de promoción de la salud a la administración sanitaria. No obstante, una promoción de la salud bien enfocada procura que el liderazgo de las intervenciones se sitúe en los propios sujetos de la acción. La autoridad sanitaria puede hacer recomendaciones que, posteriormente, sean asumidas e integradas por la sociedad, que realizará sus acciones sin necesidad de referenciarse permanentemente a la autoridad sanitaria.

Por su parte, el artículo 60.6. excluye a las profesiones no sanitarias de la obligación de desarrollar funciones de promoción de la salud. Sin embargo, algunas profesiones no consideradas como sanitarias (por ejemplo trabajo social, así como otras profesiones que pudieran incorporarse con el avance de la salud pública) también han

de asumir responsabilidades en la ejecución de actividades de promoción y prevención.

Capítulo VII. Protección de la salud

Los aspectos relativos a la seguridad alimentaria están desdibujados. Se echa en falta una ligazón muy concreta con la Agencia Estatal de Seguridad Alimentaria, Agencia que debería depender directamente del titular de salud pública del Ministerio de Sanidad y Política Social.

El artículo 83.1, relativo al análisis de riesgo, acota un espacio impreciso cuando debe ser una herramienta clave para el trabajo de la sanidad ambiental.

La gestión del riesgo, contenida en el artículo 83.2, no es sinónimo de "vigilancia y control", sino consecuencia de la vigilancia y control. Lo que debería figurar como alternativa al concepto de gestión del riesgo en este artículo es el de "control oficial".

Por su parte, el artículo 84 debería redactarse a la luz de la Ley "paraguas" de servicios recientemente aprobada y que homogeneiza criterios en toda la Unión Europea, que simplifica muchos procesos como el del registro.

Resulta confusa la redacción del artículo 86: "las Administraciones públicas implantarán programas de sanidad ambiental coordinados por las Administraciones sanitarias", dado que la sanidad ambiental tiene su origen en la salud pública.

En referencia al artículo 88, es necesario destacar el importante papel jugado por la Ponencia de Sanidad Ambiental como órgano de coordinación técnica, que debería quedar recogido de forma explícita en el Anteproyecto. Sería conveniente que el Ministerio de Sanidad y Política Social desarrollara "servicios estables de referencia" no sólo para las sustancias químicas y el cambio climático, sino para el conjunto de la sanidad ambiental. Para lograr una coordinación eficaz con todas las Comunidades y Ciudades Autónomas, debería ejercerse el liderazgo a través de "servicios estables de referencia" con el apoyo de la Ponencia de Sanidad Ambiental. Mención aparte requiere el Centro Nacional de Sanidad Ambiental, que sin duda en un escenario de pertenencia nuevamente al Ministerio de Sanidad y Política Social, debería estar llamado a jugar un papel relevante como órgano técnico de apoyo a la citada Ponencia.

Finalmente, y en línea con los compromisos contraídos ante la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud, se sugiere que en lugar de decir que "el Ministerio… elaborará un informe periódico….", se haga referencia explícita al "Plan Nacional de Salud Ambiental".

Capítulo VIII. Evaluación del impacto en salud de otras políticas.

La redacción del artículo 95 es confusa y ambigua. Dicho artículo establece que serán sometidos a evaluación de impacto en salud (EIS) las normas, planes, programas y proyectos que cumplan "los dos requisitos siguientes", a pesar de que en el propio artículo constan tres requisitos. Por otra parte, del texto actual parece desprenderse que sólo las intervenciones públicas pueden someterse a EIS. Este planteamiento limita las posibilidades de poder evaluar el impacto de las intervenciones privadas sobre la esfera pública de la salud. El enfoque de salud en todas las políticas debe incluir también las intervenciones privadas que tengan impacto sobre la salud de la población.

En el Anteproyecto se obvian algunas normativas existentes relativas a la evaluación del impacto ambiental, por lo que se recomienda, o bien no citar expresamente ninguna de ellas, o bien citarlas de forma exhaustiva. Por otra parte, se manejan de forma muy poco precisa conceptos como evaluación del impacto o evaluación de riesgos, que no son sinónimos.

TÍTULO III. LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.

Capítulos I a III.

A juicio de SESPAS, este Título está muy poco elaborado. Enumera los órganos de gobierno centrales y describe sus funciones y composición, pero en general es muy insuficiente en la descripción de los órganos que enumera. En el Capítulo III se detallan más las funciones de la Red de Expertos que las de los organismos con capacidad ejecutiva. Los órganos previstos por el anteproyecto para el gobierno de la salud pública parecen tener un excesivo perfil de asesoría. Se crean organismos asesores de distinto perfil sin que se concreten las competencias de los actuales ni se constituya un órgano gestor de las competencias a nivel nacional.

Asimismo, también es destacable la falta de una precisa determinación de las competencias y funciones a ejercer por la Administración estatal y la asignación de esas competencias a los distintos órganos o Departamentos de la misma. En el texto del anteproyecto no se clarifica suficientemente cuáles son las competencias en el ámbito estatal de los distintos organismos actualmente implicados (particularmente en relación con el Instituto de Salud Carlos III, pero también respecto del Departamento de Trabajo y Seguridad Social, por ejemplo). Por otra parte, llama la atención que se deje fuera de las funciones propias del Ministerio de Sanidad y Política Social la seguridad alimentaria (art. 107.2).

Desde SESPAS seguimos considerando conveniente que la Ley establezca la creación de la Agencia Española de Salud Pública, con la naturaleza, composición y funcionamiento ya propuestos por nuestra Sociedad, mediante la cual mejorar efectivamente la escasa coordinación interadministrativa actualmente existente. El Centro de Evaluación de Políticas de Salud Pública y Prevención de Enfermedades recogido en el anteproyecto no parece, por sí solo, que pueda constituirse en una estructura suficiente para este fin.

La citada Agencia habría de conformarse en la futura Ley estatal de salud pública como un organismo autónomo con personalidad jurídica y sometido al Derecho público, integrador de todos los recursos estatales en salud pública, regido exclusivamente por criterios de profesionalidad tanto en la dotación de personal como en su gestión, con representación en su órgano de gobierno colegiado de los responsables de salud pública de las Administraciones sanitarias autonómicas, y que debe actuar como órgano coordinador de todos los órganos técnicos autonómicos y locales de salud pública. Es muy importante que, desde su configuración en la ley, se desprenda una clara legitimación científica de este órgano, pues de no ser así difícilmente podrá realizar la esencial función coordinadora de las acciones y políticas de salud pública autonómicas y locales.

Por su parte, el “Consejo Estatal de Salud Pública” puede ser, en principio, un órgano válido como vehículo para insertar la salud pública en todas las políticas públicas (educación, vivienda, trabajo, medio ambiente, agricultura, etc.). No obstante, está deficiente o erróneamente definido en su composición y funciones. Dicho órgano debería tener una estructura más técnica que política para garantizar su operatividad.

Tal y como está diseñado, es improbable que en la práctica influya en el diseño de políticas educativas, urbanísticas, agrícolas, etc., que no son competencia del Estado, sino de las Comunidades Autónomas.

Por ello, en opinión de SESPAS debería revisarse su composición en el sentido de que sea un órgano más reducido y que los vocales sean, al menos en su mayoría, técnicos y no políticos. Además, debería incluirse entre las funciones del Consejo la de emitir un informe preceptivo previo a la autorización de cualquier iniciativa legislativa o gubernamental que pueda afectar a la salud de las personas y de las comunidades en el territorio español. Asimismo, deberían contemplarse en la ley otros instrumentos y cauces (participación directa en la elaboración de planes, etc.) a través de los cuales este órgano pueda influir e implicar al resto de Administraciones en el logro de políticas saludables.

Por otra parte, parece existir un cierto solapamiento de funciones entre el Comité Asesor y la Red de Expertos, sin que del texto del anteproyecto se deduzca cómo se coordinará la actividad de ambos órganos. Tampoco se hace mención en el texto al papel que podrían jugar las sociedades científicas.

Finalmente, y en relación con la Estrategia Estatal de Salud Pública, se sugiere que se establezca la obligación de remitirla al Parlamento Español para su consideración, una vez aprobada por el Consejo Estatal y el Gobierno de España.

Las Ponencias, como órganos técnicos de coordinación entre el Ministerio de Sanidad y Política Social con las Comunidades y Ciudades Autónomas, deberían ser recogidas en el anteproyecto de ley en un artículo específico. Estas Ponencias, que dependerían de la Comisión de Salud Pública (como hasta ahora), deberían contar con un reglamento de funcionamiento y una regularidad de convocatoria que posibilitase su función. Aun considerando que el Instituto de Salud Carlos III no depende actualmente del Ministerio de Sanidad y Política Social, sería necesario tenerlo en cuenta por el papel que ha tenido (y que debería seguir teniendo en el futuro) de apoyo técnico al conjunto de Ponencias.

Capítulo V. Organización de la salud pública en el municipio.

Aunque la ley apuesta por un enfoque de determinantes sociales de la salud y de salud en todas las políticas (STP), el resultado final está muy centrado en los servicios sanitarios y de salud pública, dejando poca autonomía a las iniciativas sociales y, especialmente, a los gobiernos locales, elementos clave de una estrategia de STP. El ámbito de los gobiernos locales merece mayor protagonismo, acorde con la apuesta por un buen gobierno compartido con la ciudadanía.

Así, cabría revisar la atribución de competencias recogidas en los artículos 125 y 126, asignando como propias algunas de las que actualmente aparecen como delegadas (entre otras, la promoción de la salud).

Por otra parte, el anteproyecto delimita las funciones que corresponden a los municipios asignándoles, sin discriminación alguna en función de su número de habitantes, similares competencias, funciones y responsabilidades.

En opinión de SESPAS, el anteproyecto debería discriminar a los municipios en razón del número de habitantes, si es preciso, modificando las leyes de Régimen Local y

General de Sanidad[1]. La indiscriminada atribución competencial en modo alguno se acomoda a la compleja estructuración municipal de nuestro Estado, que cuenta con un elevado número de municipios. Los municipios pequeños, al carecer de financiación y estructura técnica suficiente, no han sido capaces de asumir y desarrollar por sí solos las competencias y responsabilidades encomendadas, y en muchos casos tampoco se han mancomunado o asociado para este cumplimiento. En suma, no ha sido operativa esta asignación de funciones, fundamentalmente por su indiscriminación poblacional y, sobre todo, por no estar acompañada de los mecanismos de financiación necesarios. Actualmente, sólo es apreciable una vitalidad de los servicios municipales de salud pública en los grandes y en algunos medianos municipios.

Sin embargo, los estudios empíricos sistemáticamente afirman la importancia de los servicios locales en el ámbito de la salud pública. En consecuencia, SESPAS propone una redefinición de las competencias de los Entes Locales en función de su número de habitantes, habida cuenta que los municipios con muy escasa población y, por ende, escasa o nula estructura y financiación no pueden asumir ni prestar los mismos servicios que los medianos o los grandes.

Para los pequeños municipios, que, de entrada, deben tener un nivel de responsabilidades menor acomodado a sus posibilidades, las leyes de salud pública deben prever mecanismos técnicos y financieros que verdaderamente impulsen y faciliten la creación voluntaria de Mancomunidades, Consorcios u otras formas de cooperación intermunicipal, y no limitarse, sin más, a invitar a ello, pues sólo mediante estas fórmulas podrán asumir con garantías de continuidad y eficacia sus responsabilidades en el control de la salubridad pública. A estos Consorcios o Mancomunidades posteriormente se podrá atribuir por delegación de la Administración de la Comunidad Autónoma el ejercicio de mayores responsabilidades en la materia. Para los medianos y grandes municipios es plausible que la futura Ley General de Salud Pública les asigne mayores responsabilidades. En cualquier caso, esta redefinición competencial debe caracterizarse, dentro del necesario realismo, por la asunción de los inconvenientes que una sensata potenciación de la autonomía local pueda conllevar en nuestro atomizado mapa municipal, entre ellos, una cierta asimetría competencial. Al igual que la Ley 57/2003, de 16 de diciembre, ha roto el tradicional uniformismo del régimen local en lo que respecta al modelo orgánico-funcional, también debería romperse el uniformismo actualmente existente en la atribución de las competencias y responsabilidades en diversas materias y, en concreto, en materia de salud pública.

Dado que es difícilmente justificable que no existan en este capítulo referencias explicitas al rol de las grandes ciudades en salud pública, a pesar de que fueron las primeras en tener auténticos servicios de salud pública en España, se propone al menos una nueva redacción del artículo 125.5 en el siguiente sentido:

Artículo 125.5. Esta enumeración se realiza sin perjuicio de las competencias de aquellas grandes ciudades que históricamente se dotaron de Laboratorios, Institutos de Higiene y en general de servicios propios en salud pública, que han encajado con los correspondientes servicios autonómicos, y sin perjuicio asimismo de cualquier otra actividad de competencia municipal que en un futuro puedan atribuírseles por las legislaciones estatal o autonómica correspondientes en materia de salud pública.

[1] El artículo 25.2. h) de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, atribuye a los municipios competencia en materia de protección de la salubridad pública. A su vez, el artículo 42 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, atribuye a los Ayuntamientos responsabilidades de control sanitarios del medio ambiente, industrias, actividades, servicios, edificios, distribución y suministro de alimentos, etc.

TÍTULO IV. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PÚBLICA.

Capítulo I. Formación y desarrollo profesional en salud pública.

En el artículo 134, además de los programas de médicos internos y residentes, de las titulaciones de postgrado y la acreditación de titulaciones de otros países, la ley debería plantear la posibilidad de incluir otras titulaciones existentes en otros niveles académicos, que se van mostrando necesarias en salud pública (por ejemplo, auxiliar de inspección), pero también nuevas figuras de dinamización social para la promoción de la salud que se van incorporando sin titulación específica.

Para garantizar la plena eficacia del artículo 134, y reconocer definitivamente la salud pública como área multidisciplinar, sería preciso que la nueva Ley General de Salud Pública fuera acompañada de la revisión del actual Real Decreto 183/2008, que desarrolla la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), y que no satisface las aspiraciones de los salubristas que no son médicos. Se necesita un nuevo marco de referencia eficaz que propicie el acceso a la especialidad de "Salud Pública" a todas aquellas profesiones sanitarias como contempla la LOPS, y a aquéllas que no siendo sanitarias hayan realizado una formación postgrado con los créditos que se consideren necesarios.

El art. 135 hace referencia al art. 141, si bien parece querer referirse al art. 134. En todo caso, y en relación con el contenido del citado artículo, la ley debería asegurar el desarrollo profesional de todos los perfiles, y no únicamente el de las profesiones sanitarias.

3 de septiembre de 2010