



MEMORIA JUSTIFICATIVA

DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI.

I. INTRODUCCIÓN.**II. LA SALUD PÚBLICA.****III. LA SALUD PÚBLICA EN EUSKADI.****IV. LA PANDEMIA COVID-19****V. ANTECEDENTES NORMATIVOS.****VI. OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA DEL ANTEPROYECTO.****VII. PREPARACIÓN, ELABORACIÓN Y TRAMITACIÓN DEL TEXTO.****VIII. OBJETIVOS DEL ANTEPROYECTO.****IX. CONTENIDO Y NOVEDADES.****X. INCIDENCIA DE LA REGULACIÓN.**

- 1. Derogaciones.**
- 2. Desarrollo reglamentario**
- 3. Incidencia organizativa.**
- 4. Impactos.**

I. INTRODUCCIÓN.

La presente Memoria se elabora en cumplimiento de lo establecido en las **Directrices para la elaboración de Proyectos de Ley, Decretos, Ordenes y Resoluciones, aprobadas por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de marzo de 1993.**

La memoria y los antecedentes necesarios que deben acompañar al texto del Proyecto de Ley para su tramitación parlamentaria, son documentos cuyo contenido debe diferenciarse de la exposición de motivos de una ley, puesto que, de conformidad con lo establecido en la Directriz Segunda, I, 2, *“la Memoria responde a un análisis más amplio de la regulación normativa, en la que, además de los aspectos incluidos en la Exposición de Motivos, se tengan en cuenta la situación o fenómeno al que se debe dar una respuesta, las distintas alternativas existentes y las razones que aconsejen optar por la que se propone y la estimación de la incidencia organizativa y/o financiera de la regulación propuesta, especialmente cuando se trate de creación de Organismos.”*

Por todo ello, la presente memoria contiene un análisis de la situación actual de la salud pública en Euskadi y de la conveniencia y oportunidad de este nuevo texto normativo; da a conocer su proceso de elaboración y el contenido del anteproyecto, y aporta una estimación de la incidencia de la regulación propuesta.

II. LA SALUD PÚBLICA.

Existen múltiples definiciones de la salud pública, ya que el propio concepto ha ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad, de acuerdo con la realidad y con la disponibilidad de herramientas de intervención disponibles.

En concreto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en 1998 como *un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.*

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2002), concluye que la Salud Pública es el *esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus*

instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

Así, la salud pública es una disciplina que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones, encargada de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover, prevenir y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.

Medidas de salud pública han existido -aunque no con ese nombre- desde hace siglos. Tomando como referencia la época en que aparecen en nuestro contexto las primeras leyes relacionadas, en el siglo XIX, a la par del aumento del interés por la salud como derecho, los avances en salud pública vinieron de la mano de las medidas de saneamiento en las ciudades, que permitieron a la población acceder a mayores condiciones de salubridad e higiene. Por este motivo se suele hablar de sanitarismo, higienismo o salubrismo para aludir a este período. Es a finales del XVIII y en el siglo XIX cuando surge la salud pública tal y como la entendemos hoy, de la mano de la Ilustración y de la Revolución Industrial. Y nace, además, la epidemiología como ciencia.

En las décadas finales del siglo XIX y las primeras del XX, los avances en investigación, con el descubrimiento de los microorganismos y agentes bacterianos, supusieron el importantísimo paso adelante de las vacunas y los antibióticos para la medicina y para la salud de la población.

La segunda mitad del siglo XX dio paso al protagonismo de las enfermedades no transmisibles y crónicas (cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes), y comenzaron los estudios sobre hábitos, conductas y estilos de vida, que permitieron identificar factores de riesgo y de protección tanto a nivel individual como poblacional. En este periodo inician su andadura organismos como Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

El arranque del siglo XXI ha supuesto grandes avances científicos y tecnológicos, y es testigo de importantes transformaciones sociales y demográficas, que además ocurren a un ritmo vertiginoso. El aumento en la esperanza de vida, la inversión de la pirámide poblacional, la globalización, los procesos migratorios -voluntarios o forzados-, la sociedad de la información y el conocimiento, el incremento de las desigualdades sociales, las crisis económicas y energéticas, el cambio climático y sus efectos, las reivindicaciones en materia de género, los cambios en el modelo familiar, los valores postmodernos y un largo etc. forman ya parte del contexto y resultan determinantes de la salud de las personas, por lo que a su vez en ellos debe incidir la salud pública en la actualidad. Y la pandemia COVID-19 de 2020-2021 ha puesto aún más el foco en la salud pública.

Desde mediados del siglo XX, la trayectoria de los organismos internacionales a partir de su constitución e inicio, son un claro ejemplo de la preocupación que suscitan la salud de las personas y la salud pública en concreto; así mismo, son un exponente de esta evolución que ha habido en los conceptos de salud y de salud pública.

La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** de 1948, en su artículo 25, afirma con rotundidad que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”*

Por su parte, uno de los principales instrumentos que desarrollan dicha declaración, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, de 1966, en su **artículo 12**, establece lo siguiente:

“1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La **Organización Mundial de la Salud** (OMS), en el preámbulo de su **constitución** -firmada en 1946 y que entró en vigor el 7 de abril de 1948-, define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Así mismo, afirma que *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”* Se trata de una formulación de la salud en sentido positivo, no en contraposición a la enfermedad, y aporta a su concepto la multidimensionalidad, sin la cual es imposible entender hoy día la salud.

Así, en 1978, en la Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en **Alma-Ata**, se fijó el objetivo histórico de la *“Salud para Todos”* y se puso el acento en el desarrollo de la Atención Primaria.

La década de los 80 del siglo XX trajo consigo, en el ámbito de las organizaciones internacionales, un gran desarrollo de las políticas orientadas a garantizar la equidad en salud.

En su primera conferencia internacional para la promoción de la salud, celebrada en 1986 en Canadá como respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo, la OMS formuló la **Carta de Otawa**, en la que indicaba que *"La salud es el resultado de las condiciones de: Alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad y acceso a los servicios de Salud"*. Es decir, la *Carta de Otawa definió las políticas de promoción de la salud, resaltando la importancia de la cultura de la salud, de la creación de ambientes saludables y de la acción comunitaria en salud*. En la conferencia, la promoción de la Salud se definió como **"El proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore"**. Y se propusieron cinco estrategias fundamentales para conseguir activar la promoción de la salud: 1. Políticas de salud pública adecuadas. 2. Creación de entornos saludables. 3. Refuerzo de la acción comunitaria. 4. Desarrollo de aptitudes personales. Educación para la salud. Y 5. Reorientación de los servicios sanitarios.

Poco después, la de **Sundswall**, en 1991, fue la primera conferencia de la OMS en que se destacó la importancia para la salud de las acciones de mejora del medio ambiente.

Más adelante, el año 2000, se estableció la Comisión sobre Macroeconomía y Salud para evaluar el impacto de la salud en el desarrollo.

Ese mismo año, 189 Estados Miembros de la ONU adoptaron por unanimidad la Declaración del Milenio, de la que emanan los Objetivos del Milenio. 3 de los 8 objetivos están directamente relacionados con la salud:

4.- Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.

5.- Mejorar la salud materna.

6.- Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.

La OMS, en su informe anual del año 2000 sobre la salud mundial (The **World Health Report**, 2000), promueve la mejora de los sistemas de salud, cuestión en la que incluye *"todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades de salud"*. Y define la salud pública como *"las acciones colectivas e individuales, tanto del Estado como de la sociedad civil, dirigidas a mejorar la salud de la población"*.

En esta misma línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que es otro referente internacional en materia de salud pública, en 2002 definió ésta como el *"esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance objetivo"*.

En 2005, la OMS constituyó la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud** (CDSS), con el fin de contribuir a abordar los factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que inciden en la salud y conducen a inequidades evitables; de

recabar información científica sobre posibles acciones para modificarlos, promoviendo así un movimiento mundial en favor de la equidad en salud. Integrada por 19 miembros, la CDSS mantuvo numerosas reuniones con la sociedad civil. En su informe final (*“Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”*), la Comisión formuló 3 recomendaciones principales:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
- Aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, para hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades en salud y los determinantes sociales.

En 2012, los países de la Región Europea de la OMS adoptaron un nuevo marco estratégico común, **Salud 2020**, a través del cual instaban a todos los gobiernos de sus 53 miembros a trabajar para incrementar de forma significativa la salud y el bienestar de sus poblaciones, reducir las desigualdades en salud, fortalecer la salud pública, mantener los sistemas de salud centrados en las necesidades de las personas y basarlos en los principios de universalidad, equidad, sostenibilidad y calidad.

Por su parte, la conferencia mundial de promoción de la salud celebrada en Helsinki en 2013, centrada en la **Salud en Todas las Políticas**, puso de manifiesto que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario y que una política de salud eficaz debe atender a todos los sectores públicos; y, en consonancia, apeló a los gobiernos a adoptar el enfoque de Salud en Todas las Políticas en sus estrategias gubernamentales. En este sentido, la Declaración de Adelaida de 2010 ya manifestaba que *“Tener en cuenta la salud significa un gobierno más eficaz. Un gobierno más eficaz significa una mejora de la salud”*.

De los años 80 del pasado siglo data el impulso que cobra la vinculación entre municipio/ciudad y salud. La proximidad de la administración local a la ciudadanía y a sus organizaciones permite a los ayuntamientos tener un conocimiento más inmediato y real de las necesidades en salud, y le posibilita una mayor celeridad en la toma de decisiones y en la aplicación de medidas ante cualquier problema.

La OPS en 1988 aprobó la Resolución XV de la reunión XXII de su Consejo Directivo, que abordaba la necesidad de desarrollar y fortalecer los sistemas locales de salud; y, a partir de 1991, impulsó claramente la **Estrategia de Municipios Saludables**. Y desde 1985, la Organización Mundial de la Salud también cuenta con su proyecto de ciudades saludables. En la actualidad, la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS cuenta con 221 entidades locales que agrupan a cerca de 20 millones de habitantes.

En 2018, La Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS adoptó la **Carta de Belfast para Ciudades Saludables 2019-2024**, al término de la Conferencia Internacional de Ciudades Saludables, celebrada con el fin de fomentar la salud y el bienestar y de reducir las desigualdades, desde el liderazgo de las administraciones municipales.

Este breve repaso del recorrido realizado los últimos 70 años por instituciones y organismos internacionales en materia de salud pública, evidencian los importantes cambios y avances que ha habido en el propio concepto de salud y la forma de abordar las cuestiones y problemas con ella relacionados.

III. LA SALUD PÚBLICA EN EUSKADI.

La sociedad vasca presenta unos resultados en salud acordes con su condición de país desarrollado, pues dispone de un sistema sanitario público, universal y de calidad que le permite abordar adecuadamente las necesidades y expectativas relacionadas con su salud.

El aumento de la esperanza de vida en Euskadi constituye un logro común: en nuestro País, las personas viven más y con mejor salud que en la mayor parte del Estado y de Europa. Este logro conlleva, lógicamente, que la población de 65 y más años haya crecido significativamente. La inversión de nuestra pirámide poblacional y el consiguiente envejecimiento implican la necesidad de más inversión en recursos sanitarios, así como el reto de trabajar más y mejor en prevención y promoción de la salud.

Según los datos de la última Encuesta de Salud de Euskadi (2018), la **esperanza de vida** ha aumentado casi en un año desde 2013 en los hombres y se sitúa en 80,3, dos puntos por encima de Europa. Lo destacable es que se ha producido también un **incremento de los años vividos sin discapacidad**, que ha pasado de 69,3 a 70,1. En las mujeres apenas hay cambio en la esperanza de vida, que ha pasado de 86,4 a 86,5, lo cual supone tres años más que en Europa, aunque sí se ha registrado un ligero aumento en el número de años vividos con discapacidad, 0,4 más que en 2013.

La proporción de personas que perciben su salud como buena o muy buena ha aumentado en los últimos años, aunque la proporción de mujeres que perciben su salud como buena es inferior a la de los hombres. En 2018, el 82% de las mujeres y el 87% de los hombres han valorado su salud como buena o muy buena, un 15 y 16% más que la media europea, respectivamente. Comparando con 2013, la **buena salud percibida** ha aumentado en ambos sexos (cinco puntos entre las mujeres y cuatro puntos en el caso de los hombres). A medida que desciende el nivel socioeconómico disminuye la percepción de buena salud.

Según indica la encuesta, la calidad de vida en relación con la salud es peor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad. Esta diferencia se acentúa a medida que avanza la edad y en los grupos con menor nivel de estudios.

Los datos de la ESCAV 2018 señalan que la prevalencia de problemas de **salud mental** ha disminuido un 32% en las mujeres y un 40% en los hombres respecto a 2013. El 17% de las mujeres y el 9% de los hombres padece síntomas de depresión o ansiedad. Las personas que viven en entornos desfavorecidos tienen casi tres veces más de probabilidades de tener estos síntomas.

La dimensión de la salud que presenta problemas que inciden en la calidad de vida con más frecuencia es el dolor y/o malestar, que afecta al 24% de los hombres y al 33% de las mujeres. Le siguen la presencia de ansiedad o depresión, los problemas de movilidad o las dificultades para realizar las actividades cotidianas.

El 46% de las mujeres y el 42% de los hombres declara padecer alguna **enfermedad crónica**. Se detecta una estabilización de los factores de riesgo cardiovasculares.

El 11% de las mujeres y el 9% de los hombres presenta alguna **limitación crónica de la actividad**. Esta proporción no presenta diferencias sustanciales respecto a 2013.

En relación a las **conductas relacionadas con la salud** y, concretamente, en materia de **adicciones**, cabe señalar que las prevalencias en el consumo de sustancias son mayores entre los hombres en todos los casos, salvo en el de los psicofármacos. En cuanto a las **edades de inicio** en el consumo de sustancias, no hay diferencias reseñables en relación al género: las vascas y vascos empiezan a beber y/o fumar entre los 16 y los 17 años, prueban el cannabis en torno a los 18'6 años y los psicofármacos a partir de los 40 años de edad.

El consumo de **tabaco** ha registrado en Euskadi una caída importante: fuman menos personas y quienes lo hacen, consumen cada vez un menor número de cigarrillos. Desde 2008 la tasa de consumo habitual ha pasado del 30,5 % al 22,1 %. Es la prevalencia más baja en 25 años. Además, quienes no fuman ascienden ya al 75,3 %. Por género, fuman más los hombres (el 25,6%) que las mujeres (18,6%) y por edad, ellos fuman más entre los 45-74 años (28,2%) y las mujeres entre los 15-44 años (20,5%).

Por otro lado, en 2017 la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi recoge, por primera vez, el consumo del **cigarrillo electrónico**, que ha sido del 6%.

Se observan grandes diferencias en la ingesta de **alcohol** en función del día de la semana. Así, los días laborables el 66,5 % de la población se declara abstemia, mientras que durante los fines de semana ese porcentaje desciende hasta el 33,7 %. En ambos casos son más las mujeres que no beben, que los hombres. Por otra parte, se constata que ha bajado la proporción de quienes realizan un consumo excesivo o de riesgo, tanto entre semana: el 0,4 % en 2017 (frente al 2,5 % en 2012), como los fines de semana: el 8,1 % el año pasado (frente al 11,3 % en 2012).

Entre los jóvenes de 15 a 34 años, la práctica del “botellón” se mantiene sin grandes variaciones. Sin embargo, disminuye significativamente el porcentaje de quienes hacen botellón semanalmente, el 1,1 % en 2017, frente al 5,1 % de 2012.

Entre las drogas ilegales, el **cannabis** sigue siendo la sustancia ilegal más consumida en Euskadi. En los meses anteriores a la elaboración de la encuesta, la consumió el 8,6 % de la población vasca, frente al 6,3% de 2012, pero muy lejos de las cifras anteriores a la crisis.

Por lo que respecta a las adicciones comportamentales, según la Encuesta sobre Adicciones ha aumentado el **juego**. El 25,7 % de la población participa en loterías y apuestas cada semana, frente al 22,4% que lo hacía en 2012. Las loterías y quinielas son, con diferencia, el tipo de juego más frecuente, seguidas a mucha distancia por las apuestas deportivas que, sin embargo, son las que más han aumentado en los últimos cinco años. La proporción de quienes mantienen pautas de riesgo se mantiene: el 0,6% de la población en 2017, (0,4 en 2012). Aunque cada vez juegan más personas, también ha aumentado el porcentaje de las que no presentan riesgo de adicción al juego: el 23,7 % en 2017 (frente al 19,8 % en 2012).

Aunque cada vez más personas utilizan **internet** en Euskadi (se ha pasado del 72,9% de usuarios en 2012 al 85,1% en 2017), sólo el 5% de la población vasca presenta un uso de riesgo o problemático (el 3% en 2012). Se ha constatado, asimismo, que ese uso de riesgo es algo mayor entre las mujeres.

Según datos de la ESCAV-Encuesta de Salud 2018, el 14% de los hombres y el 11% de las mujeres padece **obesidad**, proporción que ha disminuido ligeramente en mujeres y se ha mantenido en los hombres. En el Estado español, en cambio, la prevalencia de obesidad es del 18% en hombres y 17% en mujeres, mientras que en Europa es del 16% en hombres y 15% en mujeres.

En los últimos años se ha apreciado una disminución del **sedentarismo** de 6 y 8 puntos porcentuales en hombres y mujeres, respectivamente. No obstante, el 27% de las mujeres y el 20% de los hombres no realiza ejercicio físico saludable.

Según indica la ESCAV, aumenta el **consumo diario de frutas y verduras**, que es más frecuente entre las mujeres. El 77% de las mujeres y el 68% de los hombres comen fruta a diario; en el caso de la verdura el porcentaje baja al 38% y al 27%, respectivamente. Por su parte, disminuye el número de personas que come dulces a diario, aunque lo hace una de cada cuatro personas.

El 80% de los niños y el 84% de las niñas ha recibido **lactancia** materna de su madre o de un banco de leche.

Una vez repasados los datos, cabe destacar que la alta esperanza de vida y los –en general- positivos resultados en salud de la ciudadanía son fruto del esfuerzo conjunto de la

sociedad vasca por mejorar el conjunto de determinantes sociales y mantener hábitos relativamente saludables en general, aún con las salvedades presentadas anteriormente. A ello, se une un sistema de salud público, universal y de calidad y acorde a sus necesidades y expectativas. El sistema sanitario vasco se configuró en los años 90 del siglo XX. Desde la consideración de la salud como un derecho humano, y de la equidad en salud como una expresión de la justicia social, la **Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi** (LOSE) constituyó en su momento el instrumento fundamental para articular el compromiso de los poderes públicos vascos con la ciudadanía respecto al desarrollo y aplicación de un derecho tan relevante como el relacionado con la protección y el cuidado de la salud.

A partir de la aprobación de esta ley, el desarrollo de las políticas de salud y del sistema sanitario, como pilares fundamentales de la calidad de vida y del bienestar de la sociedad vasca, han constituido una prioridad en la acción pública. En estos años, tal y como se ha indicado, las necesidades relacionadas con la salud de la población vasca se han cubierto de manera adecuada y, de hecho, en Euskadi los resultados en salud son positivos y su modelo sanitario es muy valorado por la ciudadanía; si bien es preciso reconocer que siguen existiendo desigualdades sociales en salud; es decir, diferencias evitables, entre grupos que están definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

El artículo 3 de la LOSE señala que *“De acuerdo con las obligaciones que impone a los poderes públicos vascos el reconocimiento del derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, compete a la administración sanitaria vasca garantizar la tutela general de la salud pública a través de medidas preventivas, de promoción de la salud y de prestaciones sanitarias individuales.*

Asimismo, le corresponderá garantizar un dispositivo adecuado de medios para la provisión de las prestaciones aseguradas con carácter público, a través fundamentalmente de la dotación, mantenimiento y mejora de la organización de medios de titularidad pública.”

Así, dicha ley creó y configuró el **Sistema Sanitario de Euskadi** como el medio para llevar a cabo una adecuada organización y ordenación de las actuaciones que competen a la administración sanitaria vasca, señalando que su objetivo último era el mantenimiento, la recuperación y mejora del nivel de salud pública de la población configurado por todos los recursos sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Sin embargo, en el tiempo de desarrollo de la ley, tal y como se ha señalado antes, ha evolucionado el concepto de salud pública que aparecía inicialmente incluido en el sistema sanitario de Euskadi que creaba la LOSE.

En sintonía con los documentos estratégicos que han ido acordando y publicando los organismos internacionales y, en concreto, la Organización Mundial de la Salud, las políticas de salud se configuran como una de las estrategias fundamentales para nuestro País, desde

el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, pero también como una responsabilidad de todas las instituciones y agentes económicos y sociales, así como de todas y cada una de las personas. La acción en salud debe centrarse en la cura de la enfermedad, en prestar una asistencia sanitaria de calidad, o en la investigación, pero también debe dedicar esfuerzos a la prevención de la enfermedad; a la protección de la salud (incluyendo la seguridad alimentaria y la salud ambiental); a la promoción de la salud y a su mantenimiento en toda la población, incidiendo para ello sobre los hábitos y conductas de las personas, pero también sobre los determinantes de la salud, con especial dedicación a los grupos poblacionales y colectivos más vulnerables.

Tal y como se ha señalado, analizando los resultados de la encuesta ESCAV-2018, se evidencia que todavía existen en Euskadi desigualdades en salud; las personas de la clase social más baja tienen una mayor prevalencia de mala salud percibida y de problemas crónicos, así como una peor esperanza de vida. Todo ello en hombres como, especialmente, en el caso de las mujeres. Dichas desigualdades socioeconómicas se repiten con respecto a los hábitos de vida, la obesidad y el sedentarismo.

Hoy día, la mejora de la salud y el bienestar constituyen un objetivo compartido por los distintos poderes públicos y políticas sectoriales, de forma que, mediante su acción, sea el ámbito que sea, puedan influir en la mejora de la salud y contribuir a aumentar el bienestar de la ciudadanía. Este enfoque de la Salud en Todas las Políticas permea las distintas intervenciones de las instituciones públicas y permite incorporar, de una manera más decisiva y eficaz, las consideraciones relativas a la salud en la toma de decisiones de los distintos sectores y áreas de políticas.

Así, **la evolución en el concepto y en las funciones de la salud pública** conlleva actualmente la implicación de un amplio número de agentes que intervienen en su aplicación. Por supuesto, interviene el Sistema Sanitario de Euskadi, pero además intervienen otros departamentos del Gobierno Vasco, competentes en materias de una incidencia indudable en el ámbito de la salud pública como es la prevención y salud laboral; el desarrollo económico (transportes, agricultura, ganadería, industria); la hacienda y economía; la educación; las políticas sociales y de igualdad; la protección del medio ambiente; la planificación territorial; las políticas de vivienda; las políticas de empleo, de juventud o de promoción de la actividad física; el consumo y el comercio. Intervienen las administraciones locales, diputaciones y ayuntamientos, además de otros ámbitos como el universitario, el de la sanidad privada, así como la ciudadanía, la sociedad civil y el sector privado.

La salud pública contribuye, en suma, a mejorar la salud de las personas, a través de sus áreas de acción prioritarias, y es un instrumento indispensable para mantener y mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de nuestro sistema de salud, así como sus características de público y universal.

El Decreto 116/2021, de 23 de marzo, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud, en su artículo 9, enumera las **funciones de la actual Dirección de Salud Pública y Adicciones** y constituye, por tanto, un catálogo de las prestaciones del Gobierno Vasco en esta materia a día de hoy. Se detallan a continuación:

- a) La elaboración de las propuestas de objetivos de salud del Plan de Salud de Euskadi, así como de las estrategias para su ejecución, los indicadores para su seguimiento y la elaboración de informes de evaluación sobre los niveles de cumplimiento.
- b) El desarrollo, ejecución y evaluación de las políticas de protección de la salud, en particular todos aquellos programas relacionados con la salud alimentaria, tanto en sus aspectos de seguridad alimentaria como de alimentación saludable, y la salud ambiental, incluyendo entre otras áreas las aguas de consumo y de baño, la prevención y control de la legionelosis, sanidad mortuoria, los productos químicos, vectores de transmisión de enfermedades y calidad del aire. En estos programas incluyen el análisis de riesgos físicos, químico o biológicos. También se incluye el servicio analítico en las actividades del campo de la promoción, prevención y protección de la salud, así como en situaciones de alerta y riesgo para la Salud Pública.
- c) La vigilancia y análisis epidemiológico de la salud y sus determinantes, así como de la incidencia de las enfermedades y su distribución en los distintos grupos poblacionales.
- d) La prevención de enfermedades y la promoción de la salud mediante el diseño y ejecución de programas verticales o bien la incorporación de actuaciones en los servicios asistenciales dirigidas a estos objetivos.
- e) El desarrollo de planes y programas orientados a proporcionar información y educación sanitaria para el desarrollo de aptitudes personales, indispensables para afrontar las diferentes etapas de la vida y las enfermedades crónicas.
- f) La promoción de acciones dirigidas a generar condiciones sociales, ambientales y económicas que propicien ambientes favorables y mitiguen posibles impactos negativos en la salud pública e individual.
- g) El fortalecimiento de la acción comunitaria mediante la participación activa de las comunidades en el diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades de salud, con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y su calidad de vida.
- h) El impulso de la equidad en salud, desarrollando actuaciones encaminadas a grupos de especial riesgo o vulnerabilidad.
- i) La resolución de las actuaciones dirigidas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos por personal del sistema sanitario de Euskadi.

- j) La coordinación de las actuaciones del departamento en la prevención del virus de inmunodeficiencia adquirida humana y otras infecciones de transmisión sexual.
- k) El desempeño, como autoridad sanitaria, de las facultades administrativas previstas en la legislación vigente dirigidas al control sanitario y registro, evaluación de riesgos e intervención pública en la higiene y seguridad alimentaria, aguas de consumo público, salubridad del medio ambiente, biocidas, gestión de residuos sanitarios y demás actuaciones relacionadas con la protección de la salud pública.
- l) La elaboración, junto con las subdirecciones correspondientes de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, del programa de actuaciones en materia de salud laboral para su ejecución por Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.
- m) La coordinación funcional de la Unidad de salud laboral de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.
- n) La determinación, junto con las subdirecciones correspondientes de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, de las directrices a desarrollar por el citado Instituto en la elaboración del mapa de riesgos laborales.
- ñ) La resolución de las autorizaciones administrativo-sanitarias en las materias que afectan a las áreas de actuación de la dirección, sin perjuicio de las atribuciones que correspondan a las Delegaciones Territoriales.
- o) La coordinación de las actuaciones sanitarias ante todo tipo de situaciones de alerta en el ámbito de la salud pública.
- p) La adopción de medidas ablatorias de cierre de establecimientos o suspensión de su funcionamiento que no tengan carácter de sanción, en áreas de la dirección.
- q) La definición de la política integral vasca en materia de adicciones y el impulso interdepartamental e interinstitucional de las actuaciones en este campo en colaboración con los distintos ámbitos sectoriales implicados.
- r) El impulso y sostenimiento de programas e iniciativas destinadas a la prevención de las drogodependencias y adicciones comportamentales en el ámbito familiar, comunitario, educativo y laboral.
- s) Potenciar la participación de entidades sociales, medios de comunicación y ciudadanía en general en la prevención, asistencia e inclusión en materia de drogodependencias.
- t) El asesoramiento a las entidades forales y locales en materia de adicciones.
- u) El desempeño de las funciones, a través del servicio de adicciones, del Órgano de Apoyo y Asistencia establecido en el Decreto 25/2018, de 18 de febrero, sobre desarrollo institucional contenido en la Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.

v) La planificación, gestión, evaluación y desarrollo del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Registro de Vigilancia Microbiológica.

x) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en el ámbito de su competencia con la imposición de sanciones tipificadas como leves y graves, de acuerdo con la legislación aplicable.

En las materias referidas en los párrafos anteriores, las Delegaciones Territoriales del Departamento de Salud tendrán una dependencia funcional de la Dirección de Salud Pública y Adicciones.

En virtud del Decreto 116/2021 anteriormente mencionado, corresponde, además, a la Dirección de Salud Pública y Adicciones el ejercicio de las siguientes funciones, de acuerdo con la normativa aplicable:

a) Adoptar, concurriendo razones sanitarias de urgencia o necesidad, medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

b) Adoptar medidas administrativas de carácter preventivo sobre actividades públicas o privadas para evitar consecuencias negativas para la salud.

c) Adoptar, en caso de riesgo inminente y extraordinario para la salud, las medidas preventivas que se estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales o personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas, así como adoptar, con carácter excepcional y cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad y urgencia, cuantas medidas sean necesarias para la protección de la salud de la población.

Para el desarrollo de sus funciones y la coordinación de las actuaciones territoriales previstas en el apartado 1 y 3 del Decreto 116/2021, la Dirección estará asistida por la Subdirección de Salud Pública y Adicciones.

Corresponde a la Subdirección de Salud Pública y Adicciones:

a) La coordinación y supervisión de los medios materiales, económicos y humanos asignados a las Delegaciones Territoriales en materia de salud pública y adicciones.

b) La coordinación y gestión de los procesos referidos a funciones inculcadas en la Dirección y en las Delegaciones Territoriales relacionadas con la promoción de la salud y las adicciones.

En relación con los laboratorios de salud pública, la Dirección de salud Pública y Adicciones estará asistida por la Subdirección de gestión de recursos, equipos analíticos e instrumentales.

Finalmente, corresponde a la Subdirección de gestión de recursos, equipos analíticos e instrumentales:

- a) La coordinación y supervisión de los medios materiales, económicos y humanos asignados al Laboratorio de Salud Pública.
- b) La estandarización y gestión unificada de los sistemas de aseguramiento de calidad en el Laboratorio.
- c) La planificación, coordinación y gestión de la respuesta analítica de la Dirección de Salud Pública y Adicciones (especialmente de los programas de protección), de Osakidetza-Servicio vasco de salud, de otros departamentos e instituciones, así como de otros agentes externos, como interlocutor con los organismos demandantes de respuesta analítica.
- d) La investigación y desarrollo de la planificación de nuevas líneas analíticas en Salud Pública y otros departamentos y entidades del Gobierno Vasco, y de otras administraciones de ámbito autonómico y estatal, gestionando, planificando y supervisando el trabajo realizado.
- e) La gestión de la coordinación de la respuesta analítica con otras entidades o laboratorios de fuera de Euskadi, proponiendo el establecimiento de Convenios al respecto.
- f) La planificación y supervisión de la gestión de los soportes y herramientas informáticas necesarias para el funcionamiento del Laboratorio.

Por su parte, atendiendo a la distribución realizada por la Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi y la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, los ayuntamientos vascos desarrollan las siguientes labores que directa o indirectamente inciden en materia de salud pública:

- a) Promoción, gestión, defensa y protección de la salud pública.
- b) Medio ambiente urbano: en particular, ordenación complementaria, promoción, gestión, defensa y protección del medio ambiente y desarrollo sostenible, y protección contra la contaminación acústica, lumínica y atmosférica en las zonas urbanas.
- c) Ordenación, gestión, prestación y control de los servicios de recogida y tratamiento de residuos sólidos urbanos o municipales, así como planificación, programación y disciplina de la reducción de la producción de residuos urbanos o municipales.

- d) Abastecimiento de agua en alta o aducción, abastecimiento de agua en baja, saneamiento o recogida de las aguas residuales urbanas y pluviales de los núcleos de población y depuración de las aguas residuales urbanas.
- e) Ferias, abastos, mercados, lonjas y comercio ambulante.
- f) Ordenación, planificación y gestión, así como control sanitario de cementerios y servicios funerarios.
- g) Promoción del deporte e instalaciones deportivas y de ocupación del tiempo libre.
- h) Ordenación y gestión en materia de animales de compañía y potencialmente peligrosos.
- i) Defensa y protección de personas usuarias y consumidoras.

La prestación de dichos servicios se realiza preferentemente por parte de dichas entidades locales, si bien y en base a su autonomía organizativa, los ayuntamientos tienen una amplia capacidad para fijar y gestionar los diversos sistemas para su prestación, como por ejemplo por medio de mancomunidades de servicios.

Las Diputaciones Forales pueden prestar dichos servicios en el caso de que sea imposible su prestación por parte de los Ayuntamientos, generalmente debido a que sean de escasa población, si bien las mismas repercuten los gastos en los citados ayuntamientos.

En este contexto, resulta ineludible seguir avanzando en las políticas en materia de salud pública y, más en concreto, en la apuesta compartida por avanzar en la protección de la salud -en sus facetas de vigilancia, seguridad alimentaria y ambiental-, la promoción y el fomento de estilos y hábitos saludables y la prevención; y también, en suma, el compromiso y la corresponsabilidad de todas las instituciones y de la propia ciudadanía (que constituyen las bases para dar una respuesta adecuada e integral a las necesidades de una sociedad cambiante); para ajustar la práctica de la salud pública a la tecnología y conocimiento actualizado; para atender las situaciones de mayor desigualdad y, en definitiva, para así consolidar una sociedad más saludable y con mayor calidad de vida.

IV. LA PANDEMIA COVID-19

En primer lugar, y como referencia ineludible en el ámbito internacional para las emergencias sanitarias, cabe recordar que en 2005, la Organización Mundial de la Salud promulgó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), tras ser aprobado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud por medio de la resolución WHA58. El RSI tiene como propósito y alcance prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darles una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias

en el tráfico y el comercio internacional. Este reglamento define los Eventos de Salud Pública de Interés Internacional.

En 2020 irrumpió en todo el mundo la enfermedad COVID-19, causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. El Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional en su reunión del 30 de enero de 2020. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020, la OMS lo reconoció como una pandemia global. Durante el primer semestre de 2020, de marzo a julio, el mundo vivió las consecuencias de la primera ola de la pandemia de la COVID-19.

Esta desconocida situación de emergencia sanitaria ha motivado una vigilancia continua de la situación epidemiológica, así como una permanente adecuación normativa, para establecer las medidas de control necesarias en cada momento, con el fin de proteger la vida y la salud de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y disminuir el impacto en el sistema sanitario.

Así, poco después de adoptar unas primeras decisiones en materia de salud pública para prevenir la propagación del virus, el 13 de marzo de 2020 el Gobierno Vasco adoptó la Declaración de Emergencia Sanitaria al amparo del LABI (Larrialdiari Aurre egiteko Bidea, Plan de Protección Civil de Euskadi).

Al día siguiente, el 14 de marzo, mediante la aprobación del Estado de Alarma, el Gobierno español decretó un confinamiento general que se prolongó durante 3 meses y que restringió la mayor parte de las actividades habituales en nuestra sociedad: la producción y el consumo de bienes y servicios, la actividad laboral, los servicios sociales, la educación presencial, la actividad científica, la libertad de movimiento, la vida social, el acceso a la cultura, la actividad física o la práctica religiosa.

Desde finales de abril de 2020, las medidas adoptadas consiguieron ir poniendo freno a la propagación de contagios de la infección provocada por el virus SARS-CoV-2. Esta coyuntura planteó la necesidad de preparar un proceso ordenado de desactivación de las restricciones. El objetivo primordial era preservar la salud pública y recuperar la salud social, tratando de limitar los costes que el confinamiento iba a producir en el empleo y la economía y revertir el deterioro de la situación para el conjunto de la sociedad. A este proceso se le conoció como “plan de desescalada” o “plan de vuelta a la nueva normalidad”.

La segunda ola de la pandemia se inició el 15 de julio de 2020, con cuatro picos epidémicos de tendencia ascendente: el primero entre julio y agosto de 2020; el segundo entre octubre y noviembre; el tercero, entre enero y febrero, y el cuarto, entre marzo y junio de 2021.

El 17 de agosto de 2020, el Lehendakari reactivó la Declaración de Emergencia Sanitaria y el Consejo Asesor del LABI, y dio luz verde a sendos Decretos, de 26 de octubre y

de 6 de noviembre, que determinaron la implantación de exigentes medidas restrictivas. En el ámbito estatal, el domingo 25 de octubre, el Consejo de Ministros, en sesión extraordinaria, aprobó, a través de un Real Decreto, la Declaración del Estado de Alarma inicial de 15 días, extensible a 6 meses. Es decir, hasta el 9 de mayo de 2021.

En Euskadi, la estrategia general de organización del sistema de salud ante la pandemia ha pivotado sobre la asistencial general, hospitalaria, de UCIs o de vacunación, sobre la realización de test y cribados y sobre el Plan de Vigilancia, Control y Rastreo de Casos y Contactos Estrechos.

Desde el punto de vista de la gobernanza y la contribución comunitaria, el Plan Bizi Berri, con sus sucesivas actualizaciones (I, 4 de mayo de 2020; II, 2 de octubre de 2020; III, 12 de febrero, y IV, 6 de julio de 2021) y en base a criterios sanitarios y a los principios de rigor y corresponsabilidad, ha canalizado la respuesta comunitaria y la regulación de actividades y hábitos sociales frente a la pandemia, actualizando periódicamente sus contenidos y adaptándose a la evolución de la pandemia y a las previsiones.

Las medidas preventivas y de control han afectado a diversos ámbitos y actividades: movilidad nocturna, horario de cese de actividades, horario de establecimientos, cierres perimetrales, límite máximo de agrupación de personas, aforos máximos en eventos, educación reglada y no reglada, actividades diversas, txokos, sociedades, lonjas u ocio nocturno, locales de juego, hostelería, y el deporte en sus diferentes variantes.

El primer documento del Plan Bizi Berri respondía a la necesidad de superar una situación de confinamiento muy exigente y de recuperar de modo ordenado actividades básicas del funcionamiento social. Además, sirvió de base, asimismo, para la redacción de las distintas ordenes que desde el Gobierno Vasco se fueron dictando para hacer efectivo el proceso escalonado de recuperación de actividades sociales y económicas.

Por su parte, el segundo documento Bizi Berri se centró en estructurar una respuesta comunitaria para hacer frente a una situación de evolución incierta y al alza de la pandemia, tanto en Euskadi como en todo el mundo, en lo que se denominó “segunda ola”. La principal aportación del Plan Bizi Berri II fue la creación de un Panel de Referencia para analizar en cada momento la regulación de medidas de respuesta comunitaria a la evolución de la pandemia en sus distintos escenarios. Desde octubre de 2020, este órgano de referencia quedó estructurado en dos foros: el Consejo Asesor, conformado por las principales representaciones institucionales de Euskadi; y la Comisión Técnica, que presta asistencia al Consejo Asesor.

El tercer documento Bizi Berri actualizó los contenidos anteriores para adaptarlos a **la evolución de la pandemia y a las previsiones para el periodo febrero-junio de 2021, preparándose para afrontar el período estival.**

Finalmente, cabe destacar el proceso de vacunación de toda la población vasca iniciado el 27 de diciembre de 2020, que ha supuesto todo un reto para el sistema sanitario vasco. Las vacunas se han adquirido a través de la compra centralizada de dosis realizada por la Unión Europea. La estrategia de vacunación, condicionada por la grave situación epidemiológica que estamos viviendo, se está llevando a cabo de manera escalonada. Así, se ha priorizado reforzar cuanto antes la protección de las personas más vulnerables y más expuestas al riesgo de contagio, siempre respetando el principio transversal de equidad y buscando la máxima eficacia. Las distintas vacunas se han aplicado teniendo en cuenta sus características, disponibilidad de cada una y la utilización más adecuada según los distintos grupos de personas priorizados.

A fecha 7 de julio de 2021, más de 1.360.000 personas habían recibido al menos una dosis de la vacuna, y 1.008.511 contaban ya con una inmunización completa.

V. ANTECEDENTES NORMATIVOS.

Normativa en el ámbito estatal

La Constitución Española de 1978 establece en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, y encomienda para ello a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El Estado español tiene competencias exclusivas sobre la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad, la legislación sobre productos farmacéuticos, la legislación básica y el régimen económico de la seguridad social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las comunidades autónomas. La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, configura el Sistema Nacional de Salud español como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas, convenientemente coordinados.

Esta Ley General de Sanidad, en su artículo 6º, establece que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.

La ley 14/1986 fue complementada en 2003 por la **Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** que, manteniendo las líneas básicas de norma de 1986, modificó y amplió el articulado para adaptarlo a la nueva realidad social y política y, por supuesto, a la situación de asunción de las competencias en salud por parte de las comunidades autónomas.

Euskadi ejerce las competencias que le corresponden en materia de salud desde 1984, tras la aprobación del Real Decreto 1536/1984, de 6 de noviembre.

El artículo 11 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece cuáles son las líneas básicas de las prestaciones de salud pública, entendidas como el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Deben ejercerse con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

Las prestaciones en este ámbito comprenden las siguientes actuaciones: Información y vigilancia epidemiológica. Protección de la salud. Promoción de la salud. Vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Promoción y protección de la sanidad ambiental. Promoción y protección de la salud laboral.

Además de las leyes generales mencionadas, otras normas estatales regulan materias de salud pública:

- **Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.** Esta ley habilitó a todas las administraciones públicas para que puedan adoptar las medidas que consideren necesarias para luchas contra enfermedades infecciosas y los riesgos de transmisibilidad.
- **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.**
- **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.**

El **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre**, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Su anexo I concreta la cartera de servicios comunes de salud pública, indicando lo siguiente:

“La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.”

Las prestaciones de salud pública se ejercerán con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. La cartera de servicios de atención primaria incluye los programas de salud pública cuya ejecución se realiza mediante acciones que se aplican a nivel individual por los profesionales de ese nivel asistencial.”

Éstas son las prestaciones que detalla el Real Decreto:

1. Información y vigilancia epidemiológica.

1.1 Sistemas de información sanitaria.

1.1.1 Análisis de los sistemas de información sanitaria existentes. Desarrollo de mecanismos para establecer y utilizar los sistemas de información que se consideren necesarios para llevar a cabo las funciones de la salud pública.

1.1.2 Identificación, monitorización y análisis de los determinantes, problemas y necesidades de salud.

1.1.3 Informes periódicos sobre el estado de salud de la población: Principales enfermedades y sus determinantes.

1.1.4 Informes específicos sobre problemas de salud emergentes o relevantes.

1.2 Vigilancia en salud pública y sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante alertas y emergencias de salud pública.

1.2.1 Identificación y evaluación de riesgos para la salud e identificación de brotes y situaciones epidémicas, alertas, crisis y emergencias sanitarias inducidas por agentes transmisibles, físicos, químicos o biológicos.

1.2.2 Respuesta ante la aparición de brotes y situaciones epidémicas, alertas, crisis, emergencias y desastres sanitarios inducidos por agentes transmisibles, físicos, químicos o biológicos.

2. Protección de la salud: diseño e implantación de políticas de salud y ejercicio de la autoridad sanitaria

2.1 Diseño e implantación de políticas de salud para la protección de riesgos para la salud, prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones, y promoción de la salud, que incluyen:

2.1.1 Identificación de prioridades sanitarias y líneas de actuación.

2.1.2 Promoción y propuesta del desarrollo normativo correspondiente.

2.1.3 Supervisión, evaluación y actualización de normas, reglamentos, programas y protocolos.

2.2 Verificación y control del cumplimiento de la legislación, criterios y estándares sanitarios, en ejercicio de la autoridad sanitaria.

3. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias

3.1 Programas intersectoriales y transversales de promoción y educación para la salud orientados a la mejora de los estilos de vida.

3.2 Programas de carácter intersectorial de protección de riesgos para la salud y prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones.

3.3 Programas transversales de protección de riesgos para la salud, de prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones, y de educación y promoción de la salud, dirigidos a las diferentes etapas de la vida y a la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, lesiones, accidentes y discapacidades, incluidas las actividades para detectar en fase presintomática las enfermedades mediante cribado que se señalan a continuación:

3.3.1 Las enfermedades que forman parte del programa poblacional de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud son:

3.3.1.1 Hipotiroidismo congénito.

3.3.1.2 Fenilcetonuria.

3.3.1.3 Fibrosis quística.

3.3.1.4 Deficiencia de acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena media (MCADD).

3.3.1.5 Deficiencia de 3-hidroxi-acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD).

3.3.1.6 Acidemia glutárica tipo I (GA-I).

3.3.1.7 Anemia falciforme.

La implantación del programa poblacional de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud se acompañará del desarrollo por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de un sistema de información que permita en los niveles autonómico y estatal realizar un correcto seguimiento y evaluación de estos programas poblacionales. El

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaborará un informe técnico anual de evaluación del programa de cribado que pondrá a disposición del ciudadano y las administraciones en su página Web. Asimismo establecerá protocolos consensuados en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que permitan abordar en todas las comunidades autónomas, de manera homogénea y de acuerdo a criterios de calidad, los procesos de cribado.

3.3.2 Los programas de cribado de cáncer que forman parte de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud son:

3.3.2.1 Cribado poblacional de cáncer de mama. Con carácter general, se realizará con los siguientes criterios:

- a) Población objetivo: mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años.
- b) Prueba de cribado: mamografía.
- c) Intervalo entre exploraciones: 2 años.

3.3.2.2 Cribado poblacional de cáncer colorrectal. Con carácter general, se realizará de acuerdo con las siguientes bases:

- a) Población objetivo: hombres y mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años.
- b) Prueba de cribado: sangre oculta en heces.
- c) Intervalo entre exploraciones: 2 años.

3.3.2.3 Cribado poblacional de cáncer de cérvix: Con carácter general, se realizará aplicando los siguientes criterios:

- a) Población objetivo: Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años.
- b) Prueba primaria de cribado e intervalo entre exploraciones:

1.º Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 34 años: Citología cada tres años.

2.º Mujeres con edades comprendidas entre 35 y 65 años: Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR):

i. Si VPH-AR es negativo, repetir prueba VPH-AR a los cinco años.

ii. Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR al año.

Para poder llevar a cabo la evaluación de este programa de cribado, de acuerdo a lo previsto en el apartado 3.3.2.4, las comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla incluirán, entre los datos que recoja su sistema de información del programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix para toda la población diana objeto del programa, si la mujer ha sido vacunada frente al VPH y en su caso, la fecha de la vacunación, las dosis administradas y los genotipos vacunales de la vacuna administrada.

3.3.2.4 De acuerdo con el principio de evaluación establecido en el artículo 3 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y sin perjuicio de las evaluaciones que se realicen en el nivel autonómico, se realizará una evaluación a nivel estatal de estas prestaciones en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, en el plazo que se determine por la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

3.3.2.5 Las comunidades autónomas, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y las mutualidades de funcionarios garantizarán en los cánceres sometidos a cribado poblacional la valoración del riesgo individual en las personas que cumplen criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario y en caso de confirmarse, su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

3.4 Programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud.

4. Protección y promoción de la sanidad ambiental

Programas de intervención intersectoriales orientados a disminuir o evitar los riesgos para la salud relacionados con aguas de consumo, zonas de baño, contaminación atmosférica, acústica y del suelo, residuos, productos químicos y zoonosis, incluyendo los análisis de muestras en laboratorios de salud pública.

5. Promoción de la seguridad alimentaria

Programa intersectorial integral de protección de riesgos que garantice la seguridad en la cadena alimentaria (elaboración, transformación, envasado, etiquetado, almacenamiento, distribución, transporte, publicidad, venta y consumo), incluyendo los análisis de muestras en laboratorios de salud pública.

6. Vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la administración sanitaria competente

Programas intersectoriales de vigilancia de riesgos para la salud en puertos y aeropuertos, puestos fronterizos y medios de transporte nacional e internacional.

7. Protección y promoción de la salud laboral

Programas intersectoriales de promoción de la salud y prevención de riesgos y problemas de salud en el entorno laboral.

Normativa sanitaria de carácter general en la Comunidad Autónoma de Euskadi

Además del mencionado **Decreto 116/2021, de 23 de marzo, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud**, que en su artículo 9 detalla las prestaciones de salud pública que presta el Gobierno Vasco, cabe destacar las siguientes normas:

- **Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi**, anteriormente señalada.
- El 2 de enero de 1997 se publicó el **Decreto 312/1996, de 24 de diciembre, por el que se crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma del País Vasco**.
- El **Decreto 147/2015, de 21 de junio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi**, constituye otra norma de referencia, en tanto en cuanto define y estructura los derechos y deberes de las personas en materia de salud, como conjunto de valores que vertebran las relaciones sanitarias. En su artículo 7 se indica que la persona paciente o usuaria del sistema sanitario de Euskadi tiene derecho *“a que se desarrollen políticas de salud pública que aborden los determinantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud y de equidad en salud de la población y, en particular, sobre los riesgos biológicos, químicos, físicos,*

medioambientales, sociales, educativos, económicos, o de cualquier otro carácter, relevantes para la salud de la población”.

En materia de salud pública, el artículo 13 del mencionado decreto define los siguientes derechos:

- a) *A que se les informe sobre los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se lleve a cabo en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud.*
 - b) *A la participación efectiva en las actuaciones de salud pública, conforme a los procedimientos que al efecto establezca la Administración Sanitaria.*
 - c) *A la seguridad en las intervenciones de salud pública, tanto en las del ámbito comunitario como las de prevención y control de riesgos ambientales.*
- **Decreto 194/2018, de 26 de diciembre, de modificación del Decreto por el que se crea el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Sanidad y se establece su organización y funcionamiento.**
 - **Orden de 4 de octubre de 2017, del Consejero de Salud, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal del Departamento de Salud.**

Normativa específica de salud pública

En primer lugar, y como antecedente más novedoso en nuestro entorno, cabe reseñar la **Ley 2/2021, de 24 de junio, de medidas para la gestión de la pandemia de COVID-19**, recientemente aprobada por el Parlamento Vasco. Fruto de una proposición de ley procedente de la propia cámara, la ley tiene por objeto *“la regulación de los instrumentos jurídicos y actuaciones que competen a las administraciones públicas vascas con el fin de prevenir y preservar la salud pública, garantizar la seguridad de las personas y sostener las capacidades del sistema sanitario vasco durante la situación de emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de la COVID-19”*. Incorpora medidas como la declaración de situación de emergencia sanitaria, o el establecimiento de niveles de alerta o de alarma y las medidas a adoptar en cada uno de ellos.

A continuación se detallan las normas de las que se ha ido dotando Euskadi en materia de salud pública a lo largo de los años.

- **Decreto 166/2018, de 20 de noviembre, de modificación del Decreto por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria de la Comunidad Autónoma del País Vasco.**

- **Decreto 79/2018, de 15 de mayo, que regula el régimen de autorización sanitaria y comunicación de empresas y establecimientos alimentarios, y crea el registro de establecimientos alimentarios de la Comunidad Autónoma de Euskadi (REACAV).**
- **Decreto 2021/2004, por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria de la Comunidad Autónoma del País Vasco.**
- **Decreto 208/2004, de 2 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento Sanitario de piscinas de uso colectivo.**

Son numerosas las órdenes que regulan cuestiones relacionadas con la salud pública. Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- **ORDEN de 11 de mayo de 2021**, de la Consejera de Salud, por la que se aprueban las bases de la convocatoria de ayudas dirigidas a entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro, para el desarrollo de programas de prevención y control del VIH/sida, Hepatitis C (HC) e Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) en el País Vasco.
- **ORDEN de 22 de septiembre de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se regulan y se convocan ayudas dirigidas a asociaciones y cooperativas, para el desarrollo de proyectos participativos orientados a promocionar la actividad física y la reducción del sedentarismo entre el alumnado de la Comunidad Autónoma del País Vasco, durante el curso escolar 2020-2021.
- **ORDEN de 15 de junio de 2020**, de la Consejera de Salud, de modificación de la Orden de 10 de septiembre de 2019, por la que se regulan y se convocan ayudas dirigidas a Asociaciones y Cooperativas, para el desarrollo de proyectos participativos orientados a promocionar la movilidad activa entre el alumnado de la Comunidad Autónoma del País Vasco, durante el curso escolar 2019-2020.
- **ORDEN de 19 de mayo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se aprueban las bases de la convocatoria de la concesión de subvenciones dirigidas a la realización de actuaciones para la promoción de la salud que se desarrollen en el marco de procesos de participación comunitaria en el ámbito local de la Comunidad Autónoma del País Vasco durante el ejercicio 2020.
- **CORRECCIÓN DE ERRORES de la Orden de 13 de mayo de 2019**, de la Consejera de Salud, por la que se actualiza la composición nominal de los miembros del Consejo Asesor de Enfermedades Infecciosas Emergentes de Euskadi.
- **Orden de 12 de enero de 2018**, de la Consejera de Desarrollo Económico e Infraestructuras y del Consejero de Salud, por la que se aprueban las normas

técnicas específicas de adaptación de los requisitos higiénico-sanitarios para los productos lácteos y helados.

- **Orden de 12 de enero de 2018**, de la Consejera de Desarrollo Económico e Infraestructuras y del Consejero de Salud, por la que se aprueban las normas técnicas específicas de adaptación de los requisitos higiénico-sanitarios para los huevos de categoría A, no industrial.
- **Orden de 18 de octubre de 2017**, del Consejero de Salud, por la que se aprueba la vacunación poblacional y el calendario oficial de vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- **Orden de 10 de julio de 2017**, del Consejero de Salud, sobre las recomendaciones de vacunación antigripal anual para la población mayor de 64 años y grupos de riesgo en la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- **Orden de 17 de febrero de 2017**, del Consejero de Salud, por la que se actualiza la composición nominal de los miembros del Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi.
- **Orden de 17 de enero de 2017**, del Consejero de Salud, relativa al calendario de vacunación infantil de Euskadi para el año 2017.
- **Orden de 10 de mayo de 2016**, del Consejero de Salud, por la que se crea el Consejo Asesor de Enfermedades Infecciosas Emergentes en Euskadi.
- **Orden de 21 de enero de 2016**, del Consejero de Salud, por la que se modifican los anexos del Decreto 312/1996, de 24 de diciembre, por el que se crea el sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- **Orden de 7 de septiembre de 2011**, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se crea el Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi.
- **Orden de 13 de febrero de 2011**, del Consejero de Sanidad, sobre el Sistema de Información de Vacunaciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- **Orden de 27 de febrero de 2009**, del Consejero de Sanidad, por la que se regula la declaración al Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

En el ámbito específico de las adicciones, la Comunidad Autónoma de Euskadi cuenta con normativa propia desde 1988:

- La **Ley 15/1988, de 11 de noviembre, sobre prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias**, aprobada por unanimidad en el Parlamento, supuso un importante avance para la comprensión global del fenómeno de las

drogodependencias y para las políticas públicas de prevención, asistencia y reinserción en la materia

- Diez años después, se aprobó la **Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias**, que puso las bases para potenciar los programas de prevención comunitaria de las entidades locales, fundamentalmente municipios, que pusieron en marcha sus propios planes locales de drogodependencias a través de los equipos técnicos de prevención comunitaria.

Esta última norma se modificó parcialmente en tres ocasiones:

- **Ley 1/1999, de 18 de mayo, de primera modificación** de la Ley sobre prevención asistencia e inserción en materia de drogodependencias, por la que se modificaron dos artículos de la Ley, relativos a la composición de la Comisión Interdepartamental y a la composición del Consejo Asesor de Drogodependencias.
- **Ley 7/2004, de 30 de septiembre, de segunda modificación**, tras la cual el Plan de Drogodependencias, que hasta este momento tenía una duración trienal, se convierte en quinquenal.
- **Ley 1/2011, de 3 de febrero, de tercera modificación**, para adaptarla a las exigencias planteadas por la legislación básica de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, -de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco-, que a su vez adoptaba las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y las Directivas de Unión Europea.

En 2016 se aprobó una nueva ley, la **Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias**. Su elaboración fue objeto de una amplia participación social y plantea el abordaje de las adicciones desde el enfoque de salud pública y de salud en todas las políticas considerando las nuevas realidades sociales y los nuevos patrones de consumo en nuestra sociedad. Además de profundizar en los derechos y deberes de las personas usuarias de drogas o con riesgo de adicciones, introduce las estrategias de reducción de riesgos y daños, la perspectiva de género, la atención específica de personas menores de edad y colectivos especialmente vulnerables, así como la intervención ante nuevas problemáticas, como son los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, o las adicciones sin sustancia. Asimismo, esta ley actualiza los dispositivos institucionales e incide en la coordinación interinstitucional.

La ley 1/2016 ha sido objeto de desarrollo reglamentario:

- **Decreto 25/2018, de 20 de febrero, sobre desarrollo del dispositivo institucional contenido en la Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias**, que regula los órganos de coordinación, dirección, consulta, asesoramiento y participación social en esta materia. Y la consiguiente ORDEN de 26 de febrero de 2020, de la Consejera de Salud, de modificación de la Orden de 5 de febrero de 2020, por la que se establece la composición del Consejo Vasco sobre Adicciones.
- **Decreto 187/2019, de 26 de noviembre, sobre señalización en materia de bebidas alcohólicas, productos de tabaco y dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.**
- **Decreto 5/2020, de 21 de enero, de creación y determinación de reconocimientos a las mejores prácticas y a la trayectoria profesional en materia de adicciones.**

Además, cada año se convocan subvenciones en el ámbito de las adicciones, reguladas por la correspondiente orden:

- **Orden de 2 de junio de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se convocan ayudas económicas para la creación y el mantenimiento de equipos técnicos, para el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones y para la realización de proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños, así como de promoción de conductas saludables en estos ámbitos de actuación en el ejercicio 2020.

En lo relativo al **COVID 19**, a lo largo de 2020 y 2021 se han sucedido distintas normas, que se relacionan a continuación:

En el ámbito estatal, el **Real Decreto 926/2020**, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, contempla medidas de diversa naturaleza para hacer frente a la expansión del virus, de conformidad con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales.

Anteriormente, el **Real Decreto 555/2020**, de 5 de junio, prorrogaba el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo.

Por su parte, la **Orden SND/458/2020**, de 30 de mayo, flexibilizaba determinadas restricciones de ámbito estatal establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 3 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Esta Orden fue modificada por la Orden SND/507/2020, de 6 de junio.

En Euskadi se han promulgado las siguientes normas:

- **Orden de 20 de abril de 2021**, de la Consejera de Salud, por la que se regula y convoca las ayudas a proyectos de investigación en COVID-19 de la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias, BIOEF.
- **Orden de 19 de febrero de 2021**, de la Consejera de Salud, por la que se inicia el procedimiento para la puesta a disposición de los centros sanitarios de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social sitas en la Comunidad Autónoma del País Vasco para colaborar en la vacunación frente al COVID-19.
- **Decreto 38/2020, de 6 de noviembre**, del Lehendakari, de modificación del Decreto 36/2020, de 26 de octubre, por el que se determinan medidas específicas de prevención, en el ámbito de la declaración del estado de alarma, como consecuencia de la evolución de la situación epidemiológica y para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.
- **Orden de 22 de octubre de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se adoptan medidas específicas de prevención, de carácter extraordinario en la Comunidad Autónoma de Euskadi, como consecuencia de la evolución de la situación epidemiológica derivada del COVID-19.
- **Orden de 22 de octubre de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se adoptan medidas especiales en materia de salud pública para la contención del brote epidémico de la pandemia COVID-19 en diversos municipios y zonas básicas de salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- **Orden de 19 de agosto de 2020**, de la Consejera de Salud, de cuarta modificación del anexo de la Orden de 18 de junio de 2020, de la Consejera de Salud, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, modificado por las órdenes de 28 de julio y 7 de agosto de 2020.
- **Orden de 14 de agosto de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que solicita de la Consejera de Seguridad la activación formal del Plan de Protección Civil de Euskadi, Larrialdiei Aurregiteko Bidea-Labi ante la situación generada por la alerta sanitaria derivada de la propagación del COVID-19.
- **Orden de 7 de agosto de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se modifica el anexo de la Orden de 28 de julio de 2020, de la Consejera de Salud, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria

ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad.

- **Orden de 7 de agosto de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se deja sin efecto, para los municipios de Eibar, Ermua y Zarautz, la vigencia de las medidas especiales en materia de salud pública adoptadas mediante la Orden de 21 de julio de 2020, de la Consejera de Salud, por la que se mantiene, para los municipios de Eibar, Tolosa y Zarautz, la vigencia de las medidas especiales en materia de salud pública adoptadas mediante las órdenes de 8 y 16 de julio de 2020, se extiende su eficacia a los municipios de Bergara y Ermua y se dejan sin efecto para el municipio de Ordizia.
- **Orden de 28 de julio de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se modifica el anexo de la Orden de 18 de junio de 2020, de la Consejera de Salud, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad.
- **Orden de 21 de julio de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se mantiene, para los municipios de Eibar, Tolosa y Zarautz, la vigencia de las medidas especiales en materia de salud pública adoptadas mediante las órdenes de 8 y 16 de julio de 2020, se extiende su eficacia a los municipios de Bergara y Ermua y se dejan sin efecto para el municipio de Ordizia.
- **Orden de 16 de julio de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se mantiene para el municipio de Ordizia la vigencia de las medidas especiales en materia de salud pública adoptadas mediante la Orden de 8 de julio de 2020, y se extiende su eficacia a los municipios de Eibar, Tolosa y Zarautz.
- **Orden de 8 de julio de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se adoptan medidas especiales en materia de salud pública para la contención del brote epidémico de la pandemia COVID-19, en el municipio de Ordizia.
- **CORRECCIÓN DE ERRORES de la Orden de 18 de junio de 2020**, de la Consejera de Salud, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad.
- **Orden de 18 de junio de 2020**, de la Consejera de Salud, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad.

- **Decreto 14/2020**, de 18 de junio, del Lehendakari, por el que se declara la superación de la fase 3 del Plan para la desescalada, se dejan sin efecto las medidas adoptadas en el marco del estado de alarma y se establece la entrada en la nueva normalidad a partir de las 00:00 horas del día 19 de junio de 2020.
- **Decreto 13/2020**, de 7 de junio, del Lehendakari, por el que se establecen, para el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, normas para la gestión y aplicación de la fase 3 del proceso de transición.
- **Decreto 12/2020**, de 24 de mayo, del Lehendakari, por el que se establecen para el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, normas para la aplicación de la fase 2 del proceso de transición, acordadas con el Gobierno español.
- **CORRECCIÓN DE ERRORES de la Orden de 13 de mayo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se define la estructura organizativa de recursos humanos del programa de vigilancia y control en la fase de desescalada de la pandemia COVID-19 para el control y estudio de casos y contactos.
- **Orden de 5 de mayo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se derogan otras anteriores de este Departamento, con el fin de adaptar la normativa autonómica a la actual situación de evolución de la pandemia originada por la COVID-19 y a las medidas adoptadas por la autoridad delegada competente en materia de sanidad durante el estado de alarma.
- **Orden de 5 de mayo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se deroga la Orden de 18 de marzo de 2020, de la Consejera de Salud, por la que se crea el Comité de Dirección que gestionará y coordinará todos los recursos sanitarios, de gestión y de voluntariado, disponibles en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, para hacer frente a la crisis provocada por el coronavirus (COVID-19).
- **Orden de 24 de abril de 2020**, de la Consejera de Salud, relativa a la realización y comunicación de resultados de pruebas de diagnóstico para la detección del COVID-19 por centros, servicios y establecimientos sanitarios de diagnóstico clínico ubicados en la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- **Orden de 17 de abril de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se modifica la Orden de 18 de marzo de 2020, por la que se crea el Comité de Dirección que gestionará y coordinará todos los recursos sanitarios, de gestión y de voluntariado disponibles en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco para hacer frente a la crisis provocada por el coronavirus (COVID-19).
- **Orden de 14 de abril de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que suspende temporalmente los mercados y ferias tradicionales de venta directa de alimentos

y productos agrícolas y ganaderos que tienen un carácter socio-recreativo o festivo; establece las condiciones sanitarias que habrán de observar mercados y ferias tradicionales de venta directa de alimentos y productos agrícolas y ganaderos (habitualmente semanales) y regula la actividad que desarrollan, en diversos municipios de Euskadi, los comercios itinerantes realizados por vehículos-tienda, debido a la pandemia causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19).

- **Orden de 6 de abril de 2020**, de la Consejera de Salud, que establece la suspensión temporal de mercados y ferias tradicionales de venta directa de alimentos y productos agrícolas y ganaderos que tengan lugar en los municipios de la Comunidad Autónoma de Euskadi y regula la actividad que desarrollan, en diversos municipios de Euskadi, los comercios itinerantes realizados por vehículos-tienda debido a la pandemia causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19).
- **Orden de 6 de abril de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se adoptan medidas en aplicación de la orden SND/232/2020 en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- **CORRECCIÓN DE ERRORES de la Orden de 2 de abril de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se adoptan medidas en materia de limpieza y desinfección de superficies y otras medidas higiénicas debido a la pandemia causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19).
- Orden de 2 de abril de 2020, de la Consejera de Salud, por la que se adoptan medidas en materia de limpieza y desinfección de superficies y otras medidas higiénicas debido a la pandemia causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19).
- **Orden de 27 de marzo de 2020**, de la Consejera de Salud, de difusión e interpretación de las medidas contenidas en la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, y en la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, para todos los centros de servicios sociales de carácter residencial, de titularidad pública o privada, de la Comunidad Autónoma del País Vasco, así como de adopción de medidas de intervención en desarrollo de las citadas Órdenes.
- **Orden de 26 de marzo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se adoptan medidas excepcionales en materia de sanidad mortuoria debido a la pandemia causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19).
- **Orden de 24 de marzo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se adoptan medidas en relación con la actividad asistencial de la Comunidad Autónoma de Euskadi como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19).

- **CORRECCIÓN DE ERRORES de la Orden de 18 de marzo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se crea el comité de dirección que gestionará y coordinará todos los recursos sanitarios, de gestión y de voluntariado disponibles en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco para hacer frente a la crisis provocada por el coronavirus (COVID-19).
- **Orden de 18 de marzo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se crea el Comité de Dirección que gestionará y coordinará todos los recursos sanitarios, de gestión y de voluntariado disponibles en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco para hacer frente a la crisis provocada por el coronavirus (COVID-19).
- **Orden de 14 de marzo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que se adoptan medidas de salud pública de la Comunidad Autónoma de Euskadi como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19).
- **Orden de 13 de marzo de 2020**, de la Consejera de Salud, por la que solicita de la Consejera de Seguridad la activación formal del Plan de Protección Civil de Euskadi, Larrialdiei Aurregiteko Bidea-Labi ante la situación generada por la alerta sanitaria derivada de la propagación del COVID-19.

VI. OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA DEL ANTEPROYECTO.

La aprobación de la Ley de Salud Pública de Euskadi supondrá contar con la primera ley específica para regular esta materia en nuestra Comunidad Autónoma y, en consecuencia, visibilizar y poner en valor el trabajo que se realiza para proteger e impulsar la salud pública. Además de completar la normativa existente en materia de salud, se constituirá en norma marco para las actuaciones de salud pública, con gran incidencia en la mejora de la salud de las personas. El nuevo texto y las medidas, herramientas y mecanismos que establece resultan, además, especialmente necesarios en un contexto de emergencia sanitaria mundial motivada por la COVID-19.

Habida cuenta de los antecedentes normativos, y de la evolución y progresos que ha habido en los conceptos y en la praxis de salud y salud pública, tanto en el contexto mundial como autonómico, se hace imprescindible incorporar a la normativa vasca dichos avances y adecuaciones conceptuales y metodológicas a las necesidades actuales de la sociedad vasca; entre dichos avances destaca el enfoque estratégico de Salud en Todas las Políticas que, a día de hoy impregna toda actuación de salud pública, así como el concepto “One Health/Una

Sola Salud”, como enfoque colaborativo y multisectorial, para llevar a cabo estrategias y acciones integrales de prevención y control de agentes con impacto en la salud humana.

Por otra parte, la pandemia de la COVID-19 ha puesto en evidencia las limitaciones que tenían las instituciones vascas en materia de preparación y respuesta ante emergencias de envergadura, así como en sistemas de alerta temprana, limitaciones que este nuevo marco jurídico pretende solventar.

Dado que la regulación contenida en el anteproyecto de ley no existe en el ordenamiento jurídico vigente de la Comunidad Autónoma de Euskadi, la salud pública debe regularse en la actualidad en base a la Ley de Ordenación Sanitaria y a la normativa estatal. Tratándose de una materia tan relevante, con tanta incidencia en la salud de las personas y con tantos aspectos y particularidades a considerar, una norma específica con rango de ley se considera la mejor opción de regulación.

Por otra parte, resulta necesario acometer a través de un nuevo texto legal la configuración y ordenación, en formato de sistema, de la actual red que agrupa la multitud de agentes que intervienen en la materia de salud pública y que trascienden del sistema sanitario asistencial de Euskadi, con el que sigue teniendo una inevitable relación. Por ello, la presente ley crea y configura el Sistema de Salud Pública de Euskadi, que se organiza como una red pública articulada, de responsabilidad pública, cuya finalidad, en base al paradigma de Salud en Todas las Políticas, es ofrecer un conjunto de servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible.

Mediante esta nueva norma, la sociedad vasca y sus instituciones se dotarán de nuevos órganos y herramientas que resultan imprescindibles en aras a avanzar en salud y en una gobernanza más eficaz. Así, el anteproyecto de ley crea dos órganos de coordinación y participación (el Consejo Vasco de Salud Pública y la Comisión Interinstitucional de Salud Pública), y configura dos herramientas de gran valor, como son el Observatorio de Salud y la valoración de los resultados e impacto en salud de las distintas políticas, planes y programas de las administraciones.

Por otra parte, el anteproyecto de Ley de Salud Pública establece las bases para reforzar y adaptar, en caso de ser necesario, la estructura de salud pública de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Además, la norma pretende dar respuesta adecuada, enfocada a la prevención y a la protección de la salud, a las nuevas necesidades sociales y a los retos actuales de la sociedad: el incremento de la esperanza de vida -que genera mayor dependencia y discapacidad y, consecuentemente, mayor demanda de servicios de atención y de asistencia sanitaria-; los nuevos hábitos de vida -que facilitan el sedentarismo y la obesidad-; la alta movilidad de personas y mercancías; y, por supuesto, los factores ambientales propiciados, entre otros, por el cambio climático.

Se trata, en definitiva, de mantener e intensificar el compromiso de seguir trabajando para disminuir las desigualdades en salud, especialmente las causadas por género, por nivel socioeconómico y por diversidad funcional, mejorando las situaciones de los grupos más desfavorecidos.

Además de este compromiso orientado a disminuir las desigualdades, y también en íntima relación con los determinantes sociales de la salud, es preciso seguir trabajando en coordinación y colaboración desde distintos sectores y ámbitos, para intervenir sobre “las causas de las causas”. En este sentido, tal y como se ha señalado en diversas ocasiones, el principio de Salud en Todas las Políticas constituye una de las bases de la normativa propuesta. Desde el conocimiento de los determinantes sociales de la salud, se considera el impacto favorable o desfavorable que tienen o pueden tener los distintos sectores sociales y económicos y las políticas no sanitarias en la salud de las personas, y se impulsa la búsqueda de sinergias entre distintos ámbitos, niveles de gobierno y agentes sociales, con el fin de lograr resultados de salud más eficaces, equitativos y sostenibles, que los que se alcanzarían en solitario desde el sector de la salud o sanitario.

Mediante el anteproyecto de Ley de Salud Pública se pretende, en definitiva, abordar de forma eficaz los actuales retos en materia de salud pública. Entre otros:

- La prevención y protección de la salud de la ciudadanía ante riesgos y emergencias de carácter poblacional
- La lucha contra las desigualdades en salud (atención a grupos poblacionales y colectivos en situación de vulnerabilidad y la perspectiva de género).
- Los riesgos ambientales del cambio climático al que nos enfrentamos
- La globalización y la movilidad de las personas y de los riesgos en salud
- La nueva realidad demográfica
- Los nuevos usos y relaciones sociales

En concreto, y como desarrollo de la normativa autonómica y estatal en materia de salud, la norma propuesta pretende reforzar las actuaciones para proteger la salud de las personas en Euskadi, para lo cual, los poderes públicos se comprometen a:

- Adoptar la estrategia de Salud en Todas las Políticas y el enfoque de los determinantes sociales de la salud, siguiendo las prioridades mundiales y europeas en materia de salud.
- Promover la salud y el bienestar de las personas, priorizando la orientación comunitaria e intersectorial en las actuaciones.

- Potenciar el trabajo colaborativo entre las administraciones públicas en materia de salud y bienestar de la población, intensificándolo en las intervenciones locales.
- Incorporar la participación de las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones.
- Analizar el impacto sobre la salud de las personas y las afecciones sobre el medio físico de las distintas políticas sectoriales.
- Y, con un enfoque colaborativo, trabajar en coordinación desde todas las administraciones públicas y junto a otras y otros agentes concernidos, para impulsar la promoción de la salud y los entornos y estilos de vida saludables, e incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud que afectan a las personas.

Finalmente, el anteproyecto de ley establece medidas y mecanismos para poder anticipar las emergencias de salud pública, crisis sanitarias o pandemias y darles la respuesta más adecuada, a la luz de la experiencia que ha supuesto la COVID-19.

VII. PREPARACIÓN, ELABORACIÓN Y TRAMITACIÓN DEL TEXTO.

La elaboración del anteproyecto se ha realizado de conformidad a las **Directrices para la elaboración de Proyectos de Ley, Decretos, Ordenes y Resoluciones**, aprobadas por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de marzo de 1993.

Según lo establecido en el artículo 6. 2 de la **Ley 8/2003, de 22 de diciembre, de procedimiento de elaboración de disposiciones de carácter general**, en el curso de la **elaboración** de las disposiciones de carácter general, se efectuarán los estudios e informes que sean precisos y, en particular, los relativos a la factibilidad de las normas y a su coste.

La redacción del anteproyecto se ha realizado por parte de la Dirección de Salud Pública y Adicciones y la Dirección de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, considerando las opciones de regulación que mejor se acomodan a los objetivos perseguidos tras las propuestas que se han estimado convenientes para garantizar el acierto de la regulación prevista.

En una fase inicial se consideraron las aportaciones formuladas por instituciones y organismos relevantes en la protección de la salud de la población, como son:

- **EUDEL, Asociación de Municipios Vascos**, que realizó propuestas relacionadas con la distribución competencial en materia de salud pública.

- **Kontsumobide-Instituto Vasco de Consumo**, que comparó el anteproyecto con la normativa vigente en materia de defensa de los derechos de las personas consumidoras y usuarias, y señaló los aspectos que pudieran ser concurrentes en ambas normativas.
- la **Dirección de Actividad Física y Deporte del Gobierno Vasco** que, a través de sus aportaciones, subrayó la relevancia para la salud de la población de la práctica de la actividad física.

Se solicitaron, además, aportaciones efectuadas a otros **departamentos y organismos del Gobierno Vasco**: Departamento de Educación; Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial y Vivienda; Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales y Osakidetza.

El borrador ha sido revisado en la primavera de 2021, con el fin de hacer las adaptaciones precisas tras los meses de experiencia en la gestión de la emergencia sanitaria.

Además, antes de ultimar el texto del anteproyecto, se ha sometido al trámite de consulta pública previa la oportunidad y conveniencia de una ley de salud pública de Euskadi. Por esta vía se han recibido comentarios y aportaciones de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, el sindicato de enfermería Satse y de varias personas a título particular. En este periodo se han hecho llegar al Departamento de Salud, además, las propuestas de Jakiunde, Academia de las Ciencias, de las Artes y de las Letras de Eusko Ikaskuntza, en relación con la conveniencia de esta nueva norma. Todas ellas se han considerado y analizado.

En el proceso de redacción, se han tenido en cuenta las **referencias internacionales**, muy especialmente de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales que determinan las grandes líneas de actuación en la materia, así como lo establecido en el seno de la Unión Europea.

Así mismo, se han contemplado las áreas transversales, el uso del euskera y la perspectiva de género.

Aunque en el apartado II de esta Memoria Justificativa ya se ha aludido a diversos documentos, cabe señalar las siguientes referencias del ámbito internacional:

- Organización Mundial de la Salud. **Declaración de Alma Ata**. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6-12 de junio 1978.
- **Carta de Ottawa** para la promoción de la salud. I Conferencia internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa, 21 de noviembre de 1986.
- **Declaración de Roma** sobre la Seguridad Alimentaria Mundial, en el marco de la Cumbre *mundial sobre* la alimentación. 1996.

- Organización de las Naciones Unidas. **Declaración del Milenio**. Quincuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 18 de septiembre 2000; Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Macroeconomía y Salud (2001). Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. **Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud**. Ginebra.
- **Reglamento sanitario internacional de la OMS**. 2005. Es un instrumento jurídico de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS. Incluye la obligación de cada Estado de crear, reforzar y mantener las capacidades básicas de salud pública en materia de detección, preparación y respuesta ante aquellas situaciones o sucesos que puedan suponer un riesgo para la salud pública.
- Organización Panamericana de la Salud. **Función rectora de la autoridad sanitaria**, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, D.C: OPS, 2007.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. **Hacia la equidad en salud**: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Conferencia de Expertos. Madrid, 21 de abril de 2010.
- OMS. **Declaración de Adelaida** sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. 2010.
- Organización Mundial de la Salud. **Declaración política de Río** sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; 19-21 de octubre 2011. Rio de Janeiro.
- Conferencia Mundial de Promoción de la salud. **Declaración de Helsinki** sobre Salud en Todas las Políticas. 2013. Anteriores conferencias de la OMS sobre la promoción de la salud se celebraron en Adelaida 1988; Sudsval 1991; Yakarta 1997; Ciudad de México 2000; Bangkok 2005 y Nairobi 2009.
- **Agenda Euskadi Basque Country 2030** (2017-2030). Alineamiento y contribución de las políticas de Euskadi con los objetivos y metas de los 17 ODS del Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas. (ODS-3:“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas a todas las edades”).
- Documento de la OMS **“Protecting Health in Europe from climate change”**. 2017.
- En lo relativo a COVID-19, se han considerado, además de los documentos de referencia de las principales organizaciones internacionales del ámbito de la salud, diversa información bibliográfica y documental.

- Reglamento Sanitario Internacional, OMS, 2005.
- Decisión nº 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión nº 2119/98/CE.
- Agenda 2030, Agenda de Desarrollo Sostenible, impulsada por Naciones Unidas el año 2015, con el objetivo de poner en marcha políticas efectivas que ayuden a avanzar hacia un futuro más justo y sostenible. Su Objetivo 3 persigue “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

En el ámbito europeo, el **Tratado de Lisboa** ha reforzado la importancia de la política sanitaria, al estipular que, «*al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión, se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana*». Los tres objetivos estratégicos de la política de la Unión en materia de salud son:

- Promover la buena salud: evitar enfermedades y fomentar modos de vida saludables abordando las cuestiones de la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, los peligros derivados del medio ambiente y las lesiones. Con el envejecimiento de la población, las necesidades sanitarias específicas de las personas mayores requieren mayor atención;
- Proteger a las ciudadanas y ciudadanos frente a las amenazas para la salud: mejorar la vigilancia y la preparación frente a las epidemias y al bioterrorismo, y aumentar la capacidad de respuesta ante nuevos desafíos para la salud, tales como el cambio climático;
- Apoyar sistemas sanitarios dinámicos: ayudar a los sistemas sanitarios de los Estados miembros a responder a los retos del envejecimiento de la población, mejorar las expectativas de la ciudadanía y la movilidad de pacientes y profesionales de la salud.

La estrategia de la Unión “**Juntos por la salud**” respalda la estrategia global Europa 2020, que pretende que la economía de la Unión Europea sea inteligente, sostenible e integradora y promueva el crecimiento para todos, lo que presupone el buen estado de salud de la población. En 2014 se puso en marcha el tercer programa de salud destinado a promover la salud en Europa, llamado “Salud para el Crecimiento 2014-2020”, con el fin de fomentar la cooperación entre los países de la Unión para mejorar las políticas sanitarias en pro de la ciudadanía, e incentivando asimismo la puesta en común de los recursos.

Cabe reseñar igualmente:

- **Plan de Acción Europeo de Medio Ambiente y Salud 2004-2010.**
- **Programa CAFE (Clean Air For Europe)** de la Comisión Europea. 2005

- **Plan estratégico 2016-2020** de la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria de la UE.

También se ha consultado la **normativa estatal** y la **legislación sobre la materia de otras Comunidades Autónomas**:

En el ámbito estatal, cabe reseñar, además de la normativa sanitaria general indicada en el apartado III, las siguientes leyes:

- **Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.**
- **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.** La ley pretende dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución. Según su exposición de motivos, para ello se *“requiere que la sociedad se organice de forma que se fomente, proteja y promueva la salud de las personas, tanto en su esfera individual como colectiva, y que ello se haga desde el riguroso conocimiento científico y con la anticipación necesaria. Esta organización de la sociedad requiere un sistema de salud pública que aúne, coordine y medie en tres ámbitos de acción: 1) el propio de los dispositivos de salud pública; 2) las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios, y 3) las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud y que gestionados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo los mejores resultados en salud.”*
- **Ley 28/2015, de 30 de julio, para la defensa de la calidad alimentaria.** Centra su objeto en los aspectos técnicos de las reglamentaciones técnico-sanitarias y en la normativa de la Unión Europea y estatal que regula las características de los alimentos o sus procesos de producción y que tienen contenido esencialmente económico por estar dirigidos a intentar prevenir fraudes alimentarios y mejorar la calidad de los bienes puestos en el mercado, superponiendo a todas ellas unos sistemas comunes de autocontrol, autocontrol acreditado, control oficial administrativo y régimen sancionador de su incumplimiento. Asimismo, incluye las normas de etiquetado facultativo.
- **Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición.** Habida cuenta de la preocupación creciente de las autoridades sanitarias por la ascendente evolución de la prevalencia de la obesidad, que constituye en sí una enfermedad y un factor de riesgo para otras enfermedades de mayor gravedad, esta ley complementa y ordena las regulaciones existentes en el ámbito estatal y que tienen incidencia en los aspectos referidos a la seguridad alimentaria y la nutrición, sin pretender incidir en aspectos de la seguridad de los alimentos ya abordados en otras normas.

- **Ley 11/2001, de 5 de julio, por la que se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.**
- **Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.** La norma pretende hacer frente al tabaquismo, como primera causa aislada de mortalidad y morbilidad evitable. Actualizada por el **Real Decreto-Ley 17/2017, de 17 de noviembre**, por el que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, para transponer la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014.

Varias **comunidades autónomas** del Estado español han aprobado **leyes específicas en materia de salud pública**. En concreto, Andalucía, Aragón, Catalunya, Castilla y León, Extremadura, e Islas Baleares. Catalunya, además, cuenta con una ley de la Agencia de Salud Pública. Madrid presentó su anteproyecto de ley de salud pública en febrero de 2019, pero decayó tras la convocatoria electoral. Por su parte, el Principado de Asturias ha aprobado en junio de 2021 el Anteproyecto de Ley de Salud Pública.

En cuanto a la **situación generada por la COVID-19**, debido a la gravedad de esta amenaza transfronteriza para la salud, la UE ha establecido medidas de salud pública coordinadas a escala de la Unión para abordar diferentes aspectos de dichas amenazas, con el fin de prepararse y responder ante cualquier crisis sanitaria futura y gestionarla. La respuesta de la UE se ha canalizado, entre otras herramientas, a través de **UEproSalud**, creada por el Reglamento (UE) 2021/522.

El 11 de noviembre de 2020, la Comisión inició los pasos hacia una Unión Europea de la Salud apoyada en dos pilares:

- Un **marco más sólido para la seguridad sanitaria**, con planes de preparación y respuesta a nivel europeo, estatal y regional armonizados; un sistema de emergencia de la UE que favorecerá una mayor coordinación y una intervención más rápida para desarrollar, almacenar y adquirir los equipos necesarios frente a la crisis
- Y **unas agencias de la UE más fuertes**: el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, que supervisará la situación epidemiológica a partir de datos comunes; el mandato de la Agencia Europea de Medicamentos, que abarcará la seguridad de los medicamentos y los productos sanitarios, los riesgos de escasez y los ensayos clínicos de medicamentos; y la creación de una nueva Autoridad Europea de Respuesta a Emergencias Sanitarias (HERA).

VIII. OBJETIVOS DEL ANTEPROYECTO.

De conformidad con lo establecido en la **Orden de 14 de julio de 2021 de la Consejera de Salud, por la que se inicia el procedimiento de elaboración del proyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi**, la regulación propuesta pretende crear y configurar el Sistema de Salud Pública de Euskadi, y organizarlo como una red pública articulada, de responsabilidad pública, cuya finalidad, en base al paradigma de Salud en Todas las Políticas, es ofrecer un conjunto de servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible.

En concreto, la norma propuesta tiene estos objetivos:

1. **Salvaguardar y potenciar la salud de la población vasca** como bien público de máximo interés, contribuyendo a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad; también, y especialmente, en caso de emergencia sanitaria, epidemia o pandemia.
2. **Promover la salud y el bienestar de las personas**, tanto en la esfera individual como colectiva, priorizando la orientación comunitaria e intersectorial en las actuaciones e impulsando los entornos y estilos de vida saludables.
3. **Conformar el Sistema de Salud Pública de Euskadi.**
4. **Adoptar la estrategia de Salud en Todas las Políticas y el enfoque de los determinantes sociales de la salud**, atendiendo a las prioridades mundiales y europeas en materia de salud.
5. **Potenciar el trabajo colaborativo y coordinado entre las administraciones públicas** en materia de salud y bienestar de la población, intensificándolo en las intervenciones locales, y con una clara definición y ordenación de las competencias, prestaciones y servicios en materia de salud pública.
6. **Incorporar la participación de las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en la planificación, desarrollo y evaluación** de las intervenciones.
7. **Analizar los resultados y el impacto sobre la salud** de las personas y las afecciones sobre el medio físico de las distintas políticas sectoriales.
8. **Incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud** que afectan a las personas.
9. **Incorporar la perspectiva de género**, como enfoque particular de la equidad que busca eliminar las desventajas o desigualdades existentes entre hombres y mujeres.

IX. CONTENIDO Y NOVEDADES.

El anteproyecto de ley de Salud Pública de Euskadi contiene 102 artículos, distribuidos en siete capítulos, una disposición adicional, dos disposiciones transitorias, una única disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales, relativas a la modificación legislativa; a la adaptación de la estructura y organización institucional; a la habilitación normativa y, finalmente, a la entrada en vigor.

CAPÍTULO I.- “DISPOSICIONES GENERALES”.

Este Capítulo, con sus 5 artículos, ofrece el **marco teórico** para la norma, en el que se establecen los grandes **principios inspiradores** y los **objetivos generales** de la ley, anunciando el espíritu y las novedades más relevantes del nuevo texto. Así, el objeto indica cuál el fin último -salvaguardar y potenciar la salud de la población vasca- y, para ello, incorpora la perspectiva de la Salud en Todas las Políticas e introduce el enfoque de “One Health/Una sola Salud”; define y ordena las competencias, prestaciones y servicios en materia de salud pública; configura como red articulada y colaborativa el Sistema de Salud Pública de Euskadi, en coordinación con el Sistema Sanitario; y determina las atribuciones y actuaciones de la autoridad sanitaria.

Se pretende con este capítulo dar una definición del concepto de salud pública acorde a las prioridades definidas por los organismos internacionales y a las necesidades de la sociedad vasca en el siglo XXI.

El **ámbito** de la ley se circunscribe a la Comunidad Autónoma de Euskadi y a las personas que en ella residen o se encuentran de forma ocasional. Asimismo, la norma será de aplicación a la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, a las administraciones forales y locales en ella ubicadas, a las entidades vinculadas o dependientes de todas ellas, así como a las entidades privadas que desarrollen acciones con impacto en la salud pública.

Los **principios rectores** de la ley son la base inspiradora de las actuaciones, prestaciones y servicios de salud pública en Euskadi. Además de fundamentos como la universalidad, equidad, solidaridad y ética, la Salud en Todas las Políticas conforma la raíz de la acción interinstitucional, intersectorial y transversal, dirigida a hacer que la salud y la equidad en salud sean asumidas como metas del conjunto de todas las políticas públicas y agentes sociales, de forma integral e interdisciplinar. Además, se señalan una serie de principios -evaluación, transparencia, rendición de cuentas- que garantizan el buen gobierno de la salud pública, junto a otros orientados a la responsabilidad social de agentes y

entidades de la sociedad civil, y a la participación, colaboración y corresponsabilidad ciudadana. Finalmente, se establecen los principios que deben guiar las intervenciones de salud pública: pertinencia, precaución, calidad, competencia, eficiencia, sostenibilidad, seguridad y, por supuesto, rigor técnico y científico.

A continuación, se señalan las **funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi**, que se suman a las previstas en la normativa vigente en materia de ordenación sanitaria y entre las que destaca el ejercicio de la **autoridad sanitaria**. Finalmente, el Capítulo se completa con una relación de definiciones aclaratorias a los efectos de la ley.

CAPÍTULO II.- “LA CIUDADANÍA Y LA SALUD PÚBLICA”.

El Capítulo II, que abarca los artículos 6 a 17 del anteproyecto, afirma la importancia de las personas –razón de ser de toda acción política y, muy en particular, de la acción en salud-, y el compromiso con ellas, con su salud y con su bienestar da sentido a todo el anteproyecto de ley.

Los **derechos de la ciudadanía en relación a la salud pública**, reseñados a lo largo de 9 artículos, suponen un complemento, y un avance, con respecto a los derechos de los y las pacientes establecidos en la normativa estatal y en Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, así como los definidos en el Decreto 147/2015 antes mencionado, de las personas en el sistema sanitario de Euskadi.

Así, la nueva norma enumera el derecho a la igualdad; a las prestaciones de salud pública; a la información; de participación efectiva en las actuaciones de salud pública; a la intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad; a la actuación imparcial; a la autonomía personal; a la seguridad en las intervenciones en salud pública; y a la educación para la salud. Todos estos derechos son exigibles en todas las acciones de salud pública y de carácter sanitario que se desarrollen en los centros, servicios o establecimientos, públicos o concertados, que integran los sistemas de salud pública y sanitario de Euskadi. Y se establecen sin perjuicio de lo que disponga la normativa vigente en caso de medidas especiales en materia de salud pública. Asimismo, se prevé la limitación de derechos al objeto de proteger la salud pública.

Junto con la relación de derechos, se indican también los **deberes** de la ciudadanía en esta materia: cumplimiento de la normativa; responsabilidad con respecto a la propia salud y la de la comunidad; cooperación y comunicación a las autoridades sanitarias; uso correcto de la información y, en general, facilitar el desarrollo de las actuaciones de salud pública.

CAPÍTULO III.- “EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI”.

El Capítulo III, estructurado en tres secciones, define el Sistema de Salud Pública de Euskadi y describe los principales puntales en los que se asienta.

La primera sección -artículos 18 a 21-, es la relativa al propio Sistema de Salud Pública de Euskadi. El artículo 18 sitúa el paradigma de **Salud en Todas las Políticas** como base de todas las acciones a desarrollar en salud pública, con el fin de que la salud y la equidad en salud sean asumidas como metas por parte de todas las políticas públicas. También se considera como fundamento el enfoque “One Health/Una Sola Salud”.

El artículo 19 define el **Sistema de Salud Pública de Euskadi**, integrado por todas las prestaciones, servicios, equipamientos e instrumentos de gestión y coordinación, de titularidad pública, que intervienen en salud pública y que se orientan a prevenir la enfermedad, las lesiones y la discapacidad, y a proteger y promover la salud de las personas. No se trata, por tanto, de crear un sistema separado y diferenciado del sistema sanitario, sino de ordenar, organizar y afianzar una forma de trabajo colaborativo entre todos los agentes públicos que en la actualidad actúan en salud pública que, además, deberán hacerlo en coordinación y cooperación con otros sistemas y políticas públicas y con la sociedad civil.

Tras determinar en el artículo 20 que las administraciones públicas con competencias en salud deben hacer efectivos los derechos de la ciudadanía en esta materia, el artículo 21 subraya la importancia de la **valoración de resultados e impacto en la salud** de las normas, planes, programas o proyectos, como instrumento para incorporar la protección y la promoción de la salud en el diseño e implementación de las intervenciones sectoriales no sanitarias.

La segunda sección del Capítulo III, con sus dos artículos, está dedicada a las y los **profesionales de la salud pública**; es decir, a aquellas personas que desarrollen funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi en las administraciones vascas con competencias en salud. El artículo 23 define y enumera las competencias profesionales básicas para llevar a cabo dichas funciones.

Finalmente, la tercera sección, en los artículos 24, 25 y 26, sienta las bases de la **planificación en materia de salud**. Así, el **Plan de Salud de Euskadi** enlaza con otros planes y estrategias de salud que se han ido sucediendo en el tiempo tras la aprobación en 1991 de la Ley Ordenación Sanitaria de Euskadi, que en su artículo 13 ya ordenaba la elaboración del Plan de Salud. En la nueva ley, el plan continúa siendo el instrumento superior de planificación, ordenación, priorización y coordinación de las políticas, estrategias y actuaciones en materia de salud en Euskadi. Es, además, el marco indicativo de las acciones en salud para las administraciones públicas y orienta las políticas, intervenciones y estrategias de otros sectores con impacto en la salud de la población.

Los planes de salud se elaborarán cada 8 años, incluyendo una serie de contenidos mínimos indicados en la ley, y serán aprobados por el Gobierno Vasco y presentados al Parlamento. Tendrán estos contenidos mínimos: análisis y diagnóstico del estado de salud, programas y actuaciones a desarrollar, identificación de planes o actuaciones con incidencia en salud, priorización, indicadores... A mitad del plazo de vigencia del plan se evaluará el cumplimiento de sus objetivos y actuaciones.

Por su parte, las entidades forales y locales también podrán diseñar y aprobar sus propias estrategias o planes de salud, en línea con el Plan de Salud de Euskadi, a cuyas directrices deberá atender, igualmente, el Plan sobre Adicciones de Euskadi.

CAPÍTULO IV.- “ORDENACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI”.

A lo largo de sus cinco secciones y veinte artículos (27 a 46), el presente Capítulo concreta y ordena el **dispositivo institucional** con que cuenta el Sistema de Salud Pública de Euskadi.

La sección primera (artículos 27, 28, 29 y 30) define las **competencias en salud pública de las administraciones públicas vascas** que integran el sistema. Al Gobierno Vasco le corresponde, entre otras atribuciones, la definición de directrices y prioridades y la organización institucional en esta materia, la aprobación de normativa y de los planes de salud y la coordinación con otros organismos. Por su parte, a los municipios y entidades supramunicipales les corresponde el ejercicio de sus competencias propias en salud pública y velar por la promoción, gestión, defensa y protección de la salud en su ámbito. Tanto el Gobierno Vasco como los ayuntamientos tienen potestad inspectora y sancionadora. Finalmente, las diputaciones forales colaborarán y cooperarán con el resto de administraciones públicas en materia de salud pública y, concretamente, en tareas de seguridad alimentaria y ambiental.

En concreto, el **Gobierno Vasco** tiene las siguientes atribuciones:

- Dirección de las políticas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Euskadi y coordinación con las políticas estatales y europeas en dicha materia.
- Aprobación de la normativa y las disposiciones reglamentarias en el ámbito de la salud pública
- Planificación, programación, coordinación y evaluación en materia de salud pública que sirvan de marco y establezcan directrices para las administraciones públicas vascas.

- Planificación en materia de salud, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- Diseño, elaboración y desarrollo de planes, programas y actuaciones en salud pública.
- Disponer la organización institucional de la salud pública
- Coordinación con los municipios, diputaciones forales, entidades locales y demás organismos en materia de salud.
- Aprobación de nuevas prestaciones de salud pública.
- Evaluación y gestión de las situaciones de emergencia que constituyan un riesgo para la salud de la población, de forma coordinada con el resto de administraciones.
- Planificación, organización y gestión del Sistema de Información en Salud Pública.
- Evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con la salud pública.
- Implantación de mecanismos para el control, registro y autorización.
- Aprobación de la estructura y funcionamiento de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública y del Consejo Vasco de Salud Pública
- Ejercicio del control y de la potestad inspectora y sancionadora
- Las previstas en la ley 1/2016, de 7 de abril, en materia de drogodependencias y adicciones

Los **ayuntamientos**, por su parte, en base a lo establecido en la Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi, en alineamiento con el marco general establecido por el gobierno vasco, tienen las siguientes competencias, que pueden asumir de forma individual o mancomunada:

- Desarrollo de programas y planes de protección y promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de adicciones y promoción de conductas saludables, y protección de grupos sociales con riesgos específicos
- Control sanitario del medio ambiente, actividades, industrias, servicios, edificios, lugares de vivienda y convivencia humana, y todos aquellos establecimientos con posible incidencia en la salud de la ciudadanía, en el ámbito de sus competencias.
- Control del cumplimiento de las normas sanitarias relativas a los animales domésticos, de compañía, animales salvajes urbanos, y de las plagas.

- Las previstas para los municipios en la ley 1/2016, de 7 de abril, en materia de drogodependencias y adicciones.
- Cuantas otras competencias propias o delegadas se definan de conformidad a Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones locales de Euskadi.
- Ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta norma.

Tras la delimitación competencial, la sección segunda establece la **organización institucional** del Sistema de Salud Pública de Euskadi, indicando expresamente en el artículo 31 que cada una de las administraciones públicas que integran el sistema organizará internamente los recursos e instrumentos que dedica a ejercer sus atribuciones en esta materia.

El artículo 32 señala la importancia de incidir en el **ámbito local** y de dar **orientación comunitaria** e intersectorial en las actuaciones en salud pública, lo cual supone fomentar la colaboración interadministrativa y las alianzas estratégicas con entidades del ámbito local. Es decir, las administraciones locales podrán crear, según las necesidades detectadas en un momento preciso, instrumentos de coordinación y colaboración incluso con entidades privadas, que sean necesarios para aportar elementos de interés para la salud pública en el ámbito correspondiente. El anteproyecto de ley reconoce a la orientación comunitaria un valor preferente y se considera relevante el papel de los ayuntamientos, por su cercanía a las personas y a las comunidades de las que forman parte.

A continuación, los artículos 33 a 38 señalan la organización del dispositivo institucional de la salud pública en la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Ésta, a través de todos sus departamentos y organismos, impulsará la prevención, la protección y la promoción de la salud, actuando como coordinador el departamento competente en salud. El Gobierno Vasco contará, además, con una estructura organizativa propia para el desarrollo de las previsiones de esta ley, asentada en la estructura actual, y de la que forman parte los recursos humanos y materiales vinculados a la salud pública, así como los instrumentos de dirección, gestión y participación que se definan en el departamento competente en salud.

Dichas estructuras e instrumentos se organizarán en dos niveles: central y territorial. El **órgano central de la salud pública** (artículo 35) es la unidad de alta dirección y coordinación de todos los dispositivos y recursos de salud pública propios de la administración general de la Comunidad Autónoma. Será el responsable de gestionar las competencias del Gobierno Vasco en esta materia. Su equivalente en la actualidad es la vigente Dirección de Salud Pública y Adicciones, y en el futuro será el que determine el correspondiente decreto de estructura del departamento competente en salud. Se trata de que un órgano dentro de la Administración General realice las funciones que atribuye la ley,

siendo las normas de estructura orgánica del departamento competente en salud las que identifiquen cuál es el órgano concreto de que se trata.

Los artículos 36 y 37 regulan la **estructura territorial de la salud pública**, que se conformará con sus correspondientes **unidades territoriales**, que tendrán dependencia funcional del órgano central y que contarán con una persona responsable que ejercerá las funciones de dirección, coordinación y supervisión en su ámbito.

Tanto en el caso del órgano central como de las unidades territoriales, la ley enumera sus funciones, sin perjuicio de las establecidas en el correspondiente decreto de estructura.

Pasando ya a la sección tercera, en la que se aborda la **coordinación, cooperación e interacción entre distintas administraciones públicas**, el artículo 38 establece, para las administraciones que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi, el deber de actuar de forma colaborativa y garantizar una coordinación efectiva, estableciendo los cauces para ello. Así, en el artículo siguiente -39- se crea la **Comisión Interinstitucional de Salud Pública**, adscrita al departamento competente en materia de salud, como máximo órgano de coordinación, colaboración y participación de las administraciones públicas vascas en las actuaciones derivadas de la aplicación de la presente ley, con el fin de compartir información, formular propuestas e informar sobre normativa y planes de salud. Este órgano de coordinación resulta particularmente necesario en la adopción de acuerdos y convenios para articular el ejercicio de las competencias por parte de las administraciones públicas vascas. Hasta la entrada en vigor de esta ley no existirá un órgano de encuentro y coordinación de las diferentes administraciones que cuentan con competencias y atribuciones en materia de salud pública.

El artículo 40 establece las bases de la **colaboración con otras administraciones** competentes del ámbito estatal o internacional, **en caso de riesgo o emergencia sanitaria**.

La sección cuarta, que abarca los artículos 41 a 43, se centra en la **coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi, así como con los servicios sanitarios privados**, dada la importancia de este trabajo en común de todos los servicios orientados a la salud, independientemente de su orientación, asistencial-individual o poblacional. Con este fin, se señalan los mecanismos necesarios para facilitar el cumplimiento de esta ley, bajo la coordinación del órgano central responsable de salud pública del Gobierno Vasco. En concreto, se enumeran las **obligaciones** que tiene el Sistema de Salud Pública de Euskadi con respecto al Sistema Sanitario de Euskadi -en lo relativo a información o medidas poblacionales, entre otras- y, recíprocamente, las obligaciones de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados, con respecto a la salud pública.

La última sección del Capítulo IV, la quinta, que consta de 3 artículos, crea en el artículo 44 el **Consejo Vasco de Salud Pública**, adscrito al departamento competente en

materia de salud, como órgano superior de participación de la sociedad civil, que tendrá carácter consultivo y asesor respecto de proyectos de ley, reglamentos y planes relativos a la salud pública. Por su parte, las administraciones forales y locales también podrán crear, en su ámbito, órganos de coordinación consulta, asesoramiento y participación (artículo 45).

Todos los órganos de asesoramiento y participación dispondrán de una **representación equilibrada entre hombres y mujeres**, según los criterios expuestos en la Ley 4/2005 de Igualdad de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

CAPÍTULO V.- “PRESTACIONES Y ACTUACIONES EN SALUD PÚBLICA”.

Una vez definida la organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi, sus recursos, órganos y mecanismos de coordinación, el anteproyecto de ley detalla, a lo largo de ocho secciones y 21 artículos, las distintas prestaciones que integran la cartera de servicios del Sistema de Salud Pública de Euskadi y que se hacen efectivas mediante un conjunto de actividades, técnicas, tecnologías, protocolos, o procedimientos agrupados en siete líneas de actuación. Tras una sección introductoria, la primera, que cuenta con un solo artículo (47), cada una de las otras siete secciones se corresponde con una línea de actuación.

La **vigilancia de la salud** se regula en la sección segunda, compuesta de tres artículos. Agrupa las actuaciones destinadas a recoger analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de salud de la población y los factores que la condicionen, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública. En esta área de trabajo, la **Red de Vigilancia de la Salud Pública** (artículo 49), integrada por las unidades y servicios de vigilancia de la salud de las distintas instituciones, es un instrumento fundamental. Además, para la vigilancia efectiva se contará con un **Sistema de Alertas y Emergencias en Salud Pública** (artículo 50), con el fin de dar una respuesta rápida, permanente y eficaz ante situaciones, riesgos o incidentes que puedan suponer una amenaza para la salud de las personas.

La sección tercera, con sus dos artículos, 51 y 52, detalla las prestaciones orientadas a la **prevención de los problemas de salud y de las enfermedades** y a la **actuación sobre sus determinantes**, de forma coordinada entre todos los agentes, aplicando el principio de equidad, con perspectiva de género y atendiendo a todas las etapas de la vida de las personas, con especial consideración a los grupos más vulnerables.

Las prestaciones de **protección de la salud de la población** se abordan en la sección cuarta, que consta de cuatro artículos. Concretamente, las áreas de trabajo son la **seguridad alimentaria** (artículo 55) y la salud **ambiental** (artículo 56), y el anteproyecto de ley establece las actuaciones que como mínimo deben realizar en estas materias las administraciones públicas sanitarias.

La sección quinta aborda las medidas para la **protección de la salud de la población en caso de emergencia sanitaria, epidemia o pandemia**, configura la respuesta y adaptación del Sistema de Salud Pública y establece la obligatoriedad de colaborar con la autoridad sanitaria.

Los ámbitos escolar y laboral, reseñadas en la sección sexta, son muy relevantes en salud pública. La **salud escolar** -en el artículo 60- tiene como fin que los centros integren en su proyecto la promoción de la salud, facilitando así la adopción por la comunidad educativa de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. De hecho, el sistema educativo tiene un valor preponderante en la construcción de las capacidades de las personas, sobre todo en las etapas más tempranas de su desarrollo.

Por su parte, la **salud laboral** -en el artículo 61- abarca el conjunto de prestaciones orientados a la prevención y promoción de la salud de la población trabajadora, sin perjuicio de las actuaciones que correspondan al órgano que gestiona las políticas en materia de seguridad, salud, higiene y medio ambiente laborales. De hecho, corresponde a este órgano el impulso de las medidas que deben adoptar los agentes laborales en materia de prevención en el ámbito laboral.

Pasando a la sección séptima, en el artículo 62, la ley define el **laboratorio de salud pública** como referencia en Euskadi para las necesidades analíticas en materia de salud pública. Estará debidamente acreditado y podrá contar con varias sedes. Las actuaciones que desarrollará como mínimo se enumeran en el artículo 63 y, en el siguiente, se establece que coordinará las actividades analíticas en materia de salud pública de otros laboratorios acreditados en la comunidad autónoma.

Las actuaciones de **promoción de la salud** son el objeto de la sección octava, que consta de dos artículos, 65 y 66. A través de esta línea de trabajo se pretende que las personas y los grupos sociales desarrollen sus capacidades, aumenten su autonomía en la gestión de su propia salud y refuercen el control sobre los factores que la determinan. Para ello es fundamental la acción comunitaria e intersectorial.

Cierra el capítulo de prestaciones la sección novena que, en su único artículo, el 67, refiere las actuaciones dirigidas a la atención integral de las **adicciones**, área que, tal y como se ha indicado cuenta con normativa y planes propios.

CAPÍTULO VI.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA.

La gestión del conocimiento y los sistemas de información en materia de salud pública se abordan de forma separada con respecto a las prestaciones en materia de salud

pública, pues constituyen una herramienta imprescindible para abordarlas eficazmente. 10 artículos distribuidos en tres secciones describen y regulan esta área de trabajo.

En la sección primera -a lo largo de sus cuatro artículos- se configura el Sistema **de Información en Salud Pública de Euskadi** (artículo 68), como conjunto organizado y armónico de recursos, servicios, procedimientos y herramientas para obtener la información precisa para llevar a cabo las actividades de salud pública. El objetivo es evitar la fragmentación de los sistemas de información en salud pública, en una apuesta por la interoperabilidad y la integración de estos sistemas, entre sí y con otros, tanto de carácter asistencial como extra sanitarios y teniendo en cuenta la gran ventaja que suponen los avances tecnológicos.

Los sistemas de información son un pilar en el que se asientan las actuaciones en salud pública, formado por estadísticas, registros, encuestas y estudios de todo tipo, sistemáticos o no, en lo relativo a determinantes de la salud, riesgos sanitarios y todo tipo de indicadores asociados a la salud, calidad de vida y bienestar. En el artículo 69 se facilita una relación de las **funciones de este sistema de información**.

El artículo 70 determina cuestiones relativas al **tratamiento, comunicación, seguridad y confidencialidad de la información**, y establece la **obligación** para todas las administraciones, centros, servicios y establecimientos -tanto públicos como privados- **de facilitar la información** solicitada por el Sistema de Información en Salud Pública. A continuación, se establece que el órgano central de la salud pública en Euskadi será el responsable de la **planificación, gestión y coordinación de este sistema** (artículo 71).

La sección segunda crea y sienta las bases de la regulación del **Observatorio de Salud de Euskadi**, como unidad o servicio de investigación, análisis e información de carácter técnico y científico responsable de monitorizar el estado de salud de la población vasca y adscrito al departamento del Gobierno Vasco competente en salud. El artículo 72 establece la **naturaleza, adscripción y funciones** del Observatorio, y el artículo 73 remite a desarrollo reglamentario su **organización y funcionamiento**.

La tercera y última sección de este Capítulo del anteproyecto de ley destaca la importancia de la formación, investigación, innovación y evaluación en materia de salud pública. En concreto, establece que las administraciones públicas vascas competentes en la materia serán responsables de la **formación** y el **desarrollo de la competencia técnica** de las y los profesionales del Sistema de Salud Pública de Euskadi (artículo 74), así como de la formación en salud pública de quienes desarrollen actuaciones sanitarias, sociosanitarias y, en general, relacionadas con la salud (artículo 75). Así mismo, deberán impulsar la **investigación e innovación en salud pública** (artículo 76). Finalmente, la **evaluación** (artículo 77) abarcará, dentro de los recursos y conocimientos disponibles, el análisis de la estructura, el proceso y los resultados de la actividad en salud pública.

CAPÍTULO VII.- CORRESPONSABILIDAD E INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA.

El último capítulo del anteproyecto de ley, el séptimo, aborda la regulación de las actividades de **inspección e intervención administrativa sobre actividades y servicios** y el ejercicio de la autoridad sanitaria, así como la potestad sancionadora. Se estructura en cinco secciones que incluyen los artículos 78 a 102.

La primera sección desgrana los cinco **principios informadores de la intervención administrativa** en materia de salud pública: proporcionalidad de las medidas, decisiones tomadas en base a criterios científicos, coordinación con el resto de autoridades sanitarias, información a la población y minimización de la incidencia de las medidas sobre derechos y libre circulación.

A continuación, la sección segunda aborda, en el artículo 79, dos conceptos relevantes para garantizar la seguridad, que son la **corresponsabilidad** y el **autocontrol**. El artículo 80 establece para las instituciones y las entidades privadas el deber de tutelar la salud pública y de colaborar con la administración sanitaria, así como las actuaciones en que dicho deber se concreta.

El ejercicio de la **autoridad sanitaria** es una función esencial de la salud pública y consiste en la responsabilidad que tienen los gestores de la salud pública de hacer cumplir la normativa. El artículo 81 del anteproyecto de ley define quiénes tienen condición de autoridad sanitaria: el Gobierno Vasco y los ayuntamientos, en el marco de sus respectivas competencias. El artículo siguiente -82- enumera las funciones de dicha autoridad, todas ellas centradas en proteger la salud de la población y prevenir la enfermedad.

El artículo 83, por su parte, señala que las y los empleados públicos debidamente acreditados para el ejercicio de sus funciones de intervención, inspección y control, tendrán el carácter de **agentes de la autoridad sanitaria**. Las actuaciones de estos agentes tendrán una serie de facultades que se relacionan en el artículo 84.

Pasando ya a la siguiente sección –la cuarta-, ésta se centra en la intervención administrativa, que se llevará a cabo a través de distintos procedimientos y actuaciones. Se determinan los requisitos para la **comunicación en materia de salud pública** (artículo 86). Se establecen **regímenes de autorización y comunicación para el ejercicio de actividades** (artículo 87). Se constituyen también **registros sanitarios** para facilitar las tareas de control sanitario (artículo 88).

Por otra parte, la **inspección y control sanitario de las actividades** (artículo 89), puede materializarse a través de **visitas a las instalaciones y prueba del instrumental** (artículo 90) y de la **toma de muestras y control analítico** (artículo 91). Todas las actuaciones

de inspección se documentarán por medio de un **acta** que tendrá valor probatorio (artículo 92).

El anteproyecto no crea una nueva estructura administrativa específica de inspección para verificar el cumplimiento de lo establecido en la ley, dado que en virtud de la normativa vigente ya existe autoridad sanitaria que cuenta con agentes.

Cuando las autoridades sanitarias o sus agentes detecten un riesgo sanitario que ponga en peligro la salud pública, podrán adoptar **medidas especiales y cautelares**, que se detallan en el artículo 93. También se regulan, en el artículo 94, las **medidas de intervención sobre las personas**, cuando exista o pueda existir un riesgo urgente para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas. Posteriormente, el artículo 95 detalla las medidas de aislamiento o cuarentena en caso de emergencia declarada.

Por último, la sección quinta, en el artículo 95, establece las infracciones y sanciones, determinando que la potestad sancionadora corresponde a la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y a las administraciones locales competentes en salud pública. El artículo 96 regula los tipos de infracciones, siendo los siguientes artículos, 97, 98 y 99, los que, respectivamente, regulan las sanciones y su graduación. El artículo 100 establece la **responsabilidad** de las infracciones en diversas situaciones y el siguiente artículo 101 indica la competencia sancionadora. Finalmente, el último artículo del anteproyecto regula la **prescripción** y la **caducidad** de las sanciones.

El fin último del régimen sancionador es el cumplimiento efectivo de los preceptos contenidos en la Ley y se articula sobre la base de los clásicos principios que inspiran el procedimiento administrativo sancionador, contenidos en el capítulo III de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y en la Ley 2/1998, de 20 de febrero, de la potestad sancionadora de las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Las **infracciones** tipificadas en esta norma se califican como leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de riesgo para la salud, a la gravedad de la alteración sanitaria y social producida, a la cuantía del eventual beneficio obtenido, al grado de intencionalidad, a la generalización de la infracción y a la reincidencia. En cada tipo se concreta el correspondiente listado de infracciones, con el objeto de evitar conceptos jurídicos indeterminados.

En relación a las **sanciones**, las multas se pretenden adaptar a la verdadera gravedad de la infracción por su incidencia en la salud. En el anteproyecto resultan multas desde 1.000 hasta 3.000 euros por la comisión de infracciones leves; de hasta 60.000 euros en caso de infracciones graves; y de hasta 600.000 euros en caso de comisión de infracciones muy graves.

PARTE FINAL DEL ANTEPROYECTO

El anteproyecto tiene una disposición final (que aborda el tratamiento de los datos de carácter personal), dos disposiciones transitorias (relativas a los planes vigentes y a los expedientes sancionadores que estén iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de la ley); una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales relativas a la modificación legislativa, a la adaptación de la estructura y organización institucional, a la habilitación normativa y a la entrada en vigor de la ley, que se materializará a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

X. INCIDENCIA DE LA REGULACIÓN.

1.- Derogaciones.

La única disposición derogatoria indica de un modo genérico que cuantas disposiciones de igual o rango inferior quedaran derogadas si se oponen a lo previsto en la misma, indicando que en particular se deroga el artículo 13 de la Ley 8/1997, de 6 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, referido al Plan de Salud de Euskadi.

2.- Desarrollo reglamentario

A tenor de lo establecido en el texto del anteproyecto, se prevé la necesidad de desarrollo reglamentario por parte del Gobierno Vasco respecto de las siguientes cuestiones:

- Artículo 21: Los criterios para identificar aquellas intervenciones sectoriales con resultados e impacto relevante en salud que deben su objeto de valoración de impacto en la salud. Igualmente, se establecerán reglamentariamente el procedimiento, la metodología y los contenidos para la valoración de resultados e impacto en salud.
- Artículo 33: la coordinación intersectorial y de mecanismos de trabajo conjuntos para la promoción de la salud
- Artículo 39: la estructura, organización y atribuciones de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública.
- Artículo 41: los criterios y mecanismos para la coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi.

- Artículo 44: la composición, estructura, organización y atribuciones del Consejo Vasco de salud Pública.
- Artículo 50: el procedimiento de gestión, coordinación e intervención en materia de Alertas y Emergencias en Salud Pública, así como su coordinación con el sistema de Emergencias y Protección civil de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- Artículo 52: calendarios y actuaciones en materia de vacunación a llevar a cabo en la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- Artículo 68: el procedimiento para el funcionamiento del Sistema de Información en Salud Pública, así como las obligaciones y derechos de las instituciones y entidades respecto del mismo.
- Artículo 73: la composición, funciones, organización y funcionamiento del Observatorio de Salud de Euskadi.
- Artículo 80: los protocolos y procedimientos de información a las autoridades competentes en materia de salud pública, así como el contenido de la comunicación correspondiente.
- Artículo 87: el contenido de la autorización sanitaria y los criterios y requisitos para su otorgamiento. Igualmente, deberán desarrollarse los contenidos de la declaración responsable o la comunicación previa, así como los requisitos para ejercer la actividad.
- Artículo 88: la configuración y régimen de funcionamiento de los registros sanitarios.
- Artículo 91: El procedimiento para la toma de muestras y control analítico en las actuaciones de inspección y control sanitario.

3.- Incidencia organizativa.

En principio no se prevé incidencia a nivel organizativo en la estructura que el departamento de salud mantiene al momento de su aprobación. Sin embargo, el anteproyecto de ley prevé que podrán hacerse las adaptaciones y adecuaciones que sean necesarias para llevar a cabo las funciones de salud pública y para proteger la salud de la población en situaciones de emergencia de salud pública declarada por las autoridades competentes.

4.- Impactos

Se considera que la entrada en vigor de la nueva norma va a tener un efecto positivo en la consecución de los objetivos marcados en el anteproyecto de ley, pues da carta de

naturaleza al Sistema de Salud Pública de Euskadi en base al principio de Salud en Todas las Políticas, lo cual permite incidir en la salud pública de modo adecuado a la situación y a las necesidades en salud de la población vasca en el momento actual, mediante la concurrencia del compromiso y la responsabilidad de todos los poderes públicos vasco. Así mismo, permite abordar de forma más eficaz las emergencias sanitarias, pandemias y epidemias que puedan surgir en el futuro.

El anteproyecto carece de incidencia económica directa, pues será la puesta en marcha de actuaciones concretas y el desarrollo reglamentario, los que deberán determinar los compromisos presupuestarios que sean necesarios.

En Vitoria-Gasteiz, a 20 de julio de 2021

DIRECTORA DE SALUD PUBLICA Y ADICCIONES

Itziar Larizgoitia Jauregui