

## **Aportaciones y alegaciones al Anteproyecto de Ley de Salud Pública de la Comunidad de Madrid por parte de la Asociación Madrileña de Salud Pública-AMASAP. Octubre 2018.**

En relación con el anteproyecto de Ley de Salud Pública de la Comunidad de Madrid publicado el pasado 1 de octubre, la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMASAP) expone las siguientes alegaciones:

### **CONSIDERACIONES GENERALES**

La ley no incorpora la perspectiva de género ni en el lenguaje utilizado ni tampoco en su articulado cuando ello se hace necesario. Tampoco incorpora los determinantes sociales como parte esencial para explicar y abordar las políticas de salud pública.

Hay una escasísima referencia no ya a desigualdades en salud sino a la Equidad, que se nombra brevemente en los principios rectores y en algún otro punto, pero no hay ninguna medida que explícitamente se implemente para luchar contra las desigualdades evitables. Más bien al contrario, la creación y mantenimiento del Área Única es una medida que dificulta enormemente ese principio de equidad, de abordar la vulnerabilidad y de aportar en cada territorio lo que ese territorio necesita con diferencias respecto a otros más favorecidos

No hay ninguna medida de regulación sobre publicidad, horarios en cadenas de televisión (al menos las públicas), patrocinio de actividades deportivas, etc.

No se incluye en ningún apartado del anteproyecto, sobre la necesidad de que desde la administración competente se favorecerá la existencia de infraestructura y de recursos humanos suficientes y necesarios que cubran las necesidades específicas en materia de salud pública que aseguren la calidad de los servicios.

Dada la importancia de la salud pública, en la elaboración de este anteproyecto deberían participar los representantes de la ciudadanía, pacientes, trabajadores, profesionales, así como las organizaciones científicas y sectoriales. Este hecho que había sido demandado por AMASAP en el periodo de Consulta Pública sobre la memoria del Anteproyecto de Ley de Salud Pública, de junio de 2017, no se ha tenido en cuenta. En consecuencia, los técnicos de salud pública no han participado en la elaboración del

anteproyecto y tampoco se les ha consultado, por lo que desconocemos quienes han sido los autores/as y la metodología utilizada para su elaboración.

## **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

No creemos que la siguiente afirmación, “(...) *gran parte de las tareas preventivas y promotoras de salud se realiza desde las redes asistenciales de atención primaria y hospitalaria*”, sea correcta. El campo de la prevención y especialmente el de la promoción de la salud son campos en donde convergen múltiples actores, muchos de ellos ajenos al sistema sanitario asistencial.

## **TÍTULO PRELIMINAR**

El uso reiterativo del término “*privado*” en una ley de salud pública, desde la propia definición del objeto de la ley, resulta chocante y tendencioso. Desde luego que la salud pública no se limita a las actuaciones de las administraciones públicas, pero se caracteriza por contraponer el bien público al privado, lo colectivo a lo individual. Es por ello que las definiciones más comúnmente aceptadas en el mundo académico y profesional de la salud pública hablan de los esfuerzos colectivos de la sociedad, haciendo énfasis en el enfoque comunitario, no privado, de esas actuaciones. Se habla de “*Instituciones privadas, entidades sin personalidad jurídica, empresas o profesionales*” en lugar de hablar de organizaciones de la sociedad civil con un componente social: asociaciones comunitarias o de barrio, cooperativas, organizaciones de consumidores, grupos de afectados, organizaciones de profesionales de salud, sociedades científicas, asociaciones de voluntarios para la defensa de la salud pública, etc. La mención a este tipo de organizaciones se relega hasta el artículo 70 y a una mera función de participación a instancias de las administraciones públicas, en lugar de reconocer su papel en la salud pública, no solo colaborando con las administraciones públicas sino también por propia iniciativa.

## **Disposiciones generales**

### **Artículo 1. Objeto.**

No se entiende lo de “*actuaciones privadas*”, sobre todo en vigilancia de la salud, cuando las competencias corresponden a las administraciones públicas.

### **Artículo 3. Principios rectores.**

Los principios rectores están redactados de forma algo farragosa, con algunas sentencias difícilmente comprensibles. No estaría de más reproducir los de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011 de 4 de octubre 2011) a los que se hace referencia; o incluso a los del documento de AMASAP de la Salud Pública Que Queremos (SPQQ). Además, se echan de menos principios como los de solidaridad e interdependencia, justificación pública y rendición de cuentas.

El apartado j) “*El reconocimiento, la motivación y la formación de los profesionales sanitarios de la salud pública como uno de los elementos de garantía de calidad de esta prestación*” deja fuera al resto de profesionales no sanitarios, procedentes de otras disciplinas implicadas en el desarrollo de la salud pública, cuestión en la que no estamos de acuerdo. Dado que su concurso está en la esencia de la interdisciplinariedad de la salud pública, se debería hacer mención a todos estos profesionales en los mismos términos.

#### **Artículo 4. Funciones de salud pública.**

En este artículo se da poca relevancia a la promoción de la salud.

El apartado v), el único que se centra con exclusividad a esta función, se habla de “*información y educación*” pero consideramos más apropiado incluir el término de “*capacitación*”.

Echamos en falta, como una función más, el “*fomento de colaboraciones y alianzas con distintos agentes para generar salud*”.

#### **Artículo 5. Líneas prioritarias de actuación.**

No se nombra en ningún momento la prevención de lesiones ni de violencia, incluida la violencia de género.

Tampoco se habla de equidad, es decir, de priorizar la eliminación de las desigualdades que afecten negativamente a la salud, entre territorios, poblaciones. Esta debería ser, sin duda, una línea prioritaria de actuación, al igual que la prevención de la violencia de género.

## **TÍTULO I**

### **Organización de la salud pública**

#### **CAPÍTULO II**

##### **Cooperación interadministrativa**

#### **Artículo 10. Coordinación con las unidades asistenciales del Servicio Madrileño de Salud.**

Proponemos una nueva redacción del apartado 1.d) en donde se haga alusión a potenciar la promoción de la salud en las estructuras de atención primaria, tanto en las consultas de pediatría, enfermería y medicina de familia como en el ámbito comunitario, adaptando las prioridades a las características de la población atendida y al territorio.

## **CAPÍTULO III**

### **Organización de la salud pública en la Comunidad de Madrid**

#### **Artículo 12. Área sanitaria única de salud pública.**

El establecimiento del área sanitaria única de salud pública resulta contraproducente con la necesaria adaptación de las actuaciones de salud pública a las peculiaridades de las diferentes zonas geográficas de Madrid, con una diferencia de hasta 6 años de esperanza de vida entre unos barrios y otros.

Como ya se comentó al principio, el área única dificulta enormemente el principio de equidad que debería ser uno de los principios rectores de las políticas de salud pública a desarrollar en la Comunidad de Madrid.

Proponemos un modelo de salud pública territorializado en zonas y áreas de salud, fomentando la participación comunitaria, con sus correspondientes planes/programas y consejos de salud.

En el apartado de formación continuada, también proponemos añadir un nuevo apartado que diga: “La autoridad competente facilitará la formación continuada como parte del desarrollo profesional en salud pública”.

#### **Artículo 13. Profesionales de la salud pública.**

Ante la posibilidad de que queden fuera algunas profesiones, como el caso de economistas, abogados, etc. que trabajan en el campo de la salud, sería conveniente añadir un párrafo haciendo alusión a la inclusión de “todas aquellas profesiones implicadas en el desarrollo de la salud pública”.

En el apartado 2 proponemos sustituir su actual redacción por la contemplada en el borrador del anteproyecto de septiembre de 2017, en donde se decía:

*“El modelo de carrera profesional reconocido para los profesionales sanitarios Asistenciales debe ser aplicado para los profesionales de la salud pública, en aras del principio de no discriminación y de igualdad. En este sentido, los profesionales de salud pública con funciones técnicas, tanto inspectores oficiales como los técnicos superiores de las tres escalas (veterinaria, médica y farmacéutica) los técnicos de grado medio y los oficiales sanitarios que desarrollen su actividad tanto en el área única de salud pública, como en los servicios centrales, cuya titulación se encuentra recogida en la Ley 44/2003, De 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, tienen la Consideración de personal sanitario y, en consecuencia, se integrarán en la carrera profesional en las mismas condiciones que el resto del colectivo sanitario de la Comunidad de Madrid. Asimismo, se tendrá en cuenta el modelo de promoción profesional de la Comunidad de Madrid para los profesionales no sanitarios”*

Es necesario reiterar que los profesionales de salud pública realizan además funciones que se integran y coordinan con lo asistencial, por lo que estamos ante una discriminación clara de este colectivo.

En relación al punto 3 y en reconocimiento a los profesionales no sanitarios considerados como profesionales de la salud pública, la ley debería ser más explícita y establecer un camino profesional de postgrado para el conjunto de todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, que podría tener su comienzo con la realización de un máster de salud pública, tal como ya sucede en la especialidad de "Medicina Preventiva y Salud Pública" a fin de que se proporcionen los conceptos, fundamentos y habilidades básicas de este campo profesional común.

## **TÍTULO II**

### **Actuaciones en salud pública**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Vigilancia en salud pública**

Proponemos incluir un nuevo artículo sobre el "Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid". A partir de sus resultados se definirá los indicadores de salud para su seguimiento y evaluación, sin menoscabo de lo que establece la LOSCAM sobre la priorización de acciones por parte del sistema asistencial.

El artículo 42 de "Sistemas de información y coordinación con el nivel estatal en materia de Adicciones" y el artículo 43 de "Investigación en Adicciones", que se encuentran dentro del TÍTULO II "Actuaciones en Salud Pública" y Capítulo III de "Promoción de la Salud", creemos que sería más apropiado que se situaran dentro de este Capítulo I de Vigilancia en Salud Pública.

##### **Artículo 18. *Red de Vigilancia en Salud Pública de la Comunidad de Madrid.***

Creemos que en el punto 3 deberían añadirse otros sistemas para integrar la red y que aparecen en diferentes apartados de la ley, como:

1. Sistema de Información sobre adicciones. Actualmente este sistema de información incluye dos encuestas de consumo de sustancias (una poblacional y otra en estudiantes de enseñanzas secundarias) y varios indicadores de consumo problemático (urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, ingresos hospitalarios, admisiones a tratamiento y mortalidad relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas); además de un sistema de alerta de nuevas sustancias (que sí se recoge).

2. Sistema de vigilancia de riesgos ambientales y sus efectos en la salud. En el artículo 48, letra d) se especifica "Desarrollar un Sistema de Vigilancia de riesgos

Ambientales con posible incidencia en la salud de la población, que permita una valoración continuada de la exposición y efectos.

3. Sistema de vigilancia de seguridad alimentaria. En el capítulo V de sanidad ambiental se especifican funciones y actuaciones pero no aparece un sistema integrado de vigilancia de riesgos de los alimentos.

4. Sistema de alerta y respuesta rápida en salud pública. En el artículo 14 se incluye un Dispositivo de alerta rápida de salud pública. Consideramos que se tiene que disponer de un sistema de información integrado para evaluar situaciones de riesgo para la salud y enfocar actuaciones.

5. No se nombra el sistema de información sobre las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE).

### **Artículo 19. Funciones de vigilancia en salud pública.**

Falta incluir realizar estudios sobre determinantes sociales y desigualdades y también sobre lesiones y violencia.

Proponemos incluir un apartado “Gestión de las alertas y crisis de salud pública y su coordinación con la autoridad estatal competente”.

### **Artículo 20. Fuentes de información**

En este caso pensamos que debe de hacerse hincapié en que el sistema de vigilancia no puede ser pasivo tal y como se recoge en este anteproyecto. Es decir, la vigilancia en salud pública no puede recoger diariamente los datos necesarios para desarrollar sus funciones de vigilancia epidemiológica desde los registros asistenciales, salvo que esté informatizado el proceso, con alertas en tiempo real. Este hecho no se cumple en la actualidad en la CM dentro del sistema público, por falta de una priorización de acciones informáticas encaminadas a la vigilancia en salud pública. En el caso de los centros privados la situación todavía es más compleja y tardará más tiempo en implementarse.

Por todo ello es necesario que se establezca que la notificación de las EDO es una obligación del sanitario que atiende al paciente y en su defecto, del director del centro del que dependa. Al mismo tiempo es necesario priorizar y otorgar la función de autoridad sanitaria a los epidemiólogos que desarrollen sus funciones en salud pública, o en el contexto del Servicio de Alerta Rápida en salud Pública.

### **Artículo 21. Protección de datos.**

Teniendo en cuenta lo establecido en la norma estatal y autonómica aplicable a la materia de protección de datos de carácter personal, proponemos que los datos relativos a la salud serán cedidos a la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid por parte de los responsables de los ficheros, cualquiera que sea su titularidad, cuando resulten necesarios para la prevención de la enfermedad o la realización de

estudios epidemiológicos (Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid).

### **Artículo 22. Investigación en salud pública.**

Transformar este artículo en un nuevo capítulo sobre Investigación y difusión del conocimiento en Salud pública que incluya todas las menciones que se hace en el anteproyecto, con la propuesta de un plan y una comisión de difusión de la información e investigación en salud pública.

## **CAPÍTULO II**

En relación a los capítulos II y III en líneas generales se nombra, pero no se incluye en el objeto de ambos y en su desarrollo, el concepto de que los determinantes que explican la magnitud de los principales problemas de salud pública en nuestra sociedad, como son el sedentarismo, la dieta inadecuada, el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, el envejecimiento “inactivo”, etc., son múltiples y complejos, además de interactuar entre sí. El abordaje del problema requiere por tanto un enfoque multifactorial y multisectorial, que tenga en cuenta el contexto, no solo el papel de los distintos sectores de la administración (sanidad, educación, deportes, infraestructuras y transportes) sino el de la sociedad civil (empresas, comunidad organizada, etc.) en un entorno que debería favorecer la elección de hábitos saludables.

### **Prevención de la enfermedad**

#### **Comentarios sobre prevención y promoción**

Es llamativa la ausencia de referencias a los determinantes comerciales y sociales de la salud, ampliamente reconocidos como las causas principales de la epidemia de obesidad y enfermedades no transmisibles y de las adicciones. Escasa atención a los principales factores responsables de carga de enfermedad (hipertensión arterial, tabaco, dieta poco saludable, IMC, alcohol y drogas, contaminación del aire, etc.) y falta de referencia a la prevención primordial.

Se pone el acento en la educación para la salud y en las acciones/actuaciones de tipo informativo, formativo, pese a las pruebas sobre su ineffectividad y las recomendaciones de expertos, sociedades científicas y organizaciones de la salud de priorizar acciones que incidan sobre los determinantes comerciales y sociales de la salud.

Hay una total ausencia de medidas reguladoras, fundamentales en salud pública, como son las siguientes:

1. Necesidad de reforzar el cumplimiento de la legislación del tabaco y ampliación de la misma, incluyendo publicidad encubierta, uso de cigarrillos electrónicos y otros dispositivos de administración de nicotina.

2. Necesidad de regular la publicidad de productos comerciales de la salud (alcohol alimentos y bebidas no saludables, juegos de azar, etc.).
3. Políticas fiscales y de precios, incluyendo impuestos para productos no saludables (bebidas azucaradas, alcohol, tabaco, etc.) y subsidios o bajadas de IVA para alimentación saludable (cereales integrales, frutas, verduras, etc.).
4. Regulación etiquetado nutricional.
5. Regulación entornos de salud (alimentario, de actividad física, de juegos de azar,...).

El artículo 40 de "Actuaciones en Prevención de Adicciones" que se encuentra dentro del TÍTULO II "Actuaciones en Salud Pública" y Capítulo III, debería estar incluido en el Capítulo II de "Prevención de la enfermedad".

**Artículo 23. Objeto de las actuaciones en prevención de la enfermedad.**

No son "cuidados y consejos" sino planes y programas dirigidos a la población las actuaciones que se deben desarrollar en la prevención, sobre todo dirigida a las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

Todas las actuaciones que se proponen van dirigidas al individuo y no se tiene en cuenta la importancia del entorno, considerado globalmente como uno de los determinantes de la aparición de riesgos contra los que tiene que ir dirigida la prevención. Solo si se tiene en cuenta el entorno son efectivos los programas de prevención.

**Artículo 24. Funciones de prevención.**

Se echa en falta un artículo específico que contemple el desarrollo de programas dirigidos a prevenir la aparición de los factores de riesgo comunes como son el tabaco y el alcohol, sedentarismo y la dieta inadecuada y que tengan en cuenta el entorno en el que se facilita y promueve este tipo de factores, desarrollando los puntos a) y b) de este artículo.

**Artículo 32. Prevalencia del interés regional.**

No se sabe bien lo que significa "Prevalencia de interés regional"

**Artículo 33. La prevención de la obesidad, trastornos de la alimentación y enfermedades crónicas.**

Aunque el título habla de la obesidad y las enfermedades crónicas, en su desarrollo solo contempla intervenciones individuales desde atención primaria en los trastornos alimentarios, sin saber muy bien que incluye este concepto. No se nombra otros factores y no se tiene en cuenta la importancia de dirigirse tanto al individuo como al entorno en el que vive.



## CAPÍTULO III

### Promoción de la salud

Respecto a la promoción de la salud se basa, fundamentalmente, en educación para la salud y hace referencia a todos los factores de riesgo, pero no a determinantes sociales que están completamente ausentes. No se aclara bien quien va a realizar las supuestas actividades de educación y promoción de la salud y no hay medidas que aseguren vivienda, nivel económico, etc., ni siquiera de la población infantil. Se vuelve otra vez a “factores de riesgo” personales y a educar a las personas sobre hábitos de vida, como si el entorno no tuviera nada que ver, es absolutamente contraria a toda la evidencia científica de los últimos años de determinantes sociales de la salud.

Los ámbitos están definidos, pero a continuación se explicitan grandes líneas que incluyen el fomento de la actividad física, envejecimiento activo..., pero no alimentación saludable, por ejemplo. La alimentación y la actividad física son objeto de un artículo específico que incluye el desarrollo de un plan; A las adicciones se refieren 3 de los 10 artículos de este capítulo. ¿Se priorizan estas líneas de actuación sobre el resto? ¿Por qué no se especifica y se justifica? ¿No se van a desarrollar planes y programas para el resto de los problemas claves de la salud pública? Esto manifiesta que el anteproyecto de ley se ha elaborado a trozos con las propuestas de áreas de trabajo, sin darle coherencia global.

#### **Artículo 34. Objeto de las actuaciones de promoción de la salud.**

En el objeto de la promoción de la salud parecería, por la forma en que está redactado, que los hábitos se modifican de un plumazo. La promoción de la salud tiene por objeto promover o apoyar el cambio de comportamiento teniendo en cuenta el contexto local y nacional y trabajando en asociación con los destinatarios ya que esta es la evidencia más actual en relación a su efectividad. Las intervenciones y los programas, además de planificarse cuidadosamente, deben basarse en un conocimiento sólido de las necesidades de la comunidad.

#### **Artículo 38. Actuaciones de promoción de la alimentación saludable y la actividad física.**

¿A qué establecimientos privados se refiere? ¿Actividad física gratuita para el público?, si es privado ¿cómo oferta algo gratuito para sus clientes? No está muy claro este artículo.

*“Los expositores y máquinas de venta automática de alimentos reservarán un porcentaje no inferior al 30% de la superficie total para alimentos nutricionalmente saludables lácteos, especialmente cuando dichos dispositivos se dispongan en centros sanitarios, educativos o deportivos”.* Es decir, que la ley permite que el 70% de los productos en máquinas expendedoras pueden ser no saludables en centros sanitarios, educativos o deportivos. En conclusión, una ley de salud pública no puede otorgar rango legal, consolidándolo, a un estado de las cosas que va en detrimento de la propia salud pública.

En lugar de lo anterior, sería deseable establecer, como en la convención del tabaco, mecanismos para evitar cualquier colaboración público-privada con entidades y corporaciones de productos perjudiciales para la salud y establecer mecanismos garantistas para evitar la influencia indebida de estas industrias en las políticas de salud pública.

**Artículo 39. Otras medidas en promoción de la salud.**

*“Se garantizará el acceso al agua potable en los lugares y establecimientos públicos, sin coste para los ciudadanos”.* Esto está bien, pero debería ampliarse a los privados, particularmente centros educativos, deportivos y de restauración colectiva. Se debería ofrecer agua de grifo por defecto en todos los restaurantes, con beneficios no solo para la salud de la población, sino también para el medio ambiente.

**Artículo 40. Actuaciones de prevención de adicciones.**

Este artículo debería estar incluido en el Capítulo II de "Prevención de la enfermedad".

**Artículo 43. Investigación en adicciones.**

El artículo 42 de "Sistemas de información y coordinación con el nivel estatal en materia de Adicciones" y el artículo 43 de "Investigación en Adicciones", sería más apropiado que se situaran dentro del Capítulo I de Vigilancia en Salud Pública.

## **CAPÍTULO IV**

### **Salud laboral**

Para el correcto desarrollo de lo contemplado en los artículos 44 y 45 consideramos necesario la creación de servicios de prevención de riesgos laborales en cada una de las consejerías que existen en la Comunidad de Madrid, dada la especificidad de los diferentes ámbitos laborales.

## **CAPITULO V**

### **Sanidad ambiental**

Es llamativo que no se haya definido un apartado global sobre Protección de la Salud, en el que se incluyese la sanidad ambiental, seguridad alimentaria y salud laboral. Es importante que la Administración disponga de capacidad normativa y de autoridad sanitaria para establecer y regular los mecanismos de protección de la salud de la población.

Consideramos que el anteproyecto no aclara lo suficiente la manera de cómo va a potencia la seguridad alimentaria de manera intersectorial. Tampoco especifica cómo

va a participar en las regulaciones sobre el control de la contaminación atmosférica y otros contaminantes ambientales

### **TÍTULO III**

#### **Otras medidas en materia de salud pública**

### **CAPÍTULO II**

#### **Participación de las organizaciones sociales**

##### ***Artículo 70. Participación de los ciudadanos y de las organizaciones sociales.***

Proponemos añadir “asociaciones vecinales y otras asociaciones de barrios”.

##### ***Artículo 71. Transparencia en la comunicación de la información.***

Nos parece que debería eliminarse el último párrafo pues se supone que todas las organizaciones colaboradoras lo hacen voluntariamente, de modo transparente ante todos.

##### ***Artículo 72. La responsabilidad social por la salud.***

Nos llama la atención la no inclusión, en lo que se refiere a las medidas específicas de promoción de la salud, del consumo de alcohol, cuando las nuevas evidencias científicas y las directrices de la OMS apuntan a un consumo cero de esta sustancia, especialmente en el ámbito laboral. De igual manera nos parece poco específico hablar de “dieta mediterránea”, debiéndose aludir a una dieta equilibrada, variada, en donde haya riqueza de frutas y verduras

En cuanto al apartado a) su redacción no incluye otros factores relacionados con la salud laboral, como, por ejemplo, la propia organización jerárquica de cada empresa.

En el apartado e) proponemos sustituir el término “*desfavorecidas*” por “*vulnerables*”, a nuestro parecer, mucho más apropiado.

##### ***Artículo 76. Agencias Privadas de Salud Pública.***

No queda claro cómo se va a comprobar la independencia de las Agencias privadas de salud pública respecto a toda la industria alimentaria, tabaco, alcohol y demás, ni viene descrito en ningún sitio a qué necesidad responde la creación de estas agencias.

La propia denominación de Agencia Privada de Salud Pública en sí mismo parece contraproducente e inapropiado. No está justificada la necesidad y el objeto de crear este tipo de reconocimiento. Y no están claras las condiciones que deberían cumplir esas agencias, más allá de una declaración de adhesión a las líneas de la administración

sanitaria. Además, como no se establecen los mecanismos para garantizar su independencia de la promoción de productos comerciales relacionados con la salud, supone una puerta abierta a la entrada de organizaciones pantalla, promovidas precisamente por corporaciones cuyo interés económico está ligado a productos comerciales perjudiciales para la salud (tabaco, alcohol, bebidas azucaradas, alimentos ultraprocesados, productos dietéticos y cosméticos, empresas de juegos de azar, etc.).

Frente a este tipo de agencias, nosotros proponemos la creación de una Agencia de Salud Pública para la Comunidad de Madrid, de titularidad y gestión públicas, liderada por la Consejería de Sanidad, que aglutine al resto de Consejerías e instituciones implicadas en el desarrollo de las funciones y acciones contempladas en esta ley, con especial mención del Ayuntamiento de Madrid y de los que configuran la corona metropolitana.

***Artículo 77. Condiciones para la declaración de Agencia Privada de Salud Pública.***

En sintonía con lo anterior, estamos firmemente en contra de la creación de “agencias privadas de salud pública” dado que nos parecen incompatibles los intereses de la salud pública con los de los agentes privados.

## ALEGACIONES A LA MEMORIA DE ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

### IV.- ANÁLISIS DE IMPACTOS

El análisis de impacto tanto económico y presupuestario como de cargas administrativas y laborales, no nos parece correcto, dada su importancia y trascendencia en el proyecto de modernizar la salud pública en la Comunidad de Madrid.

1.-La carrera profesional necesariamente conlleva un coste y por tanto tiene un impacto económico que es preceptivo evaluar en esta memoria. Lo mismo sucede con la actuación ante alertas o emergencias de índole regional, nacional o internacional con potencial repercusión en la salud pública, así como otros incidentes, riesgos, síndromes, enfermedades y situaciones que pueden suponer una amenaza para la salud de la población pues necesariamente supone un coste tanto de medios como de personal que es necesario tener en cuenta en esta ley.

2.- Poner en marcha la vigilancia epidemiológica en salud pública incorporando las tecnologías actuales de la información y comunicación, es fundamental para la Vigilancia en Salud Pública. La integración de redes entre lo asistencial, público y privado, y la salud pública conlleva costes importantes, así como el trabajo a tiempo completo de informáticos, analistas de sistemas, epidemiólogos/as etc. Esto no está contemplado en el anteproyecto y supondrá una carga económica para el sistema.

3.- Las actuaciones en salud pública propuestas en el anteproyecto, necesitarán un aumento de los recursos (económicos y humanos) que debería ser motivo suficiente para la recuperación al menos, de las plazas de profesionales amortizadas durante la crisis (en torno a un 40%), aunque seguirá sin ser suficiente para llegar a una población objetivo como la de la CM.

4.- Los procesos administrativos y técnicos aumentarán drásticamente por lo que tampoco es verdad que no exista impacto administrativo, sobre todo si se mantiene el siguiente texto: *“Así mismo, la declaración responsable de Evaluación del Impacto en Salud en aquellas actividades en las que asistan más de quinientas personas, incluidos los espectáculos públicos y actividades recreativas que se determinen reglamentariamente, será un trámite preceptivo para la concesión de la correspondiente autorización”*. Esto conlleva importantes costes añadidos a la administración de salud pública y al que tiene que hacer la declaración responsable.

5.- La creación del área única de salud Pública conlleva también cambios en los derechos de los trabajadores, movilidad, cambios de destino etc. (que deben de ser revisados) ya que conllevan impacto económicos asociados para los trabajadores/as.

6.- Las medidas que afectan al sector alimentario también suponen impacto económico para el sector (aunque estamos de acuerdo sobre algunas de las medidas que se proponen y pensamos que es necesario ampliarlas a otros productos: alcohol, tabaco bebidas azucaradas etc.) y para que se haga efectivo el control del mismo, tendrá también impacto presupuestario y administrativo.

Madrid, 22 de octubre de 2018