



APORTACIONES SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE CREA LA AGENCIA ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Ante la apertura del proceso de trámite de audiencia e información pública del Anteproyecto de Ley por la que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP), la Sociedad Andaluza de Salud Pública y Administración Sanitaria (SASPAS-HIPATIA), como organización concernida por este proyecto normativo, quiere hacer llegar las siguientes aportaciones para que puedan ser consideradas en la elaboración de la citada Ley.

En primer lugar, subrayamos la importancia y oportunidad de desarrollar uno de los tres elementos clave de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Estamos convencidos que la creación de la AESAP otorgará a la de salud pública un reconocimiento institucional y una visibilidad en la ciudadanía que muchas organizaciones científicas y profesionales veníamos reclamando desde hace muchos años. Nos complace mucho esta iniciativa legislativa para responder al reto de asegurar una mejor preparación ante nuevos riesgos y una respuesta más coordinada frente a futuras emergencias.

En general, valoramos positivamente el anteproyecto, que recoge algunos de los fines y elementos organizativos básicos para la constitución de la Agencia. Sin embargo, hemos identificado algunas deficiencias que presentamos de forma concisa a continuación, junto a un conjunto de sugerencias que deseáramos se tomaran en consideración durante el proceso de modificación del Anteproyecto de Ley.

1) En relación a los fines generales de la AESAP (Artículo 2), observamos la omisión de referencias a **aspectos estratégicos ligados a la promoción de la salud**. En particular, el apartado (c) omite este elemento esencial de la salud pública, que por el contrario, viene recogido en el preámbulo en referencia a la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Del mismo modo, la promoción de la salud es también una línea clave de la Estrategia de Salud Pública 2022, aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el pasado mes de junio y recientemente publicada¹. Concretamente, la línea estratégica 3 hace referencia a *“Mejorar la salud y el bienestar de la población a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida y el fomento de entornos saludables, seguros y sostenibles”*.

Igualmente, consideramos que el apartado (h) traslada una visión paternalista de la salud pública, limitando las funciones de la AESAP a trasladar información a la población, en vez

¹ <https://sespas.es/2022/08/29/el-ministerio-de-sanidad-publica-la-estrategia-de-salud-publica-2022-2026/>

de contribuir también a promocionar la participación activa de la ciudadanía dentro del ámbito de la salud. Ante la trascendencia de este proyecto normativo, nos parece importante reflejar una visión más moderna de la salud pública, donde las finalidades esenciales de la AESAP no se limiten a la comunicación, sino que asuma el liderazgo a nivel gubernamental para poner en marcha los principios correspondientes de la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, adoptada en la 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en julio de 1997:

- Promover la responsabilidad social para la salud
- Consolidar y expandir la colaboración para la salud
- Aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo

2) El anteproyecto de Ley plantea desde el preámbulo *“la necesidad de dotar [la AESAP] de la máxima independencia técnica, autonomía y flexibilidad en la gestión y de agilidad para adaptarse a los cambios sociales, a la aparición de nuevos riesgos emergentes y al avance del conocimiento científico y tecnológico”*. Sin embargo, esa independencia parece sustentarse principalmente en la forma jurídica prevista, la de agencia estatal, de acuerdo con la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Esta forma jurídica debe dar a la AESAP la capacidad de establecer políticas de personal basadas en la estabilidad laboral, un sistema de incentivos y motivaciones (económicos , formación, carrera profesional, movilidad, etc.) y con capacidad de contratar profesiones por adecuación de perfiles a puesto de trabajo. El anteproyecto describe someramente estos aspectos en lo que respecta al **Régimen de personal** (Artículo 3). Sin embargo, sobre los órganos de Gobierno apenas se indica “Personal directivo” en el apartado (d). Si atendemos a las recomendaciones básicas de los códigos de buen gobierno de organizaciones sanitarias, características aprobadas por el Consejo de Europa (2010)², la Ley debería aclarar que la Dirección ejecutiva de la AESAP será seleccionada por procesos de selección transparentes, con criterios de idoneidad y excelencia entre profesionales del sector y no de designación política.

Aunque entendemos que habrá un desarrollo normativo posterior a través de los Estatutos de la AESAP, la Ley podría detallar mejor las estructuras de Gobierno, distinguiendo claramente entre un Consejo u órgano colegiado de Gobierno y la Dirección ejecutiva u órgano gestor. Un mayor desarrollo de estas cuestiones en el articulado favorece la citada “independencia técnico-científica” de la AESAP.

Promover una cultura de buenas prácticas de gobierno y de ética profesional en el desarrollo normativo debe incluir, entre otros puntos: a) obligaciones de transparencia y publicidad activa; b) códigos éticos y de conducta, c) sistemas de buenas prácticas, normas y procedimientos operativos estandarizados; y d) regulación de la actividad de los grupos de interés en el ámbito de la salud y de los conflictos de interés.

² Committee of Ministers. Recommendation CM/Rec(2010)6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems. Eur J Health Law. 2010;17(4):389-401. doi: 10.1163/157180910x516952.

3) Sobre el **suministro de datos** (Artículo 7), no se hace referencia específica a la creación de un sistema integrado de información de salud pública a nivel nacional, tal como sí se recoge en el documento del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (componente 18) que define *“La dotación de equipamiento tecnológico del nuevo Centro Estatal de Salud Pública y el desarrollo de un sistema de información integrado de salud pública, que será el elemento esencial de la nueva Red de Vigilancia en Salud Pública, forman parte de la Inversión 3.”*

En este sentido, consideramos necesario que se refleje cómo la AESAP plantea una solución a las deficiencias vividas en la reciente pandemia respecto a la estandarización de recogida de datos, homogeneidad en el registro y uniformidad en la notificación de información. En ocasiones, estas deficiencias han limitado un riguroso análisis de la información, y por tanto un uso idóneo de la misma para la toma conjunta de decisiones a nivel nacional.

Se debería aclarar en el Artículo 7 o en los fines generales (Artículo 2, 2a) si la AESAP ejercerá la **rectoría de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública**. La redacción actual solo refiere una ambigua “coordinación y evaluación del funcionamiento”.

Por otra parte, no se hace referencia a datos sobre aspectos relacionados con los determinantes sociales y las desigualdades en salud, en respuesta a los fines generales (Art. 2, 2c y 2f). En este sentido, se debería destacar cómo los datos relacionados con el urbanismo, o factores socioeconómicos como las condiciones laborales o la vivienda son esenciales para la consecución de los fines generales de la AESAP. Para el artículo 7 proponemos:

*“suministrar los datos necesarios para llevar a cabo el cumplimiento de los fines recogidos en el artículo 2, en especial, evaluar el estado de salud de la población y **la reducción de las desigualdades sociales en salud**, realizar las funciones de seguimiento y vigilancia en salud pública, la detección precoz y la evaluación de riesgos para la salud”.*

Igualmente, convendría aclarar en el artículo 2 (2c),

*“Contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de la población y a la reducción de las inequidades en salud, mediante su participación en la elaboración de actuaciones de prevención y control de enfermedades, de protección de la salud, **así como el seguimiento del estado de salud de la población, de los factores determinantes de la salud y las necesidades y activos de la comunidad**, y la evaluación la Estrategia de Salud Pública y otras intervenciones y políticas públicas con efecto en la salud”*

4) Por último, la Modificación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (Disposición final primera) debe ser coherente con los fines desarrollados en el Artículo 2 y trasladar el enfoque colaborativo, multidisciplinario y multisectorial descrito en el preámbulo. En el punto Dos que modifica la Disposición adicional cuarta de la Ley General de Salud Pública, deben incluirse las entidades relevantes de titularidad autonómica y local,

tales como la Escuela Andaluza de Salud Pública adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proponemos:

“Disposición adicional cuarta. De la Agencia Estatal de Salud Pública.

*La Agencia Estatal de Salud Pública coordinará su actividad con los centros nacionales de Epidemiología, Microbiología, Sanidad Ambiental, Medicina Tropical, Escuela Nacional de Sanidad y Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, y otras unidades, centros y organismos de titularidad estatal, **autonómica y local** que tengan entre sus competencias el desarrollo de funciones en materia de salud pública en conexión con el desarrollo de actividades de investigación.”*

La Sociedad Andaluza de Salud Pública y Administración Sanitaria expresa su disponibilidad para contribuir al desarrollo de este Anteproyecto y el proyecto de Ley derivado, poniéndose a disposición del Ministerio de Sanidad para aportar las capacidades y experiencia de las personas asociadas a esta sociedad científica.

Firmado: Jaime Jiménez Pernet

Presidente de SASPAS-HIPATIA, en nombre de la Junta Directiva