

HACIA UN DERECHO DE LA SALUD PÚBLICA

Hoja de ruta para el desarrollo de la Ley 33/2011
General de Salud Pública

FUNDACIÓN



fundaciongasparcasal.org

The graphic design features a large orange rectangle on the left side of the page. A smaller teal rectangle is positioned at the bottom left, partially overlapping the orange one. The title text is split: 'HACIA UN DERECHO DE LA' is in teal and placed within the orange block, while 'SALUD PÚBLICA' is in orange and placed to the right of the orange block.

HACIA UN DERECHO DE LA SALUD PÚBLICA

Hoja de ruta para el
desarrollo de la
Ley 33/2011
General de
Salud Pública

FUNDACIÓN



HACIA UN DERECHO DE LA SALUD PÚBLICA

Hoja de ruta para el desarrollo de
la Ley 33/2011 General de
Salud Pública

Hacia un derecho de la salud pública,
Hoja de ruta para el desarrollo de la Ley 33/2011 General de Salud Pública
Fundación Gaspar Casal

ISBN: 978-84-09-50763-4

Depósito legal:

Formato: 170 x 240

Página: 110

2023 Fundación Gaspar Casal

fundacióngasparcasal.org

C/General Díaz Porlier 78, 8A

28006 Madrid

Edita: Sara Prieto Trapero

INDICE

01	Introducción	12
02	Punto de Partida	15
	2.1. ¿Qué? La Estrategia de Salud Pública	17
	2.2. ¿Quién? Las instituciones	18
	2.3. ¿Cómo?	25
03	Investigación cualitativa: grupo focal.	32
	3.1. Componentes del Grupo de expertos	32
	3.2. Estado de la cuestión y preguntas formuladas al grupo focal	33
	3.3. Análisis del discurso	36

04	Reflexiones jurídicas para el desarrollo normativo de la Ley General de Salud Pública	43
	4.1. Introducción	43
	4.2. Aspectos generales	45
	4.3. Delimitación funcional y conexiones Internormativas en materia de salud pública	49
	4.4. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y su operatividad en materia de salud pública	61
	4.5. Propuesta para la creación del Centro Estatal de Salud Pública	72
	4.6. De los Sistemas de información a la Inteligencia Sanitaria	78
	4.7. Evaluación de Impacto en Salud	82
	4.8. Análisis de la perspectiva de género en la (posible) reforma y desarrollo de la LGSP.	89
	4.9. Hacia un Derecho de la Salud Pública.	92
05	Hoja de Ruta para situar la Salud como determinante de todas las políticas	96
06	Bibliografía	102

COORDINADORES

Alicia del Llano Núñez-Cortés

Responsable de Asuntos Públicos de la Fundación Gaspar Casal

Juan E. del Llano Señarís

Director de la Fundación Gaspar Casal

Roberto Nuño Solinís

Director de Investigación y Formación de la Fundación Gaspar Casal

Participantes en Grupo de Expertos

José Ramón Banegas

Catedrático de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid

Carmelo Ortega

Profesor titular del Departamento de Patología Animal de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Zaragoza

Manuel García Goñi

Catedrático de Economía de la Universidad Complutense de Madrid

María Gálvez

Directora de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes

Jaime Jesús Pérez

Subdirector General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones de la región de Murcia

David Larios

Letrado de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, vicepresidente AJS y miembro SESPAS

Rafael Ortí

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, y Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del HU Clínico de Valencia

CONTRIBUCIONES A CAPÍTULOS

César Cierco Seira

Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de Lérida.

Joaquín Cayón De las Cuevas

Director del Grupo de Investigación en Derecho Sanitario y Bioética.
IDIVAL- Universidad de Cantabria.

Alberto Palomar Olmeda

Profesor titular Acreditado de Derecho Administrativo.
Magistrado de lo contencioso-administrativo (EV) y Abogado.

José Ignacio Vega Labella

Abogado del Estado y Socio de Ramón y Cajal Abogados SLP.

Pilar Núñez-Cortés Contreras

Catedrática de Derecho del Trabajo de la Universidad Loyola Andalucía.

Alicia del Llano Núñez-Cortés

Responsable de Asuntos Públicos de la Fundación Gaspar Casal

Juan E. del Llano Señarís

Director de la Fundación Gaspar Casal

Roberto Nuño Solinís

Director de Investigación y Formación de la Fundación Gaspar Casal

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe recoge un profuso análisis destinado a aportar conocimiento relevante y útil que permita arrojar claridad al proceso de desarrollo normativo de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (en adelante, LGSP) objeto de este informe.

En primer lugar, se ha rastreado el punto de partida, el contexto y condicionantes que han conducido al no-desarrollo de una legislación tan relevante y cuya ausencia se ha hecho del todo evidente durante la gestión de la pandemia.

A partir de esa revisión y exploración, se han identificado unos ejes principales de avance para cuyo desarrollo se consideraba relevante contar con visiones plurales y multidisciplinarias. Con ese fin, se congregó a un grupo de expertos para que pudieran dar respuesta a una serie de preguntas en torno a las que se articulaban dichos ejes de avance. El análisis del discurso que emergió de esa reunión de expertos es un destilado de conocimientos guía, inspiradores, por un lado, y accionables, por otro, sobre temas tan sustanciales como la necesidad de una estrategia común y coordinada de salud pública acompañada de una dotación presupuestaria acorde, el Centro Estatal de Salud Pública, la colaboración público-privada en los distintos niveles y órganos de decisión y los conceptos de vigilancia en salud pública y *One Health*.

Esas aportaciones han permitido avanzar en gran medida en la consecución de los objetivos del proyecto, a saber:

1. establecer una narrativa institucional sólida sobre la importancia de la Estrategia de Salud Pública para mejorar el estado de salud de la población y los mecanismos de respuesta ante crisis sanitarias, aportando alternativas concretas sobre las que construir el desarrollo normativo de la ley.
2. aprovechar el *momentum* del COVID-19 para posicionar la Salud Pública como una de las principales prioridades de la agenda política sanitaria, de forma duradera y estable.

3. concienciar a los poderes públicos sobre la necesidad de completar el desarrollo normativo ya previsto en la ley de 2011.

Sin embargo, unos objetivos tan ambiciosos requerían un análisis jurídico preliminar, que se incluye en un epígrafe específico, capaz de reflejar la complejidad de las cuestiones objeto de estudio y que, en cualquier caso, pueden ser abordadas siguiendo las recomendaciones de los expertos.

En definitiva, aunque España adolece, once años después, de una estructura que coordine y aglutine las actuaciones que se llevan a cabo en todo el territorio nacional en materia de Salud Pública y de que la falta de desarrollo normativo priva de herramientas a los responsables políticos y genera incertidumbres evitables, estamos ante una ventana de oportunidad que hay que aprovechar y que cuenta con un respaldo público y social apreciables. El escenario crepuscular del COVID-19 y los riesgos pandémicos emergentes son el momento adecuado para dotarnos de los mecanismos regulatorios que permitan respuestas mucho más ágiles, eficaces y confiables ante este tipo de desafíos, así como disponer de una panoplia de herramientas para gestionar la salud poblacional con un enfoque *One Health*, de forma eficiente y equitativa, durante las próximas décadas.

01 INTRODUCCIÓN

La Ley General de Salud Pública (LGSP) se aprobó, el 22 de septiembre de 2011, con el voto a favor de 343 de los 344 diputados presentes aquel día en el hemisiciclo. La Ley 33/2011, de 4 de octubre, se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) y tres días después las Cortes se disolvieron.

Una norma que, pese a su respaldo casi unánime, apenas ha desplegado su potencial regulatorio, pues en los once años siguientes no ha habido desarrollo reglamentario alguno. Tampoco se producen avances con el cambio de Gobierno de junio de 2018. Tras la moción de censura, la prioridad en Sanidad fue recuperar una cobertura universal que en los años precedentes se había reducido. Además, la política nacional estuvo en funciones casi un año, y cuando logró constituirse un nuevo Gobierno, ya en enero de 2020, la llegada del COVID-19 apenas unas semanas después se convirtió en el epicentro de todos los esfuerzos sanitarios.

Sin embargo, la pandemia ha servido para reivindicar la salud pública y reavivar los reproches por su falta de desarrollo normativo, con un acuerdo muy generalizado de que España habría estado mejor preparada para esta crisis sanitaria de haberse desarrollado, en mayor medida, las previsiones contenidas en la Ley. De hecho, las conclusiones de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica que acogió el Congreso en julio de 2020 no pudieron ser más tajantes en el capítulo de Sanidad y Salud Pública: hay que “cumplir en su integridad” la LGSP; es “necesario” desarrollar esta norma. Unas conclusiones que entroncan con la filosofía de la Ley General de Salud Pública: la clave es construir un sistema que produzca salud en vez de actividad sanitaria y que prevenga la enfermedad y no sólo la cure, además de impulsar la promoción de la salud con criterios de cohesión, equidad y calidad. Hace falta un cambio de visión que tenga en cuenta los determinantes sociales de la salud en su integridad.

El Anteproyecto de Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), actualmente en trámite parlamentario para su aprobación, además de garantizar el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (SNS) y de impedir nuevos copagos, convierte en obligatoria la evaluación del impacto en salud de la población en todas las políticas públicas. Algo sustantivo a la par que muy necesario, que ya aparecía en LGSP en su art. 35. La inclusión de la evaluación de impacto en salud en nuestro ordenamiento jurídico nos sitúa en el grupo de los países más avanzados lo que finalmente propiciará que la salud esté en todas las políticas.

La LGSP preveía una cascada de herramientas (desarrollos reglamentarios) que se quedaron en tierra de nadie: una Estrategia de Salud Pública, un Consejo Asesor, un Sistema de Información, una Red de Vigilancia y un mecanismo de alerta precoz y respuesta rápida, o un Centro Estatal de Salud Pública, entre otros.

Es muy posible que, si el desarrollo normativo de esta ley se hubiera implementado antes, la pandemia nos habría encontrado con unas estructuras y recursos de Salud Pública más reforzados.

Tras la reclamación casi unánime de todos los grupos parlamentarios para culminar el desarrollo normativo de la LGSP, parece evidente que nos encontramos ante una segunda oportunidad. Se trataría de una herramienta imprescindible para resituar el foco en la Salud Pública con medidas preventivas y de promoción de la salud, y cambiar así la distribución de los recursos públicos destinados a Sanidad dando más peso al capítulo salud pública.

Pero también falta mucha cultura en Salud Pública, tanto en la sociedad como en la Administración, y la educación para la salud es una de las asignaturas pendientes. Hay nuevas realidades que atender que nos recuerdan que una sociedad avanzada debe pensar en la población del futuro, sin esperar a solucionar los problemas cuando sus servicios sociales y sanitarios se encuentran desbordados tras muchos años fuertemente tensionados. El creciente envejecimiento de la población, la baja natalidad, el debilitamiento de las redes familiares y sociales, la globalización y sus riesgos emergentes, el *consumerismo*, el uso creciente de las nuevas tec-

nologías, el modo de vida sedentario, los efectos del cambio climático o la inmigración no reglada son algunos de estos nuevos fenómenos sociales. Hoy, repasar el articulado de la Ley General de Salud Pública es recordar su visión de la inversión en salud como una contribución decisiva al bienestar social, tanto por el efecto neto de la ganancia en salud como por la contribución a la sostenibilidad de los servicios sanitarios y sociales. La salud poblacional conlleva un aumento de la productividad laboral, lo que la convierte en una de las políticas públicas más rentables. Asimismo, organizando y reforzando bien nuestra inteligencia en Salud Pública se podría influir y actuar en la esfera internacional contribuyendo a la salud global, que ya apunta la LGSP.

La LGSP encomendaba al Centro Estatal de Salud Pública "el asesoramiento técnico en materia de Salud Pública y la evaluación de intervenciones en Salud Pública en el ámbito de la Administración General del Estado", además de llevar a cabo "labores de asesoramiento técnico y científico y de evaluación de intervenciones de Salud Pública en el ámbito de otras administraciones". También iba a ser el encargado de realizar el seguimiento y la evaluación de la Estrategia de Salud Pública, coordinando las acciones desarrolladas por los centros nacionales de Salud Pública.

En resumen, la LGSP señala que el enfoque de la Salud Pública actual se dirige a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y por tanto requieren nuevas formas de organización. Refuerza, si se desarrolla con reglamentos de distinta índole, las estructuras estatales y de coordinación para hacer frente a cualquier desafío presente y futuro. En definitiva, ha llegado el momento de abordar una reforma o actualización de la Ley General de Salud Pública que, a través de un desarrollo reglamentario adecuado y actualización de la norma, permita colocar a la salud pública en el centro de todas las políticas y situarla como una prioridad en la agenda política española.

02

PUNTO DE PARTIDA

Este trabajo de investigación tiene como propósito analizar críticamente la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, para vislumbrar cuáles son los ejes claves de su desarrollo normativo.

A partir de este análisis, se han definido las preguntas que se realizaron al grupo de expertos que se detalla en el siguiente capítulo. Nos centraremos en los aspectos de la LGSP cuyo desarrollo reglamentario, si bien contemplado en la ley, aún no se ha llevado a cabo, poniendo especial énfasis en la necesidad de una estrategia común y coordinada de salud pública acompañada de una dotación presupuestaria acorde, el Centro Estatal de Salud Pública, la colaboración público-privada en los órganos de decisión y los conceptos de vigilancia en salud pública y *One Health*.

Más en detalle, los objetivos del proyecto que nos ocupa son:

1. Establecer una narrativa institucional sólida sobre la importancia de la Estrategia de Salud Pública para mejorar el estado de salud de la población y los mecanismos de respuesta ante crisis sanitarias, aportando alternativas concretas sobre las que construir el desarrollo normativo de la ley.
2. Aprovechar el *momentum* de la COVID-19 para posicionar la Salud Pública como una de las principales prioridades de la agenda política sanitaria de forma duradera y estable.
3. Concienciar a los poderes públicos sobre la necesidad de completar el desarrollo normativo ya previsto en la Ley General de Salud Pública de 2011.

Como apuntábamos más arriba y siguiendo lo dispuesto en la Disposición final quinta de la LGSP, corresponde al Gobierno y al Ministerio de Sanidad su necesario desarrollo reglamentario. Los aspectos que precisan desarrollo normativo se pueden agrupar siguiendo las tres preguntas clave que dotan de estructura a la norma, y que se detallan a continuación:

¿QUÉ?

- La Estrategia de Salud Pública (artículo 44)

¿QUIÉN?

- El Consejo Asesor de Salud Pública (artículo 45)
- El Centro Estatal de Salud Pública (artículo 47)

¿CÓMO?

- Vigilancia (artículos 12 a 15)
- Sistemas de información, digitalización, interoperabilidad (artículos 40 a 43)
- One Health o Sanidad ambiental (artículos 30, 31 y 44)
- Equidad-Eficiencia (artículos 3, 6, 25 y 26)
- Evaluación (artículo 35)
- Formación, información y transparencia (artículos 3, 4, 11 y 48)
- Coordinación y colaboración (Ley 40/2015, artículo 3.1 k)

La Salud Pública se define como "el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales" (LGSP, art. 1).

Dichas actuaciones se desarrollan principalmente en las Direcciones Generales de Salud Pública de las Comunidades Autónomas, así como en organismos autónomos como Agencias, Centros e Institutos de Salud Pública, correspondiendo a la Administración General del Estado la coordinación de las funciones previas y las competencias exclusivas de Sanidad Exterior.

Fruto de la síntesis entre los diversos modelos para una Nueva Salud Pública, nuevas aproximaciones a la Atención Primaria (Declaración de Alma Atta, 1978), Promoción de la Salud (Carta de Ottawa, 1986), iniciativas de Salud Urbana (Healthy City, OMS, 1986), la desaparición de las fronteras entre salud humana y animal (One Health), entre enfermedades transmisibles y no transmisibles y entre países (Global Health), etc. y la necesidad de abordar las enfermedades emergentes y re-emergentes, se promovieron, a partir del año 2000, una serie de reformas de las estructuras de Salud Pública que en España se materializaron en la LGSP que aún están por desarrollar.

Más recientemente, en el año 2015, las Naciones Unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030 que incluían, en el objetivo n.º 3, la salud y el bienestar en la agenda política internacional promoviendo así "la Salud en Todas las Políticas". A propósito de la COVID-19, la Unión Europea ha decidido crear la Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (en adelante, HERA) cuya tarea consiste en garantizar que la UE y los Estados miembros estén mucho más preparados para actuar frente a una crisis transfronteriza. HERA tendrá un modo de preparación y un modo de emergencia. En el primero, dirigirá la inversión y la acción al refuerzo de la prevención, la preparación y la capacidad de reacción ante nuevas emergencias de salud pública. En el segundo, HERA podrá disponer de mayores competencias para la toma rápida de decisiones y la aplicación de medidas de emergencia.

2.1. ¿QUÉ? LA ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA

Conforme al artículo 44 de la LGSP, es necesario desarrollar normativamente la Estrategia Nacional de Salud Pública, cuya finalidad es propiciar que la salud y la equidad se tengan en cuenta en todas las políticas públicas, facilitando la intersectorialidad de las acciones en dicha materia. Esta estrategia deberá ser aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), tendrá una duración quinquenal y será evaluada bianualmente por el Centro Estatal de Salud Pública. En ella se definirán las áreas de actuación, y también deberá incluir las acciones de investigación que contemplan los artículos 47 a 49 de la LGSP.

Además, en su desarrollo es necesario tener en cuenta su encaje con los planes integrales de salud de las CCAA y con la Estrategia de Vigilancia cuyo desarrollo normativo está en curso. Asimismo, una parte importante de la Estrategia de Salud Pública debería ocuparse del diseño estratégico del nuevo sistema de Vigilancia en Salud Pública que actualice la actual Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) y que incluya la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, el cual será creado por Real Decreto (RD) —que deberá establecer sus funciones y sistema de gobernanza—, y que integre y aúne las redes regionales.

En relación con la Estrategia, es necesario tener en cuenta que hay otras partes de la LGSP y ámbitos de actuación de la Salud Pública siguen sin tener completo su desarrollo normativo (promoción de la salud, prevención, vigilancia —RD en desarrollo—) o podría precisar actualización (RD de la RENAVE).

2.2. ¿QUIÉN? LAS INSTITUCIONES

Si la Estrategia de Salud Pública será el contenido fundamental que deberá articular el desarrollo normativo de la LGSP, el siguiente paso consiste en definir las estructuras administrativas que la definirán, implementarán y evaluarán. Es decir, las instituciones que harán posible el desarrollo normativo de esta norma.

1. Consejo Asesor de Salud Pública (artículo 45)

En virtud del artículo 45, se debe desarrollar normativamente la creación, composición, funciones y régimen del Consejo Asesor de Salud Pública, un órgano colegiado de consulta y participación, adscrito al Ministerio de Sanidad y en que estarían representados los Departamentos de la AGE, las CCAA, así como otros organismos y organización relacionados con la Salud Pública. Estaría presidido por el titular del Ministerio de Sanidad.

Más allá de lo recogido en la norma, resulta fundamental definir el encaje de este órgano con el resto de los órganos colegiados existentes y aquellos aún no creados pero contemplados en la LGSP, como es el caso del Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Es decir, es necesario definir sus fines y objetivos, dependencia o adscripción y composición dentro de un Sistema Nacional de Salud volcado en los Servicios de Salud regionales hasta las recientes crisis de la COVID-19 y Listeria. Llegados a este punto, y debido a la compleja amalgama de instituciones/actores competentes en el área de salud pública, conviene hacer un esquema que arroje luz sobre cuáles son los órganos colegiados existentes en materia de Salud Pública en España (ver Tabla 1).

Tabla 1. Actuales órganos colegiados en materia de Salud Pública en España

ÓRGANO	ADSCRIPCIÓN	CREACIÓN	FUNCIONES
Consejo Asesor de Salud Pública	Ministerio	LGSP (2011)	Pendiente de desarrollo normativo.
Consejo Asesor de Sanidad	Titular del Ministerio	RD 858/1992; Orden SCB/94/2019	"Asesorar e informar a la persona titular del Ministerio"
Comisión de Salud Pública	CISNS	Acuerdo 203º del 14 de diciembre de 1992 del CISNS	(No definidas en el acuerdo de creación) Establece acuerdos sobre políticas básicas comunes en temas de Salud Pública.

2. Centro Estatal de Salud Pública (artículo 47)

El artículo 47 de la LGSP contempla la creación del Centro Estatal de Salud Pública (en adelante, CESP), adscrito al Ministerio de Sanidad y que dependería del centro directivo de salud pública. En la Disposición adicional cuarta, está previsto que dicha creación se realice mediante la reestructuración de las unidades existentes contempladas en el RD de estructura del Ministerio de Sanidad, sin que a priori pueda suponer un incremento de los créditos presupuestarios. A raíz de las ayudas concedidas de la Unión Europea y la decisión de vincularlas a la creación de este centro, se debe replantear lo dispuesto en esa disposición.

La norma dispone que las funciones específicas del CESP serán establecidas en el correspondiente RD de estructura orgánica, desarrollo normativo que aún está pendiente, si bien la ley prevé que sus objetivos sean realizar asesoramiento científico-técnico en materia de salud pública y evaluar tanto la Estrategia de Salud Pública como intervenciones en salud pública en el ámbito de la Administración.

A este respecto, desde el pasado 24 de septiembre, dio comienzo el trámite de consulta pública previa del anteproyecto de Ley de Creación del Centro Estatal de Salud Pública que finalizó el pasado 13 de octubre. Siguiendo lo dispuesto en el art. 91 de la Ley 40/2015 del Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), por tratarse de un organismo público su creación se efectuará por ley.

Sobre la forma jurídica, debemos remitirnos a lo establecido en el art. 84 de la misma norma para determinar el régimen jurídico que podría adoptar este organismo público donde los más plausibles son:

1. Organismos autónomos.
2. Entidades públicas empresariales.
3. Agencias estatales.

La elección entre una y otra dependerá de la voluntad política del momento y del nivel de independencia y autonomía que se le quiera otorgar al centro.

Es oportuno saber que el citado anteproyecto dispone que:

"La pandemia de la COVID-19 ha puesto en evidencia la necesidad de contar con un centro estatal que coordine esfuerzos frente a futuras emergencias sanitarias. Así lo acordaron los grupos parlamentarios presentes en la Comisión de Reconstrucción para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados. En concreto, en su Dictamen, aprobado el 29/07/2020, se ha incluido en el punto 7 del Área de Sanidad y Salud Pública el siguiente literal: "Para una mejor gobernanza del Sistema Nacional de Salud y fomentar mecanismos de cooperación entre los servicios asistenciales y de salud pública de las comunidades autónomas, se creará un Centro Estatal de Salud Pública y Calidad Asistencial estudiándose la fórmula jurídica más adecuada, incluida la posibilidad de una Agencia".

Resulta conveniente que más allá de su régimen jurídico y si éste es más autónomo o menos, es relevante enfatizar la necesidad de que dicho centro debe coordinar su actividad con el Centro Nacional de Epidemiología, el Centro Nacional de Microbiología, Sanidad Ambiental, Escuela Nacional de Sanidad, etc. tal y como recoge la disposición adicional cuarta.

En el marco comparado (ver tabla 2), esto supone una diferencia significativa, al no adscribir ni fusionar centros para crear una Agencia Estatal que agrupe los centros con funciones de coordinación, evaluación, investigación y formación en Salud Pública; sino que recoge la creación, probablemente de un Organismo Autónomo, con unas funciones específicas y, entre ellas, las de coordinación. Por lo tanto, el modelo organizativo del CESP quedará, en parte, condicionado por las funciones y efectivos ya existentes que se le adscriban. Existen diferentes opciones de organización siguiendo los modelos internacionales destacables. Por un lado, estaría el modelo de los EE. UU. (Centre for Disease Prevention and Control), Alemania (Robert Koch Institute) e Italia (Istituto Superiore di Sanità) que se pueden resumir como una red de centros, servicios y unidades monográficas por todo el territorio, estructuradas en Departamentos y coordinados por una

Dirección. Por otro lado, se encuentran los modelos francés e inglés, que tras la fusión de los centros pre-existentes en una Agencia desplegaron células territoriales (15 en Francia, integradas en las Agencias Regionales de Sanidad) o centros locales (8 en Inglaterra) de carácter generalista.

A la luz de las opciones organizativas que se describen siguiendo el derecho comparado, llevado al modelo español, habría que recalcar la necesidad de que el centro dependa funcional y orgánicamente del Ministerio de Sanidad. Al igual que debería ocurrir con el Instituto de Salud Pública Carlos III con el fin de hacer más efectiva su coordinación y coherencia en la actuación.

En síntesis, el desarrollo de la LGSP debe abordar las funciones a desarrollar desde el CESP, la naturaleza jurídica de dicho organismo (agencia u organismo autónomo) y su relación con los centros a coordinar, el modelo organizativo (red de centros monográficos vs centro integral con red de nodos), la integración territorial (estructura propia o coordinación con las unidades de las CCAA), la rendición de cuentas y evaluación (contrato programa) y la gobernanza.

Tabla 2. Organismos de Salud Pública Europeas

PAÍS	Reino Unido	Francia
INSTITUCIÓN (AÑO)	UK Health Security Agency (UKSA, 2021)	Agence nationale de santé publique (2016) [Code de la Santé Publique]
SISTEMA	Beveridge	Bismarck
PRES.	£300 mil.	200 mil.
ORGANIZACIONES PREVIAS	Public Health England (PHE) UKSA+Health Promotion Office	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Institut de veille sanitaire, Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
PERS.	5.500	645
CENTROS DEPEND.	NHS Test and Trace, Joint Biosecurity Centre	

PAÍS	Italia	Alemania	Portugal
INSTITUCIÓN (AÑO)	Istituto Superiore di Sanità (1934 [Regolamento di organizzazione dell'Istituto superiore di sanità])	Robert Koch Institute (1891) [Ley de instituciones sucesoras de la Oficina Federal de Salud, 1994]	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
SISTEMA	Beveridge	Bismarck	Beveridge
PRESUPUESTO		108 mil.	25,3€ mil.
ORGANIZACIONES PREVIAS		Institute for Experimental Epidemiology/ Wernigerode (1990). AIDS centre/Berlin (1994). Institute for Social Medicine and Epidemiology (1994).	
PERSONAL	1523	1100	600
CENTROS DEPENDIENTES	· CN AIDS · CN malattie rare · CN ONDICO · CN per la ricerca e la valutazione dei prodotti immunobiologici · CN sostanze chimiche · CN di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute · CN trapianti · CN sangue	· Dep. Enfermedades Infecciosas · Dep. Epidemiología y Reportes de Salud · Dep. Epidemiología de Infecciones · Centro de Riesgos Biológicos y Patógenos Especiales · Infraestructura de investigación y desarrollo de métodos · Centro para la protección de la salud internacional · Grupos investigación de proyectos · Dep. Salud global y bioseguridad · Oficina dStem Cell Act · Área de gestión y administración central	· Dep. da Alimentação e Nutrição; · Dep. de Doenças Infecciosas; · Dep. de Epidemiologia; · Dep. de Genética; · Dep. de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas; · Dep. de Saúde Ambiental.

2.3.- ¿CÓMO?

Una vez analizado el contenido (¿qué?) que debe tener el desarrollo normativo de la LGSP), y las opciones de estructura administrativa organizacional que podría tener (¿quién?), conviene detenernos en cómo se implementaría en el día a día el desarrollo e impulso de la salud pública. Entendemos que los ejes sobre los que debe pivotar son:

1. Vigilancia (art. 12 a 15)

Los artículos 12 a 15 definen y estructuran la Vigilancia en Salud Pública y su articulación en la Administración General del Estado, estableciendo las competencias del Ministerio de Sanidad en vigilancia y los recursos para la Salud Pública.

A este respecto, es necesario definir cómo se va a integrar la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública, cuyo desarrollo normativo está actualmente en proceso, con estrategia de Salud Pública y con el CESP. La urgente necesidad surgida por la pandemia de COVID-19 ha supuesto que se haya iniciado antes el desarrollo normativo de la Estrategia de Vigilancia.

También hay que establecer quién propondrá la Estrategia de Salud Pública, y quién la de Vigilancia. Si el CESP evaluará anualmente la Estrategia de Salud Pública, parece razonable que también sea dicho órgano quien evalúe la de Vigilancia.

Más allá de lo que la norma vislumbra, sería conveniente adentrarnos a determinar cuál debe ser el objeto de la vigilancia en salud pública. El contenido (la información) y su calidad, relevancia, transparencia y fiabilidad serán los que permitan crear un sistema de información que permita una toma de decisiones operativa y eficiente.

2. Sistemas de información, digitalización, interoperabilidad (art. 40 a 43)

Los artículos 40 a 43 recogen lo relativo al Sistema de Información en Salud Pública, y apelan a la necesidad de asegurar la compatibilidad e interoperabilidad de los sistemas, basándose en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Será el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España (en adelante, CISNS) el que aprobará la información sobre salud pública que incluya dicho sistema, que definirá el conjunto de datos básicos.

Más allá de lo dispuesto en la norma, en agosto de 2020 se crea la Secretaría General de Salud Digital, información e innovación del SNS (RD 735/2020), que es el órgano directivo del Ministerio de Sanidad al que corresponde abordar los proyectos de modernización, innovación, mejora y transformación del SNS a la luz de los nuevos retos derivados de la pandemia por COVID-19, en particular los relacionados con la salud digital y los sistemas de información. Le corresponde también la elaboración de los sistemas de información y la gestión de la información. Así, es importante, a la hora de definir el Sistema de Información en Salud Pública, el papel que desempeñará dicha Secretaría General en su creación, gestión y mantenimiento.

3. One Health (art. 30, 31 y 44)

One Health ("Una Salud") es un concepto introducido a comienzos del siglo XXI, que sintetiza la noción de que existe una interdependencia entre la salud humana, la sanidad animal y el medioambiente. La aproximación One Health es un enfoque que nace para diseñar e implementar programas, políticas, leyes y líneas de investigación en que confluyen y colaboran múltiples sectores con el objetivo de obtener los mejores resultados en Salud Pública, siendo las resistencias a los antibióticos, las zoonosis o la seguridad alimentaria algunos de sus principales desafíos. En relación con estos retos, resulta imprescindible aprovechar el potencial de conocimiento, habilidades y competencias de otros profesionales como veterinarios y farmacéuticos.

El ordenamiento jurídico español tan solo contempla el concepto One Health en el reciente RD 370/2021, de 25 de mayo, por el que se establecen disposiciones específicas para la aplicación en España del Reglamento (UE) 2019/4 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de diciembre de 2018, relativo a la fabricación, la comercialización y el uso de piensos medicamentosos, por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 1831/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo y se deroga la Directiva 90/167/CEE del Consejo, y de otras normas de la Unión Europea en materia de piensos y medicamentos, y se modifican diversos reales decretos en materia de ganadería. Este establece las disposiciones específicas para la aplicación en España del reglamento europeo relativo a los piensos medicamentosos, en que solo se menciona lo siguiente: *Ambas disposiciones se enmarcan dentro del Plan Europeo de lucha contra las Resistencias a los antimicrobianos, un problema de gravedad creciente y cuya solución debe pasar por el enfoque de «One Health» o «Una Salud», esto es, tomando medidas desde todos los sectores implicados: salud pública, sanidad animal y medio ambiente.*

A nivel europeo, el programa One Health European Joint Programme es el resultado de la colaboración de 44 laboratorios e institutos alimentarios, veterinarios y médicos de 22 países europeos. Su objetivo es crear oportunidades para armonizar aproximaciones, metodologías, bases de datos y procedimientos para la identificación y gestión de los riesgos alimentarios, amenazas emergentes y resistencias antimicrobianas en Europa. Todo esto enfocado al aumento de la calidad y compatibilidad de la información en aras de una mejor toma de decisiones. Además, de forma periódica, la Comisión Europea publica los informes de progreso sobre la implementación del Plan de Acción Europeo One Health contra las Resistencias a los Antibióticos, adoptado en 2017.

Si bien la LGSP no contempla el enfoque One Health explícitamente, el artículo 44 afirma que la finalidad de la Estrategia de Salud Pública es “propiciar que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas y facilitar la acción intersectorial en

esta materia", de donde se podría derivar este enfoque. Asimismo, los artículos 30 y 31 definen las competencias y actuaciones del Ministerio de sanidad en cuanto a la sanidad ambiental.

Por tanto, sería conveniente que su desarrollo normativo incluyese esta aproximación intersectorial de la salud, bien como un departamento dentro del CESP, donde trabajen sanitarios y veterinarios conjuntamente, bien como una línea estratégica recogida en la Estrategia de Salud Pública, incluyendo tanto el concepto One Health como los mecanismos necesarios para integrarlo en todos los planes de salud pública.

4. Equidad-Eficiencia (art. 3, 6, 25 y 26)

El artículo 3 recoge el principio de equidad en salud promoviendo la disminución de las desigualdades sociales e incorporándose acciones sobre sus condicionantes sociales, entre otras cuestiones.

En la misma línea, el artículo 6 recoge el derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad. Este derecho se concretará en una cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública, con un conjunto de actuaciones y programas.

Para cumplir con ambos principios, resulta fundamental la consideración de la gestión sanitaria como acción de salud pública (art. 25 y 26), siendo su principal objetivo mejorar la salud de la población y reducir los desequilibrios sociales y territoriales, es decir, disminuir las desigualdades en salud, favoreciendo la equidad con una perspectiva de determinantes sociales en salud y teniendo en cuenta la interseccionalidad de estos. En este sentido, la eficiencia como principio rector de las Administraciones Públicas, ya recogido en el artículo 3.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, configura este binomio indisoluble equidad-eficiencia que debería permear toda la gestión sanitaria y el desarrollo normativo de la LGSP.

5. Evaluación (art. 35)

En virtud del artículo 35, “las administraciones deberán someter a evaluación el impacto en salud de sus normas, planes, programas y proyectos”. Dichas evaluaciones serán integradas en el sistema de información de salud pública y en la RENAVE. Además, el artículo 51 recoge la evaluación del impacto en salud de los resultados de las investigaciones financiadas con fondos públicos.

Así, la Estrategia de Salud Pública debería incluir la evaluación de los impactos en salud de todas las políticas, no solo de aquellas políticas de salud pública, así como de las investigaciones financiadas con fondos públicos. Dicha evaluación podría realizarla el CESP a nivel nacional, pero a nivel autonómico podrían realizarla los nodos del CESP, si su modelo fuese en red.

Por mucho que se trate y se hable de la evaluación, hay que avanzar hacia un cambio cultural en España que permita entender, desde todas las esferas y planos que, evaluar es la única herramienta para aprender y para mejorar. El CESP debe liderar la mejora continua en salud pública a través de la evaluación para lo cual precisa de una estructura robusta e inteligente y con un capital humano preparado.

6. Formación, información y transparencia (art. 3, 4, 11 y 48)

El artículo 48 de la LGSP define cuáles se consideran las actividades profesionales del ámbito de la salud pública, resaltando el carácter multidisciplinar de la misma y la necesidad de la formación continua de sus profesionales, siendo dicha formación una inversión estratégica de las Administraciones públicas.

Sin embargo, aunque no está previsto en la ley, sería interesante incluir en su desarrollo normativo una formación en salud pública que incluya a la población general. La inclusión de conceptos de Salud Pública (promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, One Health, uso correcto de antimicrobianos, vacunación, salud sexual,

etc.) en los planes formativos desde niveles educativos tempranos podría ser una forma de acercar la salud pública a los ciudadanos. Esta formación e información se sustenta también en el artículo 4 de la LGSP, según el cual los ciudadanos tienen derecho a ser informados en materia de salud pública, y a recibir información sobre los determinantes de la salud, así como en el artículo 8, en virtud del cual tienen el deber de colaborar, siendo para ello necesario una educación previa en la materia.

Según el artículo 11 (*Colaboración en salud pública e imparcialidad en las actuaciones sanitarias*), las administraciones sanitarias velarán por la transparencia e imparcialidad en materia de salud pública, incluidas la formación e investigación. El desarrollo reglamentario de los requisitos para la declaración de conflicto de intereses por parte de los expertos y representantes de las organizaciones científicas y profesionales que compongan los comités o grupos que evalúen acciones o realicen recomendaciones de salud pública, si bien estaba previsto, tan solo ha llegado a la fase consulta pública¹ y debería finalizarse. Se trata de un ejemplo más de cómo la falta de voluntad política (o el inmovilismo institucional), lastra mejoras y avances para la sociedad.

7. Coordinación y colaboración (Ley 40/2015, art. 3.1 k)

El desarrollo de la LGSP debería ayudar a subsanar la actual fragmentación y falta de coordinación de las políticas de salud, especialmente en materia de salud pública. Es decir, debería proponer mejoras concretas para que los procesos de análisis, decisión, seguimiento y evaluación de las decisiones que afecten a la salud pública sean más rigurosos, coordinados y eficientes.

1. https://www.mscbs.gob.es/normativa/docs/CONSULTA_PUBLICA_RD-IMPARCIALIDAD_DGSPCI.pdf

En virtud del artículo 3.1 de la Ley 40/2015, las Administraciones Públicas deben servir con objetividad a los intereses generales y actuar respetando los principios de eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos y cooperación, colaboración y coordinación entre las Administraciones Públicas.

Además, se debería contemplar la colaboración público-privada, así como la participación del sector privado en los organismos de decisión: ponencias ministeriales, CESP, etc.

Es esencial que el CESP integre las voces de las 17 CCAA a la vez que sea flexible con la coordinación a nivel supra estatal.

En este sentido, y para lograr la coordinación y la colaboración, puede ser útil el uso de conferencias sectoriales para alcanzar cierta unanimidad en la toma de acuerdos o recomendaciones especialmente complejos y con sensibilidad institucional.

03

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: GRUPO FOCAL

3.1.- COMPONENTES DEL GRUPO DE EXPERTOS

Con fecha 16 de diciembre de 2021, se organizó en Madrid un Grupo Focal con expertos procedentes de diversas áreas de conocimiento interconectadas con la salud pública, los cuales se detallan a continuación.

- **José Ramón Banegas** (Catedrático de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid).
- **Carmelo Ortega** (Profesor titular del Departamento de Patología Animal de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Zaragoza)
- **Manuel García Goñi** (Catedrático de Economía de la Universidad Complutense de Madrid)
- **María Gálvez** (Directora de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes)
- **Jaime Jesús Pérez**. (Subdirector General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones de la región de Murcia)
- **David Larios** (Letrado de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, vicepresidente AJS y miembro SESPAS).
- **Rafael Ortí** (Presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, y Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del HU Clínico de Valencia)

En los dos subepígrafes siguientes reflejamos la contextualización de partida que se compartió con los participantes y las preguntas formuladas, así como el análisis del discurso que nos permite identificar los patrones y ejes temáticos emergentes del grupo focal.

Este *Focus Group* fue moderado por Juan del Llano (Director de la Fundación Gaspar Casal), mientras que Javier Castrodeza (Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico Universitario de Valladolid) realizó la apertura y cierre del mismo perfilando algunas de las cuestiones que se pormenorizan en la sección de análisis del discurso.

3.2.- ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PREGUNTAS FORMULADAS AL GRUPO FOCAL

Hay un consenso sobre la necesidad de que la Salud Pública esté de una forma transversal en todas las políticas que se desarrollan en un país. Esta realidad ya estaba presente en el escenario pre-COVID-19, pero la pandemia ha sido un catalizador de la necesidad de hacer realidad este cambio trascendental.

El hilo que mueve este estudio es que la sociedad avanza y que se tiene que enfrentar a retos globales que solo son manejables de forma multidisciplinar. La legislación y la política tienen que adaptarse forzosamente a la sociedad en la que vivimos y a la que sirven, y esto no está ocurriendo, al menos, de una forma armoniosa y bien orquestada.

La pandemia ha puesto en evidencia que teníamos un sistema de prestación de servicios que estaba muy tensionado, en el que la búsqueda de la eficiencia había puesto en riesgo su capacidad de respuesta y resiliencia frente a desafíos inesperados. Asimismo, la fragmentación del sector de la salud y del sociosanitario se ha puesto de manifiesto con catástrofes como el impacto de la primera ola en las residencias de mayores o con problemas de coordinación entre los dispositivos de salud pública y los de prestación de asistencia sanitaria.

En cualquier caso, pese a esas carencias reseñadas, también se han visto ejemplos ilusionantes de capacidad de respuesta y de innovación acelerados, asentados en las capacidades de aprendizaje de los profesionales y de las organizaciones. Así, en el apartado asistencial, se han reconvertido hospitales y centros de salud para dar respuesta a los pacientes afectados por el virus COVID-19; los profesionales sanitarios han trabajado en grupos multidisciplinarios salvando barreras tradicionales provenientes de la departamentalización de las especialidades médicas; se han modificado los flujos y procedimientos de trabajo; se han construido infraestructuras en plazos cortos de tiempo; se ha utilizado de forma masiva la teleconsulta; se ha colaborado y compartido conocimiento con otras organizaciones, actores económicos y científicos para encontrar soluciones inmediatas a cuestiones logísticas y de fabricación de equipamientos y productos necesarios como respiradores, máscaras o equipos de protección individual. En el ámbito de la salud pública, se han coordinado actuaciones con una envergadura no vista hasta la fecha, con manejo de personas, sistemas de vigilancia y de registro sin precedentes e incorporando innovaciones desde la modelización avanzada a la inteligencia artificial.

Ya se vea el vaso medio lleno o medio vacío, nos hemos dado cuenta de que las normas de las que se nutre el sistema precisaban de ser actualizadas. Por lo tanto, subrayamos la importancia del tema de este grupo focal: la salud tiene que estar en el corazón de todas las políticas. Para ello, se han trasladado a los participantes del grupo de expertos las siguientes cuestiones:

¿QUÉ?

- ¿qué alcance y contenido debería tener la estrategia de Salud Pública regulada en el artículo 44 de esta Ley General de Salud Pública 33/2011?
- ¿qué elementos deben integrar los planes de las Comunidades Autónomas dentro de la estrategia de la Salud Pública?
- ¿qué forma es la más idónea para vincular la estrategia de vigilancia de la Salud Pública dentro de esta estrategia general de Salud Pública?

¿QUIÉN?

- En referencia al Centro Estatal de Salud Pública (art. 47): ¿qué centros deberían integrarlo y qué modelo seguiría, centralizado o en red autónomo o vinculado al SNS?
- ¿Qué vinculación tendría con la DGSP y con el ISCIII y qué competencias suyas asumiría?
- ¿Qué tipo de relación debe mantener con el resto de los centros nacionales?
- ¿De quién dependería este Centro funcional y orgánicamente?
- ¿puede ser el centro o agencia estatal de salud pública un organismo interministerial encargado de construir, consensuar y evaluar la Estrategia de Salud Pública?

¿CÓMO?

- ¿Cómo debe articularse la inclusión del concepto One Health en el desarrollo normativo Mde la LGSP? ¿El concepto One Health debería ser una línea estratégica dentro de la Estrategia Nacional de Salud Pública? ¿Qué mecanismos serían necesarios para integrar el concepto One Health en los planes de salud pública?
- ¿Cómo se debe establecer la dependencia el Sistema de Información en Salud Pública y quién aprobará la información que debe incluir (art. 40 a 42)? ¿Cómo se asegurará la interoperabilidad de los sistemas y la transparencia de la información?
- ¿Cómo garantizar el acceso a medicamentos/ vacunas por necesidades de Salud Pública? ¿Cómo podemos impulsar la colaboración público-privada en este ámbito? ¿Cómo debe articularse un papel concreto?

3.3.- ANÁLISIS DEL DISCURSO

A continuación, se presenta el análisis del discurso emergente de las respuestas brindadas por el panel de expertos:

Alcance, contenido y coordinación de la Estrategia de Salud Pública

Se abordan en el primer bloque de preguntas las cuestiones relativas al alcance y contenido de la Estrategia de Salud Pública, su coordinación con los planes autonómicos y acerca de cómo contemplar el ámbito de la vigilancia dentro del marco general.

El alcance lo dice ya la propia ley y lo subrayan los panelistas, hay que contemplar los determinantes de salud en el propósito de buscar la equidad y minorar las desigualdades de salud.

Tiene que estar presente una vocación integradora, integración es la palabra más repetida por los asistentes. Sin embargo, bajo el mismo término se aprecian tensiones sobre quien debe liderar la integración, ya sea el nivel central como garantía de uniformidad, por un lado, o las CCAA que tienen las competencias transferidas, o un organismo conjunto con criterios de gobernanza claros en base a la distribución competencial existente que evite situaciones poco entendibles como la diversidad de calendarios vacunales, por citar un ejemplo.

La reducción de variabilidad de políticas, que deberían guiarse por criterios científico-técnicos muy claros, es un eje recurrente en la mayoría de las intervenciones que refleja una importante pulsión centralizadora justificada en base a dos criterios: evidencia científica y acceso igualitario para los ciudadanos con independencia de la CCAA de residencia. Armonizar ambos enfoques requiere soluciones innovadoras como coordinación en red con un hub central que sea la Agencia o Centro estatal de Salud Pública, cuestión que se aborda en profundidad en la siguiente sección.

Esa vocación integradora o armonizadora abarca estrategias previas de vigilancia, prevención, promoción y protección de la salud. Además de las relaciones externas o la sanidad exterior y la salud internacional. También, debe com-

prender los temas de investigación e información en Salud Pública. Un epígrafe importante, destacado por los panelistas, como son los sistemas de información configurando un nuevo Sistema de Información en Salud Pública, tan necesario ante retos existentes como la cronicidad o enfermedades emergentes, tal y como lamentablemente ha venido a confirmar la pandemia. Finalmente, la estrategia ha de incorporar ese acápite tan ignorado en nuestras políticas públicas: la evaluación y el seguimiento periódico en tiempo y forma, de tal modo que puedan adoptarse decisiones informadas.

Otro eje central es la integración de planes, para lo cual existe el instrumento jurídico que son los Planes Conjuntos, ya que normativamente el protagonismo reside en cada CCAA, es deseable un consenso, o al menos una información y una comunicación previa con este centro estatal de Salud Pública que justifique su particularidad. No resulta razonable responder a intereses particulares sin evidencia que lo respalde. Así, la elaboración del Plan Integrado de Salud (documento que recoge los planes de salud estatales, autonómicos y conjuntos y sus fuentes de financiación) tendrá en cuenta los criterios de coordinación aprobados por el CISNS.

Por su parte, la Red de Vigilancia en Salud Pública se integrará plenamente en el CESP con una estructura que coordine la vigilancia integral, tanto de enfermedades como de los determinantes sociales de la salud. Debe incluir la vigilancia de los condicionantes sociales y desigualdades para evitar la desatención de otras enfermedades urgentes.

Los términos recurrentes y medulares del debate fueron: integración, participación y liderazgo, pero sobre todo coordinación. Y esa coordinación entre subsistemas respecto al Sistema Nacional de Salud reside en el Consejo Interterritorial, al cual habría que dotar de herramientas para tomar de forma ágil decisiones informadas en términos de salud pública y garantizar que se llevan a la práctica de forma equitativa y eficiente en todas las CCAA. En definitiva, los pilares de la equidad y la eficiencia deben alcanzarse a través del buen gobierno y la gobernanza y en ese sentido todas las expectativas están puestas en el Centro Estatal de Salud Pública, que se analiza a continuación.

El Centro Estatal de Salud Pública

El segundo bloque de preguntas aborda el "quien" con especial énfasis en el Centro Estatal de Salud Pública (CESP) que se configura como una estructura deseada, casi ansiada por los panelistas en la confianza en que puede ser el actor clave en el logro de esa visión integradora, de esa actuación orquestada y armónica entre los distintos ámbitos competenciales y que, a su vez, incorpore perspectivas multidisciplinarias.

El CESP es visto con una función coordinadora bajo la dirección del Consejo Interterritorial como representación política de las Comunidades Autónomas en temas de salud. Es fundamental el liderazgo del CESP y para ello es clave su legitimación y dotarle de potencia científica y de recursos. Lógicamente, el liderazgo en la práctica habrá de ser compartido, porque la participación de las Comunidades es indudable y estamos ante un órgano colegiado. En definitiva, con independencia de la estructura organizativa tiene que haber una lealtad, una voluntad política efectiva, con un régimen de toma de decisiones claramente definido.

Las visiones de los panelistas respecto a los componentes a integrar en el CESP no eran coincidentes, desde los planteamientos más ambiciosos, incluyendo los centros que tienen competencias y funciones dispersas en ámbito estatal y autonómico caso del Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología y Centro Nacional de Sanidad Ambiental, todos del Instituto de Salud Carlos III; el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias; CCAES y equivalentes de las CCAA (DGSP). etc. junto con otros centros que representen las distintas áreas de conocimiento y experiencia necesarios para acometer las funciones de asesoría científico-técnica, investigación, evaluación y estudios previstas.

Respecto al modelo organizativo, una estructura en red es la opción preferida por los panelistas. Esa red deberá tener nodos, temáticos y geográficos, y desde luego, una dirección a nivel central con una gran calidad de comunicación entre los nodos, considerando los siguientes:

- nodos autonómicos (centros u órganos de Salud Pública de las administraciones autonómicas y locales)

- nodos temáticos (entidades científicas excelentes, universidades, centros de investigación, etc.) de manera que esté plenamente garantizada la participación de las CC.AA., las entidades locales, y centros académicos y de investigación.
- nodos centinela que permitan desarrollar iniciativas innovadoras y aprovechar todos los recursos disponibles que aporten valor al sistema de salud.

En cuanto a la forma jurídica, las opciones de Agencia u Organismo Autónomo fueron las preferidas, siendo un ente donde la autonomía de gestión es clave. Esa autonomía de gestión se puede articular a través de un contrato-programa con el Ministerio. El contrato-programa permite marcar el rumbo estratégico, fijar objetivos y asignar la financiación y recursos necesarios para contribuir al logro de esos objetivos.

A fin de evitar disfunciones y solapamientos, el presidente del Consejo de Administración del organismo autónomo o de la agencia, debería ser el propio titular del Ministerio. Y luego están integrados, como miembros del consejo de administración, tanto los consejeros de las Comunidades Autónomas, o en quienes ellos deleguen, como los representantes del propio Ministerio.

Los panelistas concuerdan en que el CESP sea un centro con personalidad jurídica propia, con capacidad de contratar, con reclutamiento propio, con entrada y salida de personal flexible, con rendición de cuentas claras, con autonomía de gestión, con rigor científico-técnico, con una relación estrecha con el plano político, con clara estructura y diseño orgánico, con funcionamiento en red, que tenga como competencia fundamental elaborar la estrategia de Salud Pública y que su operatividad se haga a través de los nodos precisos en función de temas y de niveles administrativos.

La mayoría de los panelistas abogaron por dotar de la máxima independencia del CESP tomando como referencia la AIREF. Esa independencia tiene una finalidad concreta: propiciar una excelencia científico-técnica no condicionada que convierta al CESP en el epicentro de la inteligencia en

Salud Pública. Esa ambición puede conseguirse a través de la estructura en red, pero sin olvidar de que hace falta dotar de músculo al CESP y eso supone tomar decisiones trascendentes desde su génesis a fin de evitar duplicidades respecto a estructuras preexistentes, en particular la propia Dirección General de Salud Pública del MS y otros organismos con responsabilidades relevantes en inteligencia de salud pública como el Instituto Carlos III.

La inclusión del concepto One Health

Consenso unánime suscitó la adopción de un enfoque One Health, paradigma emergente en el campo de la salud pública al que la pandemia ha dado una visibilidad extraordinaria subrayando el riesgo subyacente en datos tan alarmantes como que el 75% de las patógenos emergentes de los últimos años tiene su origen en los animales de vida silvestre. La perspectiva de ecosistemas y su alteración por intervención humana afecta a los micro y a los macroorganismos. Esos componentes medioambientales y antropogénicos están presentes en la filosofía de trabajo One Health, entendida como una forma de trabajar de carácter transversal que no tiene que ser una línea estratégica específica dentro del área de la Salud Pública.

La idea básica tiene que ser entender que allá donde se trabaje alguna línea concreta, todos los elementos que tengan que participar, tengan una sincronía a la hora de trabajar. Se vuelve a la noción de coordinación, en este caso sobre todo de saberes y áreas de conocimiento. Es multi e interdisciplinario con visiones ampliadas e inclusivas que trasciendan lo biomédico y lo veterinario de la salud pública más tradicional. Se afirma que la LGSP ya refiere el componente ecológico, pero cabría darle más visibilidad y relevancia.

En definitiva, introducir el concepto One Health es abrazar un concepto poderoso y no significa romper con la Salud Pública vigente, sino expandirla e interconectarla para que sea ese paraguas que cubre toda la salud, desde la humana a la planetaria. Asimismo, se subrayó, que al ser One Health un enfoque atractivo e ilusionante puede servir para romper silos y disfuncionalidades arraigadas entre las disciplinas y colectivos profesionales de la salud

pública, y servir de acicate para que esos diferentes colectivos interactúen entre sí y surjan sinergias colaborativas. Se termina subrayando que un eje nuclear a trabajar es el de la propia formación de los profesionales dentro de este enfoque One Health. Sin olvidar la propia educación en salud de la ciudadanía.

Los Sistemas de Información de Salud Pública

No suscitó demasiada discusión el tema de los Sistemas de Información de Salud Pública (SISP) al ser un tema recogido en la propia Ley, y cuyo contenido será aprobado por el Consejo interterritorial, a cuyo efecto definirá un conjunto de datos básicos. Por tanto, estamos en un ámbito claramente definido, pero, lamentablemente aún no suficientemente desarrollado.

Asimismo, en este punto hay elevado consenso de los panelistas sobre la necesidad de poner en marcha este Sistema de Información de Salud Pública, interoperable y compartido entre los entes responsables. Sin embargo, en términos de accesibilidad a terceros, existen visiones claramente contrapuestas, de polaridad extrema desde una visión de "open data" que permita articular innovación e inteligencia colectiva sobre esos datos hasta una visión "propietaria" de los mismos circunscrita a los ámbitos administrativos o asistenciales que generan el dato. Igualmente, se suscitó debate entre la inmediatez del dato y su fiabilidad, existiendo discrepancia sobre el elemento clave a priorizar.

El acceso equitativo a medicamentos y vacunas por motivos de salud pública

En esta última ronda de preguntas se abordó la espinosa cuestión de la garantía de acceso a medicamentos y vacunas, motivo de inequidad inducida por las actuaciones no coordinadas para cuya solución el rol de una agencia coordinadora como el CESP se ve esencial. Asimismo, se vislumbra este apartado como un campo fértil para la colaboración público-privada y la búsqueda de actuaciones coordinadas (vigilancia epidemiológica) y soluciones innovadoras frente a alertas sanitarias y otros retos como las resis-

tencias a los antibióticos y la aceleración del acceso a la innovación que añade valor a individuos, poblaciones y la sociedad en su conjunto. El caso de la investigación para el desarrollo de las vacunas frente a la Covid-19 es visto como un ejemplo de éxito de esa colaboración público-privada.

Ese consenso generalizado sobre las potencialidades de la colaboración público-privada en este ámbito no está exento de cautelas y criterios claros para propiciarla: transparencia en las actuaciones y en las reglas del juego y clara delimitación de ámbitos de responsabilidad. También en lo referido a la delimitación de la participación del sector privado en la formulación de políticas, por ejemplo, a través de los órganos de participación del CESP, así como la posibilidad de colaborar en la gestión a través de las fórmulas existentes.

El tema de la equidad preocupa particularmente, ya que la legislación sigue dejando fuera del acceso a la salud pública a colectivos vulnerables como los migrantes en situaciones irregulares, haciendo oídos sordos a los graves riesgos que esa situación comporta para la colectividad en su conjunto, por no hablar de las indeseables consecuencias para las personas afectadas.

04

REFLEXIONES JURIDICAS PARA EL DESARROLLO NORMATIVO DE LA LEY GENERAL DE SALUD PÚBLICA

4.1.- INTRODUCCIÓN

La ambición de este estudio de investigación aplicada no es otra que debatir y reflexionar sobre cómo situara la salud en el corazón de todas las políticas. Con este fin, hemos colocado en el epicentro del análisis a la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP), por tratarse de la ley de cabecera del Derecho de la Salud Pública en España.

La LGSP nació con la vocación de ser la “ley de cabecera” de la salud pública en España. Han pasado once años desde su promulgación y sería oportuno actualizarla y desarrollarla reglamentariamente para que pueda dar respuesta a su fin último: ser capaz de impulsar a la salud pública como un bien público global. Lo anterior, posibilitaría el desarrollo de políticas de salud pública que sirvan para reivindicar su papel central y su operatividad como palanca del bienestar y la calidad de vida de todos los españoles.

Por todo ello, hemos creído oportuno estudiar la salud pública desde una perspectiva poco explorada hasta el momento: la de la ciencia jurídica. El derecho tiene la capacidad de crear marcos y reglas del juego que hacen posible gestionar este bien público complejo que es la salud pública, que interacciona con tantas otras disciplinas y con diversos actores.

Por lo tanto, este capítulo es un foro de debate reflexivo para tratar de que las normas sean catalizadores de un cambio esencial: generar una cultura en salud pública que permita situar a la disciplina en el centro de todas las políticas.

4.2.- ASPECTOS GENERALES

César Cierco Seira, Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de Lérida.

La pandemia ha puesto sobre el tapete la necesidad de reparar en el estado en que se encuentra la Ley General de Salud Pública (en adelante LGSP). No es en rigor una inquietud nueva, surgida de la crisis sanitaria, puesto que ya anteriormente se había venido significando la situación de "letargo" en que se encontraba. En todo caso, es evidente que la pandemia ha relanzado la pregunta. Eso sí, sirva la pandemia como acicate, mas no como epicentro. Y es que no se trata de preguntarse solamente si las crisis sanitarias tienen un reflejo adecuado en la LGSP —claramente, no—, sino de aprovechar el *momentum* para retomar un problema que se viene arrastrando de antes y que tiene en recorrido mayor en el sentido de que atañe a muchos otros apartados de la salud pública.

Es importante comenzar señalando que en la propia LGSP aparece un programa normativo de desarrollo reglamentario que no ha sido debidamente atendido. Existen una serie de remisiones expresas en puntos específicos:

- Los requisitos para la declaración de conflicto de intereses por parte de los expertos y representantes de las organizaciones científicas y profesionales que compongan los comités o grupos que evalúen acciones o realicen recomendaciones de salud pública (art. 11).
- La configuración y funcionamiento de la Red de Vigilancia en salud pública (art. 13.3)
- El régimen específico de incentivos y ayudas públicas en el ámbito de la salud pública (art. 15)
- El procedimiento para el cese de las prácticas sanitarias preventivas que se haya demostrado sonineficaces o innecesarias (art. 19.2.f)
- La composición, funciones y régimen de funcionamiento del Consejo Asesor de Salud Pública (art. 45.3)
- Actualización de la cuantía de las sanciones económicas (art. 58.1) y el desarrollo del procedimiento sancionador (art. 60.1)

Fuera de estos llamamientos expresos a la colaboración reglamentaria, fáciles de localizar, existen otros apartados de la LGSP que necesitan de cara a su cabal y efectiva realización pasos adicionales por parte de las Administraciones Públicas, ya se plasmen en normas de carácter reglamentario o en otro tipo de instrumentos. Destaca el caso de la evaluación de impacto en salud (art. 35), que estaba llamada a ser uno de los estándares de la nueva ley y que se concibe a la manera de un informe preceptivo para la aprobación de normas, planes, programas y proyectos con *impacto significativo en la salud*. El problema: la LGSP no concreta a qué normas, planes, programas y proyectos se refiere, dejando en manos de las Administraciones Públicas su selección. Resultado: pocas son las Administraciones que han dado el paso —Andalucía y Comunidad Valenciana—, de suerte que, mientras siga sin concretarse su ámbito de aplicación, no podrá erigirse en vicio de legalidad su falta o ausencia.

La existencia de tantos flancos hace que, desde un punto de vista de estrategia regulatoria y aun de seguridad jurídica, fuese conveniente plantearse la aprobación de un Reglamento general de desarrollo de la LGSP —haciendo uso de la habilitación de la disposición final quinta—, lo cual enlaza, a su vez, con la reflexión que viene a continuación.

¿La culminación de ese programa normativo, entendido en el sentido amplio que se ha indicado, sería suficiente para resituar a la LGSP como ley de cabecera de la salud pública —no otro ha de ser el sentido de que se catalogue a sí misma como ley *general*— liderando la transformación de la cultura sanitaria que se necesita?

Probablemente, no, por varios motivos. Por de pronto, si se repara en el listado de remisiones reglamentarias se advertirá que la relevancia de los aspectos a desarrollar es desigual y que no puede achacarse el poco peso específico de la salud pública a la falta de ese despliegue normativo de segundo nivel. Interesa significarlo, pues se corre ahora el riesgo de hacer intervenciones superficiales, escenificando un nuevo compromiso con la salud pública, pero sin descender a las raíces —la interiorización de la salud en todas las políticas—. Puede ocurrir ello con la puesta en funcionamiento del Centro Estatal de Salud Pública si el debate únicamente se

centra en su visibilidad e impacto orgánico —que son convenientes, desde luego—, dejando en el aire su cometido funcional, que es —o debiera ser— lo más relevante. Lo mismo que con la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública.

Por otra parte, ocurre que la LGSP aqueja actualmente tres problemas adicionales que difícilmente pueden abordarse en su integridad a base de reglamentos.

A. El primero ha sido destapado por la pandemia. Hay algunos temas relevantes que, sencillamente, no están bien cerrados:

1. Deben aclararse las circunstancias del ejercicio de la autoridad sanitaria como parte esencial que es de la salud pública —de la rama de protección, en concreto—. El hecho de que no haya conexión con la Ley de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud y el instrumento de las actuaciones coordinadas en salud pública resulta alarmante. Lo mismo en cuanto a la sanidad exterior y la falta de acoplamiento real —más allá de la pura mención— con el Reglamento Sanitario Internacional y la declaración de emergencias de salud pública de importancia internacional.
2. El régimen sancionador que se contiene en la LGSP ha generado mucha vacilación en el momento de ponerse en práctica, siendo que es crucial para el desarrollo eficaz de ciertas actuaciones de salud pública. Hace falta reformarlo en profundidad para facilitar una herramienta ágil y efectiva a las Administraciones en el campo de la salud pública.

B. Transcurrida una década —intensa en lo que a evolución de la inteligencia de la salud pública hace, sobre ello—, la LGSP ha envejecido y la aceleración de los problemas de salud pública que ha traído consigo la pandemia no ha hecho sino acentuar esta circunstancia. Tenemos así que temas trascendentales de la salud pública moderna no figuran en el articulado de la LGSP. Sirvan los claros ejemplos de la resistencia a los antimicrobianos o de la desinformación. Sin el anclaje de la LGSP, estos temas corren el

riesgo de ser abordados con base en otras leyes, a pesar de que su acomodo natural debería ser provisto por la citada LGSP. En este sentido, es importante caer en la cuenta de que la LGSP está de hecho “compitiendo” en estos momentos con otras leyes próximas que le han ganado mucho terreno. El impacto sanitario vinculado al cambio climático no da la impresión de aparecer liderado por la LGSP, sin ir más lejos.

Un plan ambicioso de desarrollo reglamentario, acompañado, en el mejor de los casos, de una reforma legal, tendría un impacto positivo en el desarrollo de las políticas de salud pública. Pero, además, contribuiría a concretar los objetivos perseguidos, que es una condición fundamental para que pueda avanzar la exigibilidad o «justiciabilidad» de los problemas de salud pública.

Solo si se abandona el discurso evanescente que tantas veces rodea a la salud pública podrá calar la cultura de salud pública en los ciudadanos, poniendo en sus manos la posible activación de acciones judiciales —vía anulación, vía inactividad, vía responsabilidad patrimonial— ante la desaplicación o simple dejación de las Administraciones, cosa que, ni que decir tiene, situaría por fin en el mapa de la realidad tangible, cotidiana, a los asuntos de salud pública. El ejemplo cercano de los desarrollos ambientales —por cierto, a veces en temas que son, esencialmente, de salud, más que de ambiente (v.gr. contaminación atmosférica)— son, en fin, bien reveladores —.

4.3.- DELIMITACIÓN FUNCIONAL Y CONEXIONES INTER NORMATIVAS EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Joaquín Cayón De las Cuevas, director del Grupo de Investigación en Derecho Sanitario y Bioética. IDIVAL- Universidad de Cantabria.

4.3.1. PRELIMINAR: SOBRE LA NECESIDAD DE DELIMITACIÓN FUNCIONAL DEL MARCO COMPETENCIAL

Analizar la distribución de competencias entre Estado y Comunidades Autónomas constituye una de las premisas de partida a la hora de abordar la deseable actualización normativa de la LGSP. A este respecto, es de sobra conocido el título competencial previsto en el artículo 149.1.16 CE que diferencia entre la “*coordinación general de la sanidad*” (competencia exclusiva del Estado, sin perjuicio del eventual concurso de títulos competenciales concurrentes) y las “bases” de la sanidad.

Así las cosas, no se trataría de definir en una futura ley el alcance de la competencia de coordinación, dado que ésta no constituye el instrumento idóneo para “interpretar” qué haya querido decir el constituyente sobre tal término, según sabemos desde la doctrina sentada por la STC 76/1983 en el caso LOAPA. Lo que resultaría deseable es aclarar qué concretas funciones deben ser desarrolladas por la Administración del Estado al amparo del título competencial en materia de coordinación. De otra parte, a la hora de configurar los preceptos básicos, deberá además evitarse la eventual tentación expansiva que pueda tener el legislador estatal en la medida en que las bases agoten la materia en detrimento de la legislación autonómica.

Sentado estas premisas, cabría plantearse la aprobación de una ley parcialmente básica – debiendo introducirse una disposición final que delimite los preceptos básicos, diferenciándolos de aquéllos que carezca de tal carácter – y, además, una ley parcialmente orgánica si la propuesta es ambiciosa e incluye un capítulo con el catálogo de posibles medidas restrictivas de derechos fundamentales.

4.3.2. CONEXIONES INTERNORMATIVAS

Parece indudable la vocación de la LGSP de erigirse como norma de cabecera del Derecho de la Salud Pública en España, como su propio adjetivo "general" parece revelar. Sin embargo, no toda la salud pública se encuentra disciplinada en la LGSP. Más aún: nos atrevemos a afirmar que las cuestiones de mayor calado jurídico en materia de salud pública se encuentran paradójicamente reguladas *extra muros* de la pretendida ley de cabecera.

Por ello, desde una perspectiva metodológica, creemos imprescindible tratar de delimitar las relaciones, a veces antinómicas o no bien resueltas, que la LGSP tiene con otros conjuntos normativos. Así los ámbitos con disciplina legal concurrente fundamentalmente serían:

- organización y gobernanza (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y Ley de Régimen Jurídico del Sector Público).
- tratamiento de datos de salud (Ley Orgánica de Protección de Datos).
- medidas ablatorias (Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia salud pública y Ley Orgánica de los estados de alarma, excepción y sitio)
- protección frente a la desinformación (Ley Orgánica del derecho de rectificación).
- régimen sancionador (Ley del Sistema Nacional de Protección Civil y Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana).

A) Relaciones con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y con la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público.

Un primer problema, probablemente el más importante desde una perspectiva estructural, lo encontramos en la interconexión entre la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud² (LCC) y la LGSP, que incluso en ocasiones parecen sancionar principios contrapuestos. A título de ejemplo, al regular la prestación de salud pública, la LCC recoge el *principio de evidencia científica*, como requisito para la adopción por las autoridades sanitarias de actuaciones singulares o medidas especiales en materia de salud pública en caso de circunstancias sanitarias de carácter extraordinario o situaciones de especial urgencia (artículo 11.2). Mientras tanto, la LGSP parece agarrarse al tradicional *principio de precaución* (artículo 3.d), cuya aplicación como herramienta flexibilizadora del deber de motivación de las decisiones sanitarias extraordinarias, no ha sido abrazada por la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Sin perjuicio de que es objeto de análisis en otro apartado, la LGSP no ofrece un mecanismo propio de gobernanza de las acciones en materia de salud pública. Es por ello que debemos remitirnos al papel del Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud (CISNS). A nuestro juicio, dicho órgano dista de ser una conferencia sectorial al uso, sino que, por el contrario, debe calificarse como un organismo de cooperación *ad hoc*, derivado del complejo sistema competencial multinivel existente en la materia.

Como es conocido, el CISNS se creó por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (artículo 47), encontrándose en la actualidad regulado en el artículo 69.1 LCC como órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado. Así las cosas, la calificación jurídica del CISNS no es una mera cuestión académica carente de efectos prácticos, sino que tiene importantes consecuencias al afectar al régimen de adopción de acuerdos del órgano de cooperación. Respecto de este particular, existe una discrepancia

2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

esencial entre el régimen previsto para el Consejo en la LCC (principio de consenso) y el contemplado para las Conferencias Sectoriales en la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público -en adelante, LRJSP³- (principio de mayoría).

Es cierto que el Auto del Tribunal Supremo de 30 de septiembre de 2020 ha calificado el CISNS como conferencia sectorial, pero dicha resolución judicial, más allá de no constituir jurisprudencia en sentido técnico al tratarse de un mero *obiter dicta*, debe ser interpretada a efectos meramente procesales.

Se encuentra pendiente en todo caso una redefinición del papel del CISNS a cuyo efecto quizá proceda debatir soluciones no binarias, de modo que se distingan tres tipos de acuerdos:

1. aquellos acuerdos en los que se ejerciten competencias estatales de coordinación, que resultarían, por ello, de obligado cumplimiento para todas las Administraciones Públicas, con independencia del sentido del voto de las CC.AA. (artículo 151.2 LRJSP) y articulados esencialmente mediante declaraciones de actuaciones coordinadas (artículo 65 LCC);
2. acuerdos en los que se ejerciten competencias compartidas –que se regirían por el principio de mayoría–; y
3. acuerdos en relación con materias reservadas a la competencia autonómica, que lógicamente se debieran adoptar por unanimidad o consenso, tal y como actualmente prevé el artículo 73.2 LCC.

De otra parte, la experiencia ha demostrado la necesidad de regular el alcance de la actuación de la Conferencia de Presidentes en materia de salud pública. Su claro protagonismo, siquiera formal, en la gestión de la crisis pandémica parece reclamar una mención específica, más allá de su parca regulación en el artículo 146 LRJSP.

3. Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

B) Relaciones con la Ley Orgánica de Protección de Datos

Un segundo importante problema internormativo lo encontramos en relación con el tratamiento de datos de salud. En este caso, el legislador estatal optó por implementar el Reglamento Europeo de Protección de Datos por la vía de una ley general (LOPD⁴), prescindiendo de la opción de promulgar una norma específica en materia de protección de datos de salud. En este sentido, el Reglamento relativo a la Gobernanza Europea de Datos, así como el futuro “Espacio Europeo de Datos Sanitarios” parecen exigir el replanteamiento de dicha posibilidad.

En efecto, la reciente aprobación el pasado 30 de mayo de 2022 del Reglamento relativo a la Gobernanza Europea de Datos (*Data Governance Act*⁵) –aplicable a cualquier dato y no solo a los datos personales– regula el denominado “*altruismo de datos*”, de modo que las organizaciones sin ánimo de lucro que recojan datos que sirvan a un interés general, como puedan ser todos aquellos que impacten en la salud pública, podrán solicitar su inclusión en el correspondiente registro nacional. Nos encontramos ante una ventana de oportunidad a la que no puede ser ajena la nueva LGSP. En esta misma línea, la próxima aprobación del Reglamento del Espacio Europeo de Datos Sanitarios, propuesto por la Comisión el 5 de mayo de 2022⁶, permitirá construir un sistema sobre tres pilares principales: 1) la solidez de la gobernanza de datos y de las normas para compartirlos; 2) la calidad de los datos; 3) una infraestructura sólida que permita la interoperabilidad.

A ello debe añadirse la posibilidad de aplicación de sistemas de inteligencia artificial, que hacen que incluso la vieja aspiración de la interoperabilidad de los sistemas de información haya quedado obsoleta.

-
4. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
 5. Reglamento (UE) 2022/868 del Parlamento Europeo y del Consejo de 30 de mayo de 2022 relativo a la gobernanza europea de datos y por el que se modifica el Reglamento (UE) 2018/1724 (Reglamento de Gobernanza de Datos).
 6. Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el Espacio Europeo de Datos Sanitarios de 3 de mayo de 2022. COM(2022) 197 final.

En ese sentido, la actualización de la LGSP requerirá tener en cuenta el nuevo modelo de inteligencia artificial⁷ planteado en la Propuesta de Reglamento Europeo de Inteligencia Artificial, que persigue cuatro objetivos principales: 1) garantizar la seguridad de los sistemas de inteligencia artificial; 2) respetar los derechos fundamentales de los ciudadanos; 3) propiciar la inversión e innovación en inteligencia artificial; y 4) facilitar el desarrollo de un mercado único de inteligencia artificial. Cabe señalar que España es el primer Estado miembro elegido como campo de pruebas (*sandbox*) de las nuevas normas de inteligencia artificial de la Unión Europea. Resultaría una indudable ventaja competitiva ser también el primer país que, a la vista del resultado del pilotaje, apruebe reglas de inteligencia artificial en el campo de la salud pública.

Finalmente, la pandemia ha demostrado la necesidad de concretar la denominada excepción de salud pública como título de legitimación que enerva la prohibición del tratamiento de datos sanitarios (artículo 9.2.i del Reglamento Europeo de Protección de Datos). La ausencia de un marco normativo estatal suficientemente desarrollado ha provocado que varias Comunidades Autónomas hayan legislado *ex profeso* para permitir la transferencia de datos sanitarios a otros destinatarios como centros educativos, residencias de personas mayores o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. También han sido numerosos los pronunciamientos administrativos de la Agencia Española de Protección de Datos (entre otros, sin ánimo exhaustivo, en materia de geolocalización de móviles por los operadores de telecomunicaciones o a partir de redes sociales; viabilidad de apps para auto-test, cita previa o rastreo; o reconocimiento facial de datos biométricos). Finalmente, nuevas realidades como el big data –necesario para implantar una “*salud pública de precisión*” basada en la inteligencia artificial–, hacen insoslayable el abordaje normativo de estas cuestiones.

7. Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial (ley de inteligencia artificial) y se modifican determinados actos legislativos de la Unión de 21 de abril de 2021. COM(2021) 206 final.

En la medida en que una regulación *ex novo* mediante una norma especial parece un objetivo hoy en día difícilmente alcanzable, resulta oportuno plantear el debate de si las disposiciones finales de la LGSP no debieran incorporar las oportunas reformas normativas que permitieran actualizar esta materia

C) *Relaciones con la Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de salud pública y con la Ley Orgánica de los estados de alarma, excepción y sitio*

Resulta imprescindible mencionar las interconexiones normativas en relación con las medidas ablatorias dictadas por razones de salud pública. En este sentido, es sabido que la norma habilitante en esta materia -la Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de salud pública (LOMESP⁸) - fue objeto de aprobación separada de su coetánea LGS como consecuencia de la reserva de ley orgánica al afectar su contenido a los derechos fundamentales y libertades públicas.

En un contexto postpandémico parece inexcusable un mayor grado de concreción de relación y alcance de las medidas ablatorias susceptibles de ser adoptadas por la autoridad sanitaria. Es evidente que una cláusula residual de apoderamiento genérico siempre resultará precisa, pero también parece claro que los elementos reglados del amplio elenco de medidas restrictivas o limitadoras debieran ser positivizados. En efecto, la enumeración de medidas (aislamientos y cuarentenas de particulares, internamientos por razón de salud pública, acordonamientos de perímetros poblacionales, o limitaciones a la movilidad nocturna –“toques de queda”, entre otras), así como la determinación de su régimen jurídico reduciría incertidumbre y generaría seguridad jurídica. Obviamente, quedarían fuera de la reserva de ley orgánica aquellas medidas que en ningún caso pudieran calificarse como limitativas de derechos fundamentales tales como cierres o limitaciones horarias de establecimientos.

8. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.

En todo caso, una decisión técnica a tomar por el legislador es la de o bien acometer una ley orgánica de pandemias o bien incrustar el catálogo de medidas a adoptar por las autoridades sanitarias dentro de la propia LGSP, en cuyo caso la norma habría de tener carácter parcialmente orgánico. Sea como fuere, parece también particularmente relevante aclarar el papel de los estados de emergencia previstos en la Ley Orgánica de los estados de alarma, excepción y sitio⁹. Una vez que el Tribunal Constitucional ha declarado la inconstitucionalidad de los estados de alarma declarados en 2020, resulta preciso contribuir a clarificar una cuestión capital: cuándo resulta preciso la declaración de alguno de los estados de emergencia previstos en el artículo 116 CE. Si bien el Tribunal Supremo ha declarado que las autoridades sanitarias autonómicas pueden adoptar medidas limitativas de derechos fundamentales, resultaría preciso conocer cuáles de ellas, en su caso, precisarían del paraguas del estado de alarma (o de excepción).

D) Relaciones con la Ley Orgánica del derecho de rectificación

La desinformación y las *fake news* sobre la pandemia ha contribuido a generar disfunciones en los sistemas de salud pública, al punto de ser calificadas como “*infodemia*”. En la Comunicación sobre la lucha contra la desinformación en línea (COM (2018, 236), la Comisión Europea ha definido la desinformación como la “información verificablemente falsa o engañosa que se crea, presenta y divulga con fines lucrativos o para engañar deliberadamente a la población, y que puede causar un perjuicio público”, incluyendo en este perjuicio público las amenazas a los procesos democráticos y a bienes públicos tales como la salud, el medio ambiente o la seguridad, entre otros.

Más allá de reconocer su compleja solución (preeminencia constitucional del derecho a la libertad de expresión y carácter globalizado del fenómeno, entre otros obstáculos) es preciso admitir las escasas herramientas normativas que contempla el ordenamiento jurídico español para combatir la

9. Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

10. Ley Orgánica 2/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho a la información.

desinformación. En este sentido, la Ley Orgánica reguladora del derecho a la información¹⁰ contiene una cláusula objetiva amplia en la medida en que su artículo 1 establece que “toda persona, natural o jurídica, tiene derecho a rectificar la información difundida, por cualquier medio de comunicación social, de hechos que le aludan, que considere inexactos y cuya divulgación pueda causarle perjuicio”. No obstante, desde el punto de vista subjetivo, la legitimación activa es restringida en la medida en que tan sólo puede ejercitar el derecho el perjudicado aludido o sus representantes y, si hubiese fallecido aquél, sus herederos o los representantes de éstos.

Por ello, cabría plantearse en una eventual reforma de la LGSP la inclusión de acciones colectivas para la defensa de intereses difusos, herramienta procesal que no resulta nueva ni desconocida en el ámbito sanitario. Así, el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, regula la acción de cesación frente a conductas contrarias a la ley, a sus normas de desarrollo o a la Ley General de Sanidad, cuando lesionen intereses colectivos o difusos de los consumidores y usuarios. Aplicando traslaticiamente la categoría procesal al supuesto que nos ocupa, la legitimación para interponer acciones colectivas frente a las conductas generadoras de desinformación podrían corresponder a:

1. las Administraciones Sanitarias (Estado, CC.AA. y Entes Locales;
2. las asociaciones de consumidores y usuarios que reúnan los requisitos establecidos en el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, o, en su caso, en la legislación autonómica en materia de defensa de los consumidores;
3. el Ministerio Fiscal;
4. las entidades de otros Estados miembros de la Unión Europea constituidas para la protección de los intereses colectivos y de los intereses difusos de los consumidores que estén habilitadas mediante su inclusión en la lista publicada a tal fin en el «Diario Oficial de la Unión Europea»; y

10. Ley Orgánica 2/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho a la información.

5. los titulares de un derecho o interés legítimo.

Adicionalmente, cabría también la incorporación de un régimen sancionador, análogo al contemplado en el Real Decreto Legislativo 1/2015 y por remisión en el Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria.

Se trataría, en definitiva, de aplicar técnicas ya existentes en el ámbito de la publicidad de medicamentos y productos sanitarios. Dichas propuestas normativas permitirían adoptar un enfoque de salud pública al Plan de Acción para la lucha contra la desinformación, aprobado en el Consejo Europeo de los días 13 y 14 de diciembre de 2018, del que hasta la fecha tan sólo hemos contado con una implementación de ínfimo rango normativo –orden ministerial– y de ámbito vinculado a la seguridad nacional (Orden PCM/1030/2020, de 30 de octubre, por la que se publica el Procedimiento de desinformación aprobado por el Consejo de Seguridad Nacional).

F) Relaciones con la Ley del Sistema Nacional de Protección Civil y la Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana.

Finalmente, resulta preciso para aclarar la interacción existente entre la Ley del Sistema Nacional de Protección Civil¹¹, la Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana¹² y la propia LGSP en materia sancionadora. Es cierto que dichas normas protegen bienes jurídicos de diferente naturaleza, pero no lo es menos que su aplicación práctica ha provocado numerosos problemas durante la pandemia. Particularmente, cabe advertir que, mientras en el caso del régimen sancionador de la LOPSC el órgano competente para sancionar depende de la Administración del Estado (Delegado del Gobierno, Secretario de Estado de Seguridad o Ministro del Interior), en el caso de la LGSP tal posición la ocupan fundamentalmente las CCAA.

11. Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.

12. Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.

4.3.3. CONCLUSIONES

1ª Actualizar la LGSP constituye un imperativo insoslayable a los efectos de adecuar la legislación a las nuevas necesidades post-pandémicas.

2ª. Cualquier cambio legislativo realista a nivel estatal debe ser consciente de la existencia de límites competenciales de corte constitucional. Resulta por ello necesario el abordaje de una mayor concreción de la delimitación de competencias sanitarias entre Estado y Comunidades Autónomas, así como la aclaración de las relaciones de la LGSP con otros conjuntos normativos.

3ª. Cabe apostar por la aprobación de una ley parcialmente básica y parcialmente orgánica en la medida en que la propuesta de actualización de LGSP incluya un capítulo con el catálogo de posibles medidas ablatorias.

4º. Procede redefinir el papel del Consejo Interterritorial de Salud, diferenciando tres tipos de acuerdos alcanzables en su seno, según se ejerciten competencias estatales de coordinación (obligatorios con independencia del sentido del voto de las Comunidades Autónomas), competencias compartidas (sujetos al principio de mayoría), o competencias autonómicas (sujetos al principio de unanimidad). Del mismo modo, debe regularse el alcance de los acuerdos alcanzados en la Conferencia de Presidentes a la hora de fijar criterios en materia de salud pública.

5ª. Resulta preciso recoger una mayor concreción de la denominada excepción de salud pública como título de legitimación que enerve la prohibición del tratamiento de datos sanitarios. Asimismo, debe potenciarse una transición rápida y eficiente de los sistemas de información actuales a una nueva inteligencia artificial en materia de salud pública que facilite la adopción de decisiones en la materia. En este sentido, proponemos la inclusión del concepto de "salud pública de precisión", entendido como toma de decisiones basadas en evidencias científicas alcanzadas a través de big data. Todo ello debe realizarse respetando los nuevos modelos europeos de gobernanza de datos, de reutilización y de inteligencia artificial.

6^a. Es imprescindible dejar claro el papel de los estados de emergencia previstos en la Ley Orgánica de los estados de alarma, excepción y sitio, bien mediante una ley de pandemias específica o bien introduciendo un capítulo ad hoc en la LGSP.

7^a. Para combatir la infodemia se sugiere la inclusión en la LGSP de acciones colectivas para la defensa de intereses difusos frente a las conductas generadoras de desinformación que podrían ejercitar las Administraciones Públicas, las asociaciones de consumidores y usuarios, el Ministerio Fiscal, las entidades de otros Estados miembros de la UE habilitadas para ello, así como las personas titulares de un derecho o interés legítimo.

4.4.- EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU OPERATIVIDAD EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Alberto Palomar Olmeda, Profesor titular Acreditado de Derecho Administrativo. Magistrado de lo contencioso-administrativo (EV) y Abogado.

4.4.1. PLANTEAMIENTO DE ENMARQUE

La conformación de un modelo de salud pública plantea, en el ámbito jurídico administrativo, problemas de muy diversa índole. Desde luego que, al menos, desde la Ley 11 de junio de 1934, la coordinación es, sin duda, uno de esos elementos que plantean disfuncionalidades porque la salud pública incide en ámbitos funcionales y en competencias de diferente orden y, sobre todo, porque la concepción de la salud pública y los riesgos que supone no encuentran un límite en las fronteras convencionales por lo que el concepto de competencia no siempre es una solución.

A partir de esta simple afirmación podemos indicar que, en la historia, se apostó, primero, por un modelo de coordinación orgánica y, posteriormente, por un modelo de carácter funcional a través de los planes de salud a los que se refería la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Lo cierto, sin embargo, es que la función de coordinación no ha podido considerarse como una función de éxito y que, realmente, los procesos de descentralización que son consecuencia del modelo constitucional han propiciado un cierto aislamiento de los sistemas sanitarios, en general, y en materia de salud pública, en particular. Es cierto que el conjunto de relaciones interadministrativas puede plantear un diagnóstico similar, pero lo es, también, que el análisis de cualquier sector debe partir de admitir que tal técnica ha tenido un funcionamiento preocupante.

La publicación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP) parece que traía nuevas perspectivas, de un lado, con la Estrategia de Salud Pública y la creación del Consejo Asesor de Salud Pública y la apuesta por el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de

Salud (SNS). De otro, con la aparición del Centro Estatal de Salud Pública y, en el plano operativo, con la aparición del sistema de información en salud pública. Se trataba de medidas que debían servir de apoyo a la formulación de políticas de salud pública con alcance general y al margen de quien fuera, en el plano constitucional, el responsable final de la ejecución.

La escasa realización de todas estas medidas ha hecho que, una situación como la pandemia, ponga en solfa el sistema y permita la visualización de uno de los problemas más evidentes: su carácter o condición estanca.

Desde una perspectiva orgánica, la LGSP (Art.44) preveía la intervención del Consejo Interterritorial de Salud en la aprobación de la Estrategia de Salud Pública y, posteriormente, la aparición del Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS (art. 46). Lo más característico de estas menciones es que nos permiten indicar que no se optó decididamente por la organización de un sistema de relaciones interadministrativas específico, sino que, en gran medida, se vinculó con el órgano que asume funciones de este orden en el conjunto del Sistema, esto es, el Consejo Interterritorial de Salud.

4.4.2. EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD

1. Consideraciones generales

En el marco al que nos acabamos de referir y al margen de la polémica doctrinal de si, estrictamente, el Consejo Interterritorial de Salud (CISNS) es o no una conferencia sectorial en los términos del artículo 147 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, lo que es cierto es que el órgano llamado, al menos de momento, a articular las relaciones interadministrativas en materia de salud.

El debate sobre su naturaleza jurídica no es puramente nominalista ya que la ubicación en el contexto general de las conferencias sectoriales determina la aplicación del régimen jurídico común de las mismas. Esta aplicación común puede chocar con algunas funciones que, en el plano operativo y ejecutivo, se atribuyen en materia de salud pública al CISNS a las que pasamos a hacer referencia y que constituyen, en esta materia, un elemento claramente identificativo del órgano de coordinación.

Con carácter previo podríamos decir que el CISNS tiene competencias generales de planificación de las medidas de salud que provienen bien de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCO) o bien de la LGSP. En este ámbito podríamos decir que más allá del acople entre ambas normas, la posición ordinamental del CISNS, es la misma que cualquier otro órgano con competencia en relaciones interadministrativas.

Pero, al lado, de esto aparecen funciones ejecutivas. La más llamativa es la indicada en el apartado l) del artículo 71 de la LCO que se refiere a <<... La declaración de la necesidad de realizar las actuaciones coordinadas en materia de salud pública a las que se refiere esta ley...>>. Desarrollamos seguidamente ambos planos.

Aparecen aquí, en este último punto, las denominadas “actuaciones coordinadas” denominación que, realmente, sustantiva el propio concepto que se corresponde con la función a realizar.

En otro momento, y en el marco de las funciones de asesoramiento, planificación y evaluación del Sistema Nacional de Salud, se encuentran referencias al conocimiento de los planes autonómicos de salud, a la evaluación para la planificación estratégicas sectorial, el conocimiento de los planes y programas sanitarios que se refieran a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En el apartado específico de funciones de coordinación – ahora del SNS (y no, por tanto, en materia de salud pública) existe una referencia genérica sobre sanidad, la asistencia sanitaria y los productos farmacéuticos que se completa, en el plano específico, con las referencias a elementos comunes de calidad, recursos humanos y financiación del SNS.

Este marco se completa, a su vez, en el artículo 72 de la LCO con la referencia a las actuaciones sanitarias conjuntas que pueden provenir, por la vía del CISNS, de los acuerdos entre Comunidades Autónomas.

Esta simple conformación del sistema de relaciones administrativas nos permite indicar que el legislador, sucesivamente, ha querido hacer del órgano de relaciones interterritoriales el elemento central de este tipo

de relaciones y, además, con una vocación general que incluye el conjunto de actuaciones en materia de salud. Se mezclan funciones para el sistema sanitario con funciones para la salud pública, planificación con ejecución y sistemas comunes con específicos.

Siendo evidente que esta opción del legislador no puede, sin embargo, considerarse que ni la atribución funcional ni las técnicas de relación estén formalizadas con precisión ni claridad. Desde el punto de vista de la salud pública, el conjunto de objetivos de la LGSP, que se encuentran en el artículo 1 de la LGSP no encuentran un reflejo nítido en el ámbito de competencias que define la LCO para el CISNS. Por decirlo en términos coloquiales, en el ámbito objetivo de la LGSP hay elementos funcionales que no aparecen entre las competencias del CISNS y que, por tanto, se desconoce cómo y cuál es el órgano llamado a la función de coordinación.

En algún momento y con motivo de alguna de las reformas orgánicas o funcionales debería clarificarse el papel del CISNS y sus propias reglas de funcionamiento que se han visto, igualmente, entredicho en el periodo pandémico que se está viviendo.

En todo caso la gran dificultad no es únicamente la de buscar la complitud y la inclusión de las competencias que se considere para dar cobertura al ámbito funcional de la LGSP sino la forma de coordinar estas políticas con otros ámbitos orgánicos (educación, trabajo, deporte, sanidad y salud individual). Esta función de coordinación o cooperación, según proceda, horizontal y vertical no tiene buen encaje en nuestros mecanismos de relaciones interadministrativas y, por tanto, no puede, en puridad, ponerse muchas expectativas en este ámbito.

2. Regulación específica de las actuaciones coordinadas directamente vinculadas al modelo de salud pública

Partimos de la consideración de que un modelo de salud pública debe ser un modelo integrado, que se proyecte – más allá de quien lo ejecuta- sobre el conjunto del territorio español. Es esta idea de la proyección la que

justifica la búsqueda de elementos que afecten al conjunto de las Administraciones afectadas. La idea es clara: definir los instrumentos mediante los cuales un órgano administrativo ejerce las funciones de coordinación. Es esto lo que la LCO llama funciones coordinadas que, en realidad, lo que significan es que el órgano de relaciones interadministrativas adopta un acuerdo ejecutivo que afecta al conjunto de las Administraciones afectadas.

Este esquema de “órdenes ejecutivos” de un órgano de coordinación no tiene muchos precedentes en el ordenamiento español y su aplicación ha resultado, sin duda, polémica. Cualquier reforma en la materia debería partir de aclarar este régimen jurídico, su alcance y extensión.

El régimen jurídico de las actuaciones coordinadas está previsto en el artículo 65 de la LCO. Según el mismo, podemos indicar que existen, en realidad, dos clases de actuaciones coordinadas. Las de carácter más general, que corresponde declararlas al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del CISNS, con audiencia de las Comunidades directamente afectadas. La más excepcional – aunque la excepcionalidad se deja al arbitrio de Ministerio cuando considere que concurren situaciones de urgente necesidad- es la propia capacidad de dictar la medida -previa declaración de su carácter coordinado- y se informa al CISNS de las medidas adoptadas.

Con carácter común, las actuaciones coordinadas deben encuadrarse en algunos de los supuestos siguientes: <<...1.º Responder a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública. 2.º Dar cumplimiento a acuerdos internacionales, así como a programas derivados de las exigencias de la normativa emanada de la Unión Europea, cuando su cumplimiento y desarrollo deba ser homogéneo en todo el Estado...>>. Esta referencia nos aporta, por tanto, el presupuesto objetivo de aplicación de las medidas coordinadas en materia de salud pública.

De las actuaciones coordinadas se dice, explícitamente, que obligan a todas las partes incluidas en ella y que pueden consistir en la utilización común de instrumentos técnicos, la coordinación y refuerzo de la Red de Laboratorios de Salud Pública, la definición de estándares mínimos para el análisis e intervención sobre problemas de salud, refuerzo de los sistemas de información o activación de planes o estrategias. Estos mecanismos – así los denominada la LCO- son meramente enunciativos

porque el propio artículo 65.2 se refiere a ellos con la expresión de "entre otros". Esta referencia final nos sitúa, por tanto, ante un concepto abierto en la concreción de las medidas de coordinación que puede adoptar el Gobierno.

Es cierto, sin embargo, que más allá de la enfática referencia a que "obligan", la norma no contiene un sistema real ni efectivo para la ejecución forzosa de las medidas coordinadas lo que sitúa la cuestión en el plano de la ejecución voluntaria por las Administraciones afectadas sin un mecanismo de coerción ni de ejecución subsidiaria de las medidas en cuestión.

Finalmente, el apartado 3 del artículo 65 LCO contiene una referencia explícita a la declaración de actuaciones coordinadas en materia de seguridad alimentaria. La referencia señala que corresponderá a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición la declaración sin la intervención directa, por tanto, del Ministerio de Sanidad.

Esto nos permite, a modo de resumen, señalar que las medidas coordinadas operan en situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública, contienen medidas que obligan a todos los afectados sin que las medidas enunciadas en la norma tengan carácter taxativo y sin que esté definido un sistema de ejecución forzosa de las mismas.

4.4.3. LAS PERSPECTIVAS DE LA REFORMULACIÓN EN EL MARCO DE LA SALUD PÚBLICA

1. De carácter general.

La primera recomendación que cabría hacer en el ámbito de la reformulación de las relaciones interadministrativas es la de que dichas funciones aparezcan de forma expresa en la norma que regule las competencias del CISNS siempre que, claro está, se mantenga la vinculación competencial con este órgano. Por tanto, la idea es clara: si el legislador considera que el CISNS es el órgano de coordinación en materia de salud pública, resulta necesario aclarar, definir y concretar las materias que se le atribuyen con diferenciación entre las de planificación y las ejecutivas.

Desde nuestra perspectiva la posibilidad de que las competencias de coordinación en materia de salud pública se desplazaran a otro órgano de carácter interterritorial es, realmente, viable, pero es cierto que a los problemas apuntados

de la vinculación entre la coordinación horizontal de políticas que caen dentro del concepto de salud pública y la vertical de Administraciones Públicas (¿Quién debe ejecutar qué y en cada caso?) se añadiría uno nuevo, no menor, que es la colaboración – en cualquiera de las formas de relación administrativa conocida – entre los dos órganos de competencia interterritorial en materia de salud.

Partiendo, por tanto, de la innecesaridad de la diferenciación funcional, lo que sí parece claro es que las competencias y las técnicas de relación interadministrativa exigen una precisión evidente que, en estos momentos, no se aprecia y que dificulta la sostenibilidad real del sistema.

Esto exigiría la reconducción de las funciones que la actual LGSP contiene, referidas a este órgano, a las que corresponden al CISNS con indicación concreta de la competencia estatal en clave de coordinación, cooperación o colaboración. Se trata de conceptos jurídicos, ya muy acuñados por el Tribunal Constitucional, que determinan la posición de cada Administración en el ámbito de la función correspondiente. De ahí, la necesidad de aclarar cuál es el título que ampara la actuación del CISNS.

Esta reconducción obligaría a repensar la técnica de relación administrativa. La intensidad de la coordinación administrativa (en la que predomina el coordinante) debe mantenerse en los términos del artículo 149.1. 16 de la Constitución, esto es, en la coordinación de alcance general evitando, por tanto, la sustitución real del resto de las Administraciones Públicas por la vía de asunción de competencias por el Estado que, además, se encontraría, finalmente, con un problema evidente en la ejecución teniendo en cuenta que las políticas de salud pública están muy próximas a la competencia territorial local y autonómica y que un agotamiento del título de coordinación produciría una disociación evidente entre el diseño de la política y su ejecución los que, realmente, deben quedar suficientemente explícitos.

Es necesario, por tanto, establecer los elementos comunes de la salud pública. Esto nos lleva directamente a la política de planificación y ordenación de políticas que, claramente, es el elemento más preterido en las épocas actuales. La Administración General ha diluido el título de planificación en sus propias políticas y, en la conformación de políticas comunes pese a que la mayoría de

las leyes contienen referencias a instrumentos de planificación. Con carácter general podemos indicar que la actividad de programación se ha convertido en un déficit estructural del funcionamiento administrativo lo que, en el plano de las políticas públicas, se traduce en una pérdida del liderazgo real en la transformación de las citadas políticas públicas.

La programación y, dentro de la misma, los elementos comunes que son precisos para la formulación de las políticas públicas de cada uno de los responsables territoriales son el elemento central de una política pública de salud pública que debe pensarse en clave de diferenciación entre los elementos comunes y de alcance general y la ejecución por parte de Administraciones Territoriales diferentes.

En este punto, la vinculación finalista de alertas, laboratorios, la información, las estadísticas, los elementos de investigación y de transferencia de los resultados, son algunos de los pilares que deberían tener una conformación común y una proyección general sobre el conjunto de los actores y de los usuarios de las mismas.

2. En punto a las actuaciones coordinadas.

Este mecanismo de las actuaciones coordinadas es, en el plano de las relaciones administrativas, de una enorme potencia porque pone en primer plano, como venimos insistiendo la actuación de la Administración coordinante y, en este caso, el protagonismo de la AGE. Su vinculación constitucional al caso concreto resulta compleja, pero es cierto que las leyes las han establecido, no han sido objeto de impugnación y que su utilización tampoco ha estado rodeada de una polémica competencial demasiado evidente. En la crisis vivida han sido más los temas de ejecución que los directamente competenciales los afectados.

Teniendo en cuenta esta simple conformación podemos asociar la capacidad de utilización a las situaciones de emergencia, en los propios términos de la LCO, y, sobre todo de la necesidad de la actuación conjunta de diferentes instancias territoriales. Esta doble idea de la emergencia como el elemento extraordinario, no

previsible y de una especial intensidad que necesita de la colaboración interadministrativa en la subvención del problema es, sin duda, la idea más recurrente que justifica la existencia de las actuaciones coordinadas.

A esta idea de la emergencia y la cierta limitación o vinculación de una Administración Pública concreta para la subvención o el arreglo de una situación de emergencia se le une la proyección territorial. Es evidente que el aspecto supraautonómico tanto en el diagnóstico o la vinculación con la situación inicial como en la potencial afección de intereses colectivos no delimitados territorialmente es, sin duda, otro de los elementos claves del sistema.

A partir de la referencia que permite la utilización de la declaración de actuaciones coordinadas, lo que es cierto es que su formulación actual en el transcrito artículo 65 de la LCO exige algunas precisiones y concreciones.

La primero que debería aclararse es la competencia. Desde nuestra consideración y con el carácter limitado de las medidas, tanto en el espacio como en el tiempo, debería, no obstante, lo anterior, situarse en el plano de la atribución competencial expresa al Gobierno. Debería clarificarse el verdadero papel del CISNS en este ámbito y la naturaleza vinculante o no de su informe, así como la posibilidad, actualmente reconocida, de actuar sin el informe del mismo en los supuestos de especial urgencia o necesidad. La concepción limitada de las medidas coordinadas nos hace pensar en que se trata de un mecanismo de utilización en supuesto de extrema necesidad en los que, por tanto, vamos a estar más cerca de la excepción que del supuesto habilitante general que se enmarca, en la actualidad, en la regla general.

Lo segundo, debería precisarse su alcance real y si se trata de medidas o de mecanismos – como los define la LCO- con proyección ejecutiva alternativa a la constitucional por vincularse a la coordinación general de la sanidad o si la ejecución de las medidas se mantiene en el ámbito territorial competente. En este supuesto, deberían articularse medidas efectivas de cumplimiento y, específicamente, alguna que se refiera a la ejecución subsidiaria en el supuesto de falta de ejecución por la Administración que aparezca señalada en la respectiva medida. Desde nuestra perspectiva y

teniendo en cuenta el carácter limitado y el presupuesto fáctico que las justifican en los términos que se han definido habría que indicar que la mera existencia de un régimen infractor no se considera adecuada para la subvención de una situación fundada en la emergencia, de ahí, que se plantee la necesidad de encontrar mecanismos de ejecución subsidiaria que permitan la plenitud de las medidas que puedan dictarse en estos supuestos de emergencia.

En todo caso, y aunque sea prácticamente innecesario señalarlo, es evidente que uno de los elementos más característicos de este tipo de medidas es, precisamente, su carácter temporal. Se trata de situaciones de emergencia y la emergencia no puede ser ni puede convertirse en una situación de normalidad.

La eventual alteración competencial que supone el ejercicio ejecutivo en situaciones de emergencia debería verse acompasado de la necesidad de protocolizar la decisión en cuestión para que, en el lugar y momento correspondiente, la situación de emergencia, el alcance de la medida, las técnicas de ejecución indicadas pudieran mantenerse bajo sistemas de control jurisdiccional que dé seguridad a la situación planteada.

4.4.4. CONCLUSIONES

1. La necesidad de coordinación en la definición y ejecución de políticas de salud pública es un elemento nuclear de la presencia del Estado en este ámbito. Lo ha sido históricamente y los postulados esenciales de la articulación histórica se mantienen en la actualidad.
2. No obstante lo anterior, es claro que la conformación de la función estatal y de sus órganos directos o interterritoriales se ha ido construyendo por aluvión entre bloques normativos que proceden de la asistencia sanitaria y de la propia salud pública. Su configuración actual no es sencilla ni en la definición competencial, ni en el régimen de acuerdos, ni en la ejecución de los mismos, ni en el propio fundamento y alcance de las medidas.

La necesidad de reformulación y clarificación de estos aspectos se presenta como una de las primeras necesidades en la conformación de una política sistemática y ordenada de la salud pública como una política más general y de mayor alcance que la asistencia sanitaria y la sanidad individual.

3. Es preciso la delimitación de la función real del órgano de relaciones interadministrativas y, específicamente, en la necesidad de recobrar las políticas de planificación de los objetivos comunes que permitan una ejecución, por la Administración competente, pero en el marco de un objetivo común.

La programación y, dentro de la misma, los elementos comunes que son precisos para la formulación de las políticas públicas de cada uno de los responsables territoriales son el elemento central de una política pública de salud pública que debe pensarse en clave de diferenciación entre los elementos comunes y de alcance general y la ejecución por parte de Administraciones Territoriales diferentes.

4. Es preciso reconfigurar las denominadas actuaciones ejecutivas coordinadas señalando con mayor precisión el alcance y la justificación de las medidas, su carácter temporal, las formas de ejecución y la prevención sustitutiva para el supuesto de incumplimiento o negación o inacción en la ejecución.

5. En todo caso y como reflexión final parece necesario reformular la individualidad propia de la salud pública, su proyección sobre los diferentes ámbitos sectoriales en los que se plasma, la individualización sobre la sanidad puramente asistencial y, en general, la visualización competencial y orgánica de una política con entidad propia, cooperativa e integrada que permita prevenir las situaciones y que contribuya a la subvención o satisfacción de las mismas.

4.5.- PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DEL CENTRO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

José Ignacio Vega Labella, Abogado del Estado (en excedencia) y Socio de Ramón y Cajal Abogados SLP.

4.5.1. PLANTEAMIENTO

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, (en adelante, "LGSP") regula en su artículo 47 el Centro Estatal de Salud Pública (en adelante, "CESP") sin predeterminedar su configuración jurídica ni sus competencias, limitándose a prever su adscripción al Ministerio de Sanidad y a situarlo "bajo las directrices del centro directivo responsable de la salud pública".

Aunque no regula sus funciones, la LGSP fija como sus "objetivos" el asesoramiento técnico y la evaluación de intervenciones en salud pública, el seguimiento y la evaluación de la Estrategia de Salud Pública, así como la coordinación con los centros nacionales de salud pública.

La regulación legal es de pretensiones modestas pues parece estar pensando más en la creación de un órgano administrativo que en una personificación jurídica instrumental dotada de autonomía funcional. Está pensando en un órgano enteramente sujeto al control del Ministerio de Sanidad.

Y ello por cuanto:

- El CESP actúa "bajo las directrices" de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio, lo que apunta más a una relación de jerarquía administrativa estricta que de tutela funcional.
- Sus funciones se determinan en el real decreto de estructura orgánica del Ministerio, como ocurre con los órganos administrativos y no con los organismos públicos, que se rigen por su propio estatuto.

Por otra parte, la LGSP configura al CESP como un órgano prestador de servicios de asesoramiento técnico y científico, y de evaluación, función esta última que alcanza a la propia Estrategia de Salud Pública. También se reconoce al CESP la función de coordinar “las acciones desarrolladas por los centros nacionales (sic) de salud pública”.

En definitiva, se configura el CESP como un órgano híbrido, con funciones tanto consultivas como de coordinación.

4.5.2. PROPUESTA DE REGULACIÓN DEL CESP

El CESP está llamado a cumplir un papel esencial como eje vertebrador del sistema de salud pública en España. Para ello, debe estar dotado de la configuración precisa y de la estructura adecuada.

1. Naturaleza del CESP

Las conclusiones que se alcanzaron por el Panel de Expertos abogaban por una entidad con claras funciones de coordinación “bajo la dirección del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)”, pero, al mismo tiempo, se piensa en una organización dotada “de potencia científica y de recursos”. Se alude también a un liderazgo compartido entre el Estado y las comunidades autónomas.

Esta visión refleja una pretensión de dotar al CESP de una naturaleza tripartita. (1) Por una parte, se trataría de un centro con funciones de naturaleza técnica y consultiva, de un centro prestador de servicios; (2) por otro, sería una organización de cooperación; (3) por último, el CESP estaría investido de funciones de coordinación.

Esta competencia de coordinación –acaso la más relevante de las tres –debería ejercerse no sólo con pleno respeto a la doctrina que sobre el particular ha elaborado el Tribunal Constitucional (competencia exclusiva del Estado, irrenunciable, sin perjuicio de su ejercicio a través de un órgano u organización independiente y diferenciada), sino procurando evitar solapamientos competenciales con el CISNS y la Comisión de Salud Pública.

Por otra parte, creemos muy conveniente que la función de coordinación tenga un alcance también interno, de forma que el CESP coordinará, sin menoscabo de las competencias de otros órganos estatales, la actuación de los diferentes departamentos ministeriales en materia de salud pública.

2. Funciones del CESP

La Consulta Pública Previa que tramitó el Ministerio de Sanidad afirmaba que el CESP debería asumir importantes funciones y competencias y se dotaría con personal de la más alta capacitación científico-técnica en las distintas áreas y materias. Sería un centro de excelencia que aglutinase las competencias hasta ahora dispersas en esta materia: por un lado, la vigilancia en salud pública, evaluaciones de riesgos y análisis de la situación en salud de la población española y, por otro lado, la preparación del sistema sanitario ante amenazas para la salud pública, principalmente de carácter epidemiológico, y la coordinación de las respuestas. El Centro se encargaría también del seguimiento y la evaluación de la Estrategia de Salud Pública.

Compartimos este enfoque, aunque creemos que, en lo que atañe a la Estrategia de Salud Pública, el CESP debería ser también el organismo que la elaborase y sometiese su aprobación al CISNS.

3. Estructura organizativa del CESP

En este punto es necesario definir tanto la forma jurídica del CESP como su propia configuración interna.

3.1. Forma jurídica

Tal y como resultó de las conclusiones del Panel de Expertos, el CESP debería ser algo más que un simple órgano administrativo. Debería ser una personificación jurídica independiente y diferenciada de la propia de la Administración del Estado.

En cuanto a la forma jurídica, las opciones de Agencia u Organismo Autónomo fueron las preferidas, al considerar que la autonomía de gestión es clave. Se concluyó también que esa autonomía de gestión se podía articular a través de un contrato-programa con el Ministerio. El contrato-programa permite marcar el rumbo estratégico, fijar objetivos y asignar la financiación y recursos necesarios para contribuir al logro de esos objetivos.

No se descartó el modelo de la Autoridad Administrativa Independiente (AAI), citándose expresamente el “modelo AIREF”.

Hay que tener en cuenta, no obstante, que ni los organismos citados gozan todos de la pretendida autonomía ni los más autónomos e independientes (AAI) encajan en el modelo bajo en el que debe ser creado el CESP.

El propio Ministerio en su consulta previa suscita no elude la confusión pues, por un lado, propone un organismo con “dependencia o vinculación al Ministerio” y, al mismo tiempo, pretende dotarlo de “autonomía funcional”.

Las distintas opciones organizativas que considerar serían las siguientes:

- **Organismo Autónomo:** se trata de un organismo público, creado por ley, vinculado o dependiente de la Administración matriz, en este caso la estatal.

Pese a su denominación, podría decirse que los Organismos Autónomos son los menos autónomos de todos los organismos, en cuanto están sujetos a una estricta relación de tutela (“cuasi-jerárquica”, podría decirse) respecto de la Administración del Estado. Se financian mayoritariamente con dotaciones de los presupuestos del Estado y carecen de flexibilidad en materia de contratación, tanto con proveedores (están sujetos a las mismas normas que la Administración del Estado) como para la selección del personal.

- **Agencia:** se trata de una entidad, creada por ley, dotada de autonomía en su gestión, facultada para ejercer potestades administrativas. Las agencias estatales están dotadas de los mecanismos de autonomía funcional, responsabilidad por la gestión y control de resultados.

- **Entidad Pública Empresarial (EPE):** Las entidades públicas empresariales son entidades híbridas pues, aunque tienen forma jurídica-pública, se rigen por el derecho privado excepto en la formación de la voluntad de sus órganos, en el ejercicio de las potestades administrativas que tengan atribuidas y en algunos otros aspectos. Son creadas por ley y se financian con ingresos de mercado. Además, estas entidades dependen de la Administración del Estado, a la que le corresponde la dirección estratégica, la evaluación de los resultados de su actividad y el control de eficacia.
- **Autoridad Administrativa Independiente (AAI):** son entidades de derecho público, creadas por ley, que, vinculadas a la Administración General del Estado, que tienen atribuidas funciones de regulación o supervisión de carácter externo sobre sectores económicos o actividades determinadas, por requerir su desempeño de independencia funcional o una especial autonomía respecto de la Administración General del Estado. Actúan, en el desarrollo de su actividad y para el cumplimiento de sus fines, con independencia de cualquier interés empresarial o comercial.
- **Fundación del sector público estatal:** Son entidades de forma jurídico-privada, si bien en su dotación o patrimonio la participación es mayoritariamente pública, lo que no les confiere, sin embargo, el carácter de administración pública. No pueden, por tanto, ejercer potestades administrativas ni asumir competencias de tal carácter.

Están dotadas de mayor flexibilidad que las entidades de forma jurídica pública.

- **Sociedad mercantil pública estatal (SME):** se trata de sociedades mercantiles, anónimas o de responsabilidad limitada, en cuyo capital es mayoritaria la participación del Estado o de otros organismos públicos. Cuentan con las mismas limitaciones que las fundaciones.
- **Consortio:** son entidades de derecho público, creadas mediante un acuerdo o convenio administrativo, creadas por varias administraciones o entidades públicas, entre sí o con participación de entidades privadas, para el desarrollo de actividades de interés común a todas ellas dentro del ámbito de sus competencias.

De todas estas figuras, la que mejor se acomoda a las exigencias del futuro CESP es la de la Agencia, en cuanto está dotada de mayor flexibilidad y autonomía que las restantes, y puede asumir competencias y potestades de derecho público como las que debería tener el CESP.

Hay que tener en cuenta, no obstante, que la opción por este modelo debería ser fruto de cierto consenso político pues la Agencia ha sido una figura controvertida (de hecho, fue creada en 2006, suprimida por la Ley 40/2015 y reinstaurada en diciembre de 2020).

Si se optara por un modelo dotado de una mayor vinculación y dependencia de la Administración del Estado, podría resultar aconsejable dotarlo de la condición de medio propio a efectos de lo previsto en la Ley de Contratos del Sector Público, lo que permitiría la realización de encomiendas o encargos técnicos y reforzar su papel de organismo prestador de servicios.

3.2. Organización interna

Respecto al modelo organizativo, una estructura en red fue la opción sugerida por el Panel de Expertos. La red deberá contar con nodos, temáticos y geográficos. Debería existir un nodo coordinador, que sería un órgano central de la estructura del CESP, una serie de nodos autonómicos y locales (que podrían ser los centros u órganos de salud pública de estas administraciones), nodos temáticos (entidades científicas excelentes, universidades, centros de investigación, etc.) y "nodos centinela" que permitan desarrollar iniciativas innovadoras y aprovechar todos los recursos disponibles que aporten valor al sistema de salud.

En definitiva, se trataría de componer un verdadero modelo de gobernanza en red que integrara a administraciones públicas, centros de investigación, sociedades científicas y Academia.

La estructura central del CESP (el "nodo central") dependería del modelo organizativo por el que se optase. En concreto, si se optara por la figura de la Agencia, el nodo central estaría gobernado por el Consejo Rector y el funcionamiento estaría regido por lo previsto en el Contrato de Gestión suscrito con la Administración del Estado.

4.6.- DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN A LA INTELIGENCIA SANITARIA

Juan E. del Llano Señarís, director de la Fundación Gaspar Casal.

Roberto Nuño Solinís, Director de Investigación y Formación de la Fundación Gaspar Casal.

La digitalización y el intercambio de datos se han convertido en herramientas clave para mejorar los sistemas sanitarios públicos, privados y público-privados. Y esa es la dirección que está tomando también la Unión Europea. Una evolución desde los tradicionales sistemas de información sanitaria a la inteligencia en salud.

El intercambio de información sanitaria es el núcleo del Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS), y está regulado por la legislación nacional y europea, vigentes. Esto no solamente conducirá a una atención más eficiente de los pacientes y a una mejor capacidad de diagnóstico y terapia, sino que también ayudará al tejido investigador y a las empresas biomédicas europeas a fabricar medicamentos y a crear dispositivos y servicios sanitarios más adaptados. Por último, un mayor intercambio de datos permitirá elaborar políticas mejores gracias al uso inteligente de esa información.

La creación de un Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS), podría cambiar la medicina tal y como la conocemos. Los Estados Miembros de la Unión Europea han iniciado consultas para armonizar normas y medidas estándar, y garantizar la seguridad de los datos sanitarios de los pacientes. En cualquier caso, el EEDS marcará el inicio de una nueva era de cooperación entre los 27.

Así, la alta disponibilidad de datos hace que el sector salud deba avanzar en el uso de esta información clínica para la mejora de la calidad de sus servicios y su eficacia organizativa. En base a la generación de conocimiento de cada acto asistencial, la idea es que pueda ser utilizado por los profesionales y sentar las bases de sistemas sanitarios con capacidad de aprender (*Learning Health System*). El perfil dominante de los pacientes, actuales y futuros (mayores, crónicos, frágiles, pluripatológicos y con ne-

cesidades de cuidado social y sanitario) requiere una visión ampliada de la información que ha de estar a disposición de los profesionales si se quiere brindar una verdadera atención centrada en la persona y mejorar su bienestar, experiencia de atención y calidad de vida. Esa información con óptica sociosanitaria y foco en el bienestar de la persona – en la línea del *“Data Save Lives: reshaping health and social care with data”* del Gobierno británico – es ya una necesidad imperiosa para acabar con la fragmentación dominante en el ámbito de los cuidados (Gobierno británico, 2022).

Las organizaciones y sistemas *data-driven* van a permitir el desarrollo de sistemas de ayuda a la decisión a disposición de profesionales y ciudadanos, la explotación de grandes volúmenes de datos para la obtención de patrones para ayudar en la detección y prevención de enfermedades o en la creación de algoritmos para la mejora de la actuación clínica y de los procesos asistenciales. Pero se requiere que la gobernanza y el uso de los datos y las aplicaciones de la inteligencia artificial estén regulados garantizando su seguridad, así como aportar valor al permitir a los servicios de salud beneficiarse de la explotación masiva de datos para generar inteligencia y capacidad de aprendizaje.

En España, el aprovechamiento de los sistemas de información sanitaria y la aplicación de la inteligencia artificial en el ámbito sanitario ya no es futuro, es el presente, si bien su pleno aprovechamiento está constreñido a ciertas organizaciones conocidas como “islas de excelencia”. Todavía hay CC.AA. donde no hay capacidad de conectar la información sanitaria en torno al ciudadano y la sociosanitaria, de hecho, prácticamente en ninguna. Es necesario disponer de una granularidad completa de lo individual a lo colectivo (poblacional) para lograr una versión de la información lo más completa y homogénea posible, que permita desagregarse y concretarse lo suficiente para que la heterogeneidad no sea un lastre. Todo lo anterior, es posible a través de un uso inteligente de las tecnologías de la información. Por otro lado, es importante mejorar la capacitación y la formación de decisores, gestores y profesionales sanitarios en el uso de TICs al mismo tiempo que resulta esencial incluir e integrar, de forma exitosa, perfiles tecnológicos en los sistemas de salud. Solo con una interacción coordinada de las distintas disciplinas en juego lograremos mejorar nuestras capacidades de innovación y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

Para alcanzar una Salud Pública de Precisión será esencial la implementación efectiva del Espacio Europeo de Datos Sanitarios. Y ello solo será posible si se contempla dicho Espacio, así como el potencial de Salud Pública de Precisión en la LGSP, ya que no basta la fragmentación que produce la conexión o remisión a la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD). La salud pública debe reivindicar aquí su especialidad como garantía de su independencia.

En el camino hacia la Inteligencia Sanitaria es muy importante no olvidar la amenaza que supone la desinformación, así como una información de baja calidad o escasa veracidad. Sería interesante plantear, la idoneidad de contemplar su inclusión en una posible reforma de la LGSP. Como propuesta, quizás la regulación existente sobre publicidad de medicamentos y productos sanitarios sería "trasladable" a la salud pública con el objetivo de incorporar acciones colectivas para la defensa de intereses difusos y así luchar contra los perjuicios de la desinformación.

Por otra parte, es relevante en este punto la recién aprobada Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud, tras la Declaración de Zaragoza de marzo de 2022, adoptada por parte de la Ministra de Sanidad, y que se articula en torno a 6 líneas estratégicas: 1. desarrollo homogéneo y eficaz de la vigilancia en salud pública, 2. política de recursos humanos que garantice la efectividad y la calidad de la vigilancia en salud pública, 3. liderazgo de la vigilancia en salud pública en la toma de decisiones, 4. modernización de los sistemas de información de la vigilancia en salud pública, 5. innovación e investigación en vigilancia en salud pública y 6. pautas éticas y derechos, deberes y obligaciones en la vigilancia en salud pública.

Destaca especialmente la acción concreta de desarrollar, vía Real Decreto, la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública como mecanismo para articular y modernizar la vigilancia en salud pública. Dicha red quedaba regulada en la LGSP y no había sido desarrollada hasta la fecha.

Es muy interesante y ciertamente innovadora la visión que se otorga a la salud pública en la citada Estrategia, cuando se afirma que la salud pública tiene el deber de modernizarse para que el SNS pueda responder a las nece-

sidades y a las demandas de protección de la salud de la sociedad. La vigilancia en salud pública necesita una profunda renovación y adaptación a los cambios sociales, sanitarios, económicos y medio ambientales acontecidos en España en las últimas décadas. Es decir, la Estrategia pretende posicionar a la salud pública como un medio necesario para conseguir un fin, que no es otro que fortalecer y modernizar nuestro Sistema Nacional de Salud.

Por último, hace falta una Estrategia de Salud Digital basada en valor más clara, accesible, ejecutable y escalable para poder implementar cambios efectivos en los sistemas de salud. Posiblemente, el papel de la Unión Europea de la Salud y de los fondos de recuperación ("Next Generation EU") destinados a la digitalización sanitaria y al aumento de capacidades tecnológicas y de formación asociadas, sea el camino que permita avanzar hacia la construcción de una estrategia que permita el salto de calidad que necesitamos como ciudadanos, pacientes y profesionales del sistema público de salud.

4.7.- EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD

César Cierco Seira, Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de Lérida.

El principio de salud en todas las políticas constituye un principio cardinal en la inteligencia moderna de la salud pública. Sin embargo, su realización práctica se presta a la evanescencia —si no irrelevancia— a falta de un conjunto de instrumentos efectivos capaz de materializarlo en el giro cotidiano de la Administración y de los operadores en contacto con la salud pública. He ahí el propósito de la evaluación de impacto en salud, concebida como requisito previo a la puesta en marcha de normas, proyectos, planes y programas susceptibles de impactar significativamente en la salud.

La introducción de la evaluación de impacto en salud —en adelante EIS— en la Ley General de Salud Pública (2011) vino marcado por una notoria paradoja. Resultaba evidente, por un lado, el entusiasmo con el que se acogía este mecanismo, destinado a ser el estandarte de una España adelantada en la tutela de la salud pública: «La inclusión de la evaluación de impacto en salud en nuestro ordenamiento jurídico —puede leerse en la Exposición de Motivos— puede situarnos en el grupo de los países más avanzados, propiciando la innovación en el desarrollo de reformas relacionadas con la economía sostenible que a su vez garanticen la seguridad sanitaria». Sin embargo, el énfasis de esta declaración de principios contrastaba, por otro lado, con la vaguedad de la regulación positiva, consignada en un capítulo que consta de un único precepto, el art. 35 (*La evaluación del impacto en salud*).

Más allá de la definición («La evaluación de impacto en salud es la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser analizada una norma, plan, programa o proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos»), se advierte de inmediato la baja carga prescriptiva del precepto y sus importantes agujeros, anunciando así el alto riesgo de inaplicación práctica por inacción de las Administraciones involucradas —so pretexto de la ausencia de un mandato legal suficientemente precisado—. Algo, por cierto, a lo que ya de por sí resulta particularmente proclive el mundo de la salud pública.

Volviendo a la exégesis del precepto, las debilidades más relevantes que acusa el art. 35 de la LGSP son las siguientes:

1. Se deja abierta la referencia a los supuestos en los que la EIS será exigida:
«Las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud, en los términos previstos en esta ley». Todo depende de la cláusula impacto significativo en la salud, que cada Administración deberá luego interpretar.
2. No hay ninguna alusión a las circunstancias o exigencias mínimas sobre la confección de la EIS: la idoneidad del autor, el procedimiento a seguir... Solo se indica de manera genérica que la EIS «deberá prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud con el objetivo de la mejora de las actuaciones».
3. No se despeja la virtualidad y autonomía de la evaluación dentro del procedimiento de aprobación de la norma, plan, programa y proyecto en el que ha de insertarse. Vale la pena recordar que en los últimos años se viene estrechando la libertad de adición de trámites a los procedimientos administrativos, exigiéndose, no solo una adecuada justificación, sino un grado de seguridad jurídica —predeterminación— apropiado (art. 1.2 de la Ley de Procedimiento Administrativo Común). Por lo demás, si se está en presencia de un informe, importa mucho delimitar su dinámica toda vez que, por su propia naturaleza —y como se señalará al final—, más que en el marco de un juicio binario sobre la aceptación de la iniciativa —favorable o desfavorable—, la EIS se desenvolverá de ordinario en el terreno de la proposición y la condicionalidad.

Se dirá que algunas de las debilidades indicadas no son achacables a la LGSP pues no se corresponden con el papel de una ley, lo cual es cierto. Sin embargo, ello no quita para caer en la cuenta de que, supuesto el ca-

rácter genérico y abierto de los mandatos contenidos en el art. 35 de la LGSP, su desarrollo pasaba a ser esencial no solo para delimitar la figura, sino aún para activarla y garantizar su efectiva aplicación.

Como acaba de ser señalado, el art. 35 de la LGSP interpelaba a todas las Administraciones Públicas, imponiéndoles el mandato de precisar el supuesto de hecho. Algunas Administraciones autonómicas sí cogieron el guante, aprobando una normativa de desarrollo. Por su parte, la Administración estatal dejó el asunto en *standby*

El Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud —cuya tramitación parlamentaria ha arrancado en junio de 2022— se propone poner remedio a esta situación. A tal efecto, incorpora una modificación de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, concretamente de la regulación de la Memoria del Análisis de Impacto Normativo entre cuyos contenidos pasa a figurar el siguiente:

«Impacto en la salud y sus determinantes, que será de aplicación a las normas de carácter sectorial que afecten a los siguientes determinantes de la salud: salud, vivienda, educación, medio ambiente, transporte, ordenación del territorio, salud laboral, agricultura y producción de alimentos y salud animal y vegetal» (art. 26.3.i).

Aun reconociendo que el articulado propuesto constituye un avance y como tal ha de ser bien recibido. La inclusión de una mención expresa al enfoque One Health representaría un espaldarazo que lanzaría un mensaje claro al conjunto del sistema de compromiso con tal enfoque y que de seguro estimularía a las Administraciones menos sensibilizadas con el mismo.

Ahora bien, no obstante lo anterior, quedan desatendidas muchas cuestiones. Por de pronto, la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) que acoge el Proyecto reduce extraordinariamente su ámbito de aplicación. Se proyectará sobre normas —o, por mejor decir, sobre algunas normas: las de

“carácter sectorial” (sic) tocantes a alguno de los determinantes señalados, que serán las más—, pero nada se dice de los planes, programas y proyectos, incluidos, como se recordará, en el art. 35.1 de la LGSP. De hecho, se diría que la EIS interesa especialmente en relación con los planes, programas y proyectos, ya públicos que privados, puesto que será en este tipo de iniciativas donde, por su mayor grado de concreción, surgirán corrientemente los principales desencuentros entre intereses implicados.

Tampoco se arroja mucha luz sobre el quién, es decir, sobre la competencia que ha de reunir el autor de la EIS. En este punto, llama la atención la ausencia sonada del Centro Estatal de Salud Pública cuya intervención en este orden parece especialmente propicia. En rigor, sobre el formato de la EIS nada se dice en el articulado. Solo en la Exposición de Motivos del Proyecto se nos dan algunas pistas y se señala una remisión muy relevante a una guía de evaluación que habrá de aprobar el Ministerio de Sanidad:

«Para valorar si existe impacto en la salud se tendrán en cuenta la población potencialmente afectada, la importancia del efecto, la información y evidencia en la que se basa la presunción de dicho efecto y la contribución a las desigualdades en salud, de acuerdo con lo previsto en la guía de evaluación publicada por el Ministerio de Sanidad. En los casos en que se prevea un impacto significativo en la salud se analizarán las consecuencias desde una perspectiva de salud y equidad en salud en todas las políticas, identificando medidas para minimizar los impactos negativos y, en su caso, maximizar los positivos».

La existencia de una guía de evaluación resulta del todo procedente. Otra cosa es si no convendría formalizar su aprobación y su procedimiento de confección —el ejemplo italiano puede ser aquí ilustrador: *Linee guida per la valutazione di impatto sanitario* (VIS), aprobado por Decreto ministerial de 27 de marzo de 2019; experiencia que también permite comprender mejor el peso específico que posee en el engranaje el *Istituto Superiore di Sanità*—.

De todos modos, fuera de las cuestiones más técnicas, el principal punto débil de este Proyecto es que se ocupa únicamente de la proyección de la EIS en la Administración estatal, presuponiendo que ello es posible a partir de los mimbres que aporta la LGSP. La pregunta que habría que resolver antes es la de si el art. 35 de la LGSP brinda la suficiente *materia básica* para permitir un despliegue diferenciado a escala de cada Administración territorial o la de si haría falta una segunda capa de complemento básico a través de un Reglamento.

Por las razones ya expuestas, la presencia de un Reglamento básico —de desarrollo de la LGSP o bien específico de la EIS— se antoja la alternativa más cabal y, por consiguiente, el paso previo que debería darse antes de efectuar *per saltum* la activación a nivel de la Administración del Estado. En la misma línea, el Proyecto plantea esta activación sin tener en cuenta las múltiples conexiones que ésta tiene con otros apartados que también están en situación de letargo —como el referido Centro Estatal de Salud Pública—.

Esa necesidad de una capa básica complementaria debería servir, por otra parte, para resolver —o cuando menos encauzar— los dos grandes dilemas que se ciernen sobre la EIS: uno es de definición (A); el otro, de conexión (B).

- A. El primero tiene que ver con el alcance del impacto sanitario, es decir, con la concepción de la salud que ha de manejarse a la hora de llevar a cabo una EIS. No podemos olvidar que la salud, según la formulación comúnmente aceptada en nuestros días, apunta no solo a la estricta ausencia de enfermedad, sino al bienestar físico, mental y social. Puestos a valorar el impacto sanitario de una iniciativa, los escenarios pueden ser muy distintos según dónde situemos el norte, como es fácil comprender. Es éste un problema que tiene mucho que ver con el diseño de una metodología común en grado de aislar unos parámetros esenciales compartidos, lo cual, a su vez, ha de servir para identificar dos elementos decisivos para el devenir de la

EIS en el plano operativo: las fuentes de información (1), y las competencias profesionales exigidas (2). Aspectos que, como es fácil deducir, tienen a su vez mucho que ver con el desarrollo del Sistema de Información en Salud Pública (art. 40 de la LGSP) y con la formación profesional en salud pública (art. 48 *ibidem*), respectivamente.

De lo contrario, pueden aparecer muchas versiones de IES, diferentes no ya en su formato, sino en su misma concepción. Esta labor de armonización de la metodología apunta derechamente al Consejo Interministerial del Sistema Nacional de Salud. Vale la pena recordar que entre los mecanismos que se contemplan para dar cuerpo a las actuaciones coordinadas en salud pública encontramos la «Definición de estándares mínimos para el análisis e intervención sobre problemas de salud» (art. 65.2 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud). Por tanto, antes que dejar en manos de cada Administración territorial la ideación desde cero de una metodología, parecería procedente reconducir esta tarea al referido CIS-NS a fin de que fijase ese *minimum* tan necesario ante una figura así de vaporosa.

- B. El segundo es un problema de conexión. Asistimos a un momento en el que están convergiendo dos políticas: la de salud pública y la ambiental, de modo que es importante esforzarse en su acoplamiento. En lo que atañe a la EIS, esta circunstancia adquiere un relieve especial habida cuenta de la existencia en el ámbito ambiental de un instrumento muy cercano como es la evaluación de impacto ambiental (EIA). La articulación de una relación armónica entre la EIS y la EIA es crucial porque raro será que habiendo un impacto ambiental no haya al tiempo un impacto sanitario. Teniendo en cuenta que la EIA atesora una trayectoria consolidada, parece lógico que la EIS se integre en su dinámica allí donde exista esta conexión, sin perjuicio de reservarle un funcionamiento autónomo fuera de las zonas de interconexión o respecto de las iniciativas con impacto sanitario más acusado. Descontando esto último, no hacen falta modificaciones normativas relevantes, toda vez que la regulación de la EIA contem-

pla ya de manera recurrente la referencia a la salud (por todos, art. 35.1.c de la Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental). Bastaría, así pues, indicar que esas referencias a la salud son puertas de entrada de la EIS y que, por tanto, no pueden resolverse sin hacer uso en adelante de su metodología. En todo caso, si no se atiende a esta articulación y se deja en el limbo, la relación puede convertirse con el tiempo en una pugna fatal por la jerarquía entre figuras.

4.8.- ANÁLISIS DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA (PO-SIBLE) REFORMA Y DESARROLLO DE LA LGSP.

Pilar Núñez-Cortés Contreras, Catedrática de Derecho del Trabajo de la Universidad Loyola Andalucía.

La Exposición de motivos de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo (en adelante LOI), para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, proclama que las políticas públicas se ordenarán bajo la óptica del principio de igualdad y la perspectiva de género. Reflejo de ello será la obligatoriedad del establecimiento en las normas de criterios de actuación de los poderes públicos en los que se integrará activamente, de un modo expreso y operativo, tanto el principio de igualdad entre mujeres y hombres como la perspectiva de género. Por lo que atañe a nuestro campo de análisis, la salud pública, la Exposición de Motivos de la LOI establece que las normas incorporarán pautas favorecedoras de la igualdad en políticas como la sanitaria.

Como herramienta para lograr la progresiva integración del principio de igualdad y la incorporación de la perspectiva de género en la actividad ordinaria de los poderes públicos, con carácter general y lógicamente predicable también al ámbito de la salud pública, la LOI (en su artículo 20) preceptúa que se adecuarán las estadísticas y estudios a tal finalidad. Así pues, los poderes públicos en la elaboración de sus estudios y estadísticas deberán:

- Adecuar las definiciones para evitar estereotipos de género,
- Incluir sistemáticamente la variable sexo, así como nuevos indicadores que posibiliten conocer mejor las diferentes necesidades de mujeres y hombres.
- Explotar los datos de modo que se puedan conocer las diferentes situaciones, condiciones, y necesidades de mujeres y hombres en los diferentes ámbitos de intervención.

En la posible reforma y/o desarrollo de la LGSP que se propone en este informe, ha de contemplarse la integración progresiva del principio de igualdad en la política de salud. Para realizar dicha incorporación la LOI estableció (artículo 27) mandatos dirigidos a las administraciones públicas para que los asuman en sus actuaciones en materia salud pública, entre estos mandatos cabe destacar que: Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente; garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres; promoverán la salud de las mujeres en la educación sanitaria; fomentarán una investigación científica en protección de la salud que atienda a las diferencias entre mujeres y hombres; integrarán el principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias.

La aprobación de la LOI supuso modificaciones del articulado de las leyes sanitarias, tanto de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, como de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Sin afán de exhaustividad, solo a modo de ejemplo, los apartados 14, 15 y 17 del artículo 2 de la LGS modificados, plasmaron actuaciones a desarrollar por las administraciones, como reflejo directo del mandato de la LOI para incorporar la perspectiva de género. Al mismo propósito obedecieron también preceptos retocados de la Ley 16/2003 como la letra a) de su artículo 2¹³. Ambas normas, LGS y LCYCSNS son prolijas en contenidos relativos a la integración del principio de igualdad y la perspectiva de género.

Centrándonos en la LGSP, en su articulado, solamente el art. 6 incorporó contenidos relativos al principio de igualdad, en él se realizó una proclamación general del derecho a la igualdad de todas las personas en las actuaciones de salud pública, sin que pueda existir discriminación por razón

13. Del mismo modo, a modo de ejemplo también, «a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.»; letra g) del apartado 2 del artículo 11; «g) La promoción y protección de la salud laboral, con especial consideración a los riesgos y necesidades específicos de las trabajadoras.»; también la letra f) del apartado 2 del artículo 12: «f) Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género...».

de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción, opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. El sexo es en esta proclamación del principio de igualdad una circunstancia más a considerar entre otras, nacimiento, origen racial o étnico, religión, etc. Después, en el apartado 2 del artículo 6, la LGSP enfatiza ("En especial") la prohibición de discriminación entre hombres y mujeres en las actuaciones de salud pública, remitiéndose a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, remisión que comporta que el contenido de la LOI más arriba analizado habría de entenderse tácitamente incorporado a la LGSP. Podría ser conveniente en la posible reforma y/o desarrollo de la LGSP, ir más lejos y reflejar expresamente qué herramientas y qué actuaciones habrán de desarrollar las administraciones públicas para la progresiva integración de la perspectiva de género en la salud pública, como lo hacen la LGS y LCYCSNS. La futura LGSP podría ser más prolija en contenidos relativos a la igualdad, podría tomar los desarrollos en la materia de ambas normas como referencia e incorporarlos a su articulado, tras su oportuna adaptación. Como ejemplos de contenidos a incorporar en la LGSP reproducimos el contenido de los apartados 14, 15 y 17 del artículo 2 de la LGS: "La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal ...incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género"; «15. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.»; «17. El tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica para permitir el análisis de género, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por sexo".

4.9.- HACIA UN DERECHO DE LA SALUD PÚBLICA.

Alicia del Llano Núñez-Cortés, responsable de Asuntos Públicos de la Fundación Gaspar Casal.

El Tribunal Supremo¹⁴ afirma que: “la salud pública es un elemento esencial del interés general al que deben de atender los poderes públicos”.

La pandemia de la COVID-19 ha logrado que la salud pública, por fin, cumpla su vocación última: trascender a todos los órdenes y a todas las disciplinas. Por ello, es necesario estudiar la salud pública bajo el prisma del derecho para poder hacer frente a sus retos, de forma holística, ya que la ciencia jurídica posee la capacidad de asegurar el orden social y político en este nuevo escenario a la vez que concretar el desiderátum (y casi utopía social) que la salud pública supone.

La doctrina americana con el profesor Lawrence O. Gostin de la Universidad de Georgetown, sentó las bases del estudio de la salud pública desde el derecho. Denominó a esta disciplina: *Public Health Law* (Derecho de la Salud Pública)¹⁵. En palabras de Gostin¹⁶:

“Public Health Law is the study of the legal powers and duties of the state to ensure the conditions for people to be healthy (eg, to identify, prevent, and ameliorate risks to health and safety in the population), and the limitations on the power of the state to constrain the autonomy, privacy, liberty, property, or other legally protected interests of individuals for protection or promotion of community health”.

Dicho de otra manera: “el Derecho de la Salud Pública es el estudio de los poderes y obligaciones legales del estado para asegurar las condiciones para que las personas estén sanas (por ejemplo, para identificar, prevenir y mejorar los riesgos para la salud y la seguridad de la población) así como las limitaciones del poder estatal para restringir la autonomía, privacidad, libertad, propiedad u otros intereses legalmente protegidos de las personas con el fin de lograr la protección o promoción de la salud pública”.

14. Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, de lo Contencioso-Administrativo, nº 1569/2020, de 20 de noviembre de 2020.

15. GOSTIN, L.O., *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*, 2008.

16. BHATTACHARYA, D., *Public health policy: issues, theories, and advocacy*, 2013, p.6.

Así las cosas, los rasgos esenciales del Derecho de la Salud Pública se podrían resumir como sigue:

1. La responsabilidad de los poderes públicos
2. La salud de la población
3. La interrelación entre poderes públicos y la salud de la población
4. La promoción de la salud pública a través de servicios/prestaciones
5. El poder coercitivo sobre individuos y empresas en aras a garantizar la protección de la comunidad.

A lo largo de estos dos fatídicos años pandémicos, hemos asistido a dilemas constantes entre la salud pública y otros derechos y libertades. Lo que Hobbes¹⁷ resumiera como libertad vs. seguridad. Frente a esta hipótesis, podemos asumir que la respuesta es clara: la salud pública, ante situaciones de riesgo y/o emergencia sanitaria, posee una "vis expansiva" (prevalece) frente a otros derechos y libertades fundamentales. Ahora queda resolver la incertidumbre de, cómo se debe encauzar jurídicamente esta tensión, para salvaguardar ambos derechos y no poner en riesgo la seguridad jurídica, característica esencial e imprescindible, de nuestro Estado de Derecho.

La solución al dilema planteado supra viene de la mano de la necesidad de desarrollar el Derecho de la Salud Pública¹⁸ en España. Dicho derecho posee una vertiente positiva, aquella que atiende a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Hasta ahora, dicha faz ha sido la más estudiada como prueba, entre otras, la promulgación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP).

Por otro lado, encontramos su vertiente negativa, aquella que atiende a los poderes de intervención del estado ante riesgos y amenazas que atentan contra la salud poblacional. En este apartado, entrarían todas aquellas medidas de intervención de los poderes públicos adoptadas a lo largo de estos dos años: mascarilla obligatoria, cuarentenas, confinamientos, distancia social, higiene de manos etc. y que es el apartado que precisa de una revisión en mayor profundidad a fin de estar preparados para futuras crisis sanitarias.

17. HOBBS, Thomas. *Leviatan: o la materia, forma y poder de una República eclesiástica y civil*. 2003.

18. DEL LLANO NÚÑEZ-CORTÉS, A. "El derecho de la salud pública: Una propuesta de mejora normativa a propósito de la covid-19", en *Revista Derecho y Salud*, Volumen 31, Diciembre 2021, pp 103-131.

La salud es fácil de entender, pero difícil de definir. En concreto, la salud pública aspira a alcanzar la salud colectiva (art. 43.2 CE). La salud pública es el espejo en el que todos los ciudadanos deberíamos mirarnos ya que ejemplifica un reto global. Parece casi que el adjetivo “holístico” encuentra en la salud pública su máxima ejemplificación. Si bien, solo existirá una “cultura de salud pública”, cuando se produzca un cambio de mentalidad a favor de la creación de equipos multidisciplinares y de una enseñanza (donde más allá de las competencias técnicas) se eduque a pensar crítica y estratégicamente para que así la sociedad civil comprenda que la salud pública es un derecho subjetivo al igual que lo es el derecho ambiental.

A lo largo de la lectura de las reflexiones jurídicas que anteceden a este punto, se aprecia cómo el Derecho posee la capacidad de concretar la abstracción y problematicidad que se deriva de la salud pública. Si bien, el derecho debe modernizarse para poder adecuarse a una evidencia científica cada vez más compleja.

Tras un proyecto de investigación ambicioso de un año de duración, extraemos las siguientes conclusiones jurídicas con el objetivo de ayudar a decisores y autoridades sanitarias a dar un salto de calidad en la configuración y desarrollo de la salud pública en España:

1. La salud pública es un bien jurídico global que precisa de un conglomerado de normas, principios, valores, procedimientos y criterios que la doten de la necesaria estructura normativa para hacer frente a los retos colectivos del futuro.
2. Se constata la relevancia de poner un *nomen iuris* (Derecho a la Salud Pública) a un régimen jurídico que ya existía, pero necesita ser repensado tras la Covid-19 y dotado de mayor coherencia, independencia y seguridad jurídica.
3. Se aprecia la necesidad de impulsar dicho derecho a través de una reforma normativa de la Ley 33/2011 General de Salud Pública a la vez que llevar a cabo su desarrollo reglamentario.
4. El Derecho de la Salud Pública debe hacer frente a los siguientes retos:

- a. Consolidar su independencia, esto es, luchar contra el “principio de absorción” por parte de otras disciplinas: derecho ambiental, derecho del trabajo (salud laboral), seguridad alimentaria, salud individual.
- b. Liderar una mentalidad multidisciplinar: acompañar y entender a la ciencia y al resto de disciplinas a la vez que integrarlas dentro su ámbito de actuación.
- c. Anticiparse a los desafíos. Que lo “urgente” (la gestión de la Covid-19) no impida ver lo “importante”. Actualmente, la viruela del mono, la gripe A o la resistencia a los antimicrobianos (entre otras) son amenazas *importantes* que hacen peligrar la salud de todos. En suma, es necesario que sean los ciudadanos quienes interioricen (y reivindiquen el valor de la salud pública. Por su parte, los responsables políticos deben dar respuesta a esas demandas con el fin de pasar de la teoría a la acción, para lo que un marco jurídico claro, desarrollado y coherente siempre ayuda.

05

HOJA DE RUTA PARA SITUAR LA SALUD EN EL CENTRO DE TODAS LAS POLITICAS PÚBLICAS*

DE LA "POLICY IMPLICATION" A LA "POLICY CAPACITY" EN EL DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

La implicación política o "titular" que debe guiarnos en la aproximación de esta hoja de ruta o decálogo final es la misma que se recoge como título de este libro, pero con una matización la salud pública debería estar en el centro de todas las políticas. Para lograrlo, creemos que la Agencia Española de Salud Pública (AESAP) y la post-pandemia de la COVID-19 son oportunidades para poder interiorizar a todos los niveles y abogar por el desarrollo de una "nueva cultura de salud pública". La AESAP será un éxito en la medida en que las CCAA tomen el liderazgo institucional en salud pública por medio del reforzamiento de sus Direcciones Generales de Salud Pública. A la AESAP, es decir, al estado le corresponde velar por la coherencia y la coordinación de la salud pública pero el desarrollo debe de recaer en las CCAA que deben de dar un paso adelante.

Una vez entendido lo anterior, habría que pasar a la policy capacity o capacidad política para transformar ideas útiles en políticas reales y efectivas. Si esto es un reto en general, en la salud pública, como bien común, es más difícil de determinar por su carácter colectivo y abstracto.

*Un agradecimiento especial a Salvador Peiró (Investigador del Área de Investigación en Servicios de Salud de Fisabio), Ildefonso Hernández (Catedrático de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández) y Rosa Urbanos (Profesora titular de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid) por sus contribuciones a la redacción final de esta hoja de ruta

Las recomendaciones que consideramos tienen esa capacidad política para situar, de una vez por todas, a la salud pública en el centro de todas las políticas son las que siguen y trataremos de ordenarlas siguiendo la estructura de preguntas abordadas en el Grupo de Expertos:

QUIÉN:

PRIMERA. Se corre el riesgo de que las previsiones de desarrollo normativo que figuran en la agenda actual se tengan por suficientes, generando la idea de que se ha saldado la cuenta con la salud pública, especialmente después de que la pandemia se nos aparezca controlada. Se insiste en el informe en que la creación de una Agencia de Salud Pública, con ser un paso relevante, en modo alguno supone la reversión definitiva de la situación de letargo y mucho menos colma todas las necesidades que han sido señaladas. No se concibe una AESAP potente sin unas potentes Direcciones Generales de Salud Pública autonómicas, capaces de llevar a la práctica políticas efectivas bajo la coordinación de la AESAP. Al anteproyecto actual le falta un mayor realismo o incluso, y por seguir con el lenguaje empleado “policy capacity” para ver cómo debe funcionar en la práctica la AESAP. La Agencia debe seguir un modelo gobernanza multinivel vertical (internacional, nacional, autonómico y local) y horizontal (medio ambiente, salud laboral, seguridad alimentaria, actividad física, juego, estadísticas vitales, etcétera). Las normas son aliadas en el momento en el que son coherentes y tienen la visión para entender que se trata de mejorar lo que existe y no empezar de cero.

SEGUNDA. Partiendo del supuesto de que la AESAP tuviera la capacidad para aportar esa gobernanza en todos los niveles y coincidiendo en los posicionamientos de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), hace falta que el anteproyecto o su desarrollo reglamentario o estatutario contemple:

- La estructura orgánica de la agencia y de sus organismos de control y participación social. Así como la forma y procedimiento de designación y provisión de órganos directivos que debe estar

basada en la independencia y capacidad técnica tomando como ejemplo el funcionamiento de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AiReF).

- La política de RRHH y la previsión de puestos de trabajo y de retribución de personal debe ser competitiva y pivotar bajo el entendimiento de la flexibilidad que el teletrabajo trae consigo y más en una materia, como la salud pública, donde los expertos que pueden llegar a colaborar puntual o permanentemente pueden residir en diferentes puntos geográficos.
- La AESAP debe simplemente saber coordinar y mejorar lo que ya existe para lo cual su conexión con las Direcciones Generales de Salud Pública, otros ministerios, ISCIII y demás organizaciones sanitarias y no sanitarias debe ser constante, transparente y armónica.
- Conviene determinar si la AESAP tendrá protagonismo o no en el desarrollo de las evaluaciones de impacto en salud.

QUÉ:

TERCERA. No es suficiente a estas alturas con desarrollar los aspectos aplazados y las remisiones normativas desatendidas que encontramos en el articulado de la LGSP. La salud pública, desde el año 2011, ha evolucionado de manera notable y la pandemia del coronavirus ha acelerado esa transformación. Resultado:

- La LGSP ha quedado desfasada en su contribución a la lucha pandémica.
- Su régimen de infracciones y sanciones se ha revelado de difícil operatividad.
- Hay nuevos problemas de la salud pública a los que no se puede hacer frente cabalmente con las previsiones allí contenidas:

1. Impacto sanitario del cambio climático.
 2. Lucha contra la desinformación en salud.
 3. Lucha contra la resistencia antimicrobiana.
 4. Alianzas en salud pública.
- El Buen Gobierno y sus implicaciones en salud pública debe ser también desarrollado.
 - La seguridad sanitaria como parte de la seguridad nacional, tal y como se recoge en la Estrategia Nacional de Seguridad, y resulta importante que se estudie en profundidad. Lo anterior, contribuye al impulso del concepto de Salud Global.
 - El anteproyecto de Ley de Equidad, Universalidad y Cohesión del SNS es muy indeterminado respecto a la forma de ejecutar las evaluaciones de impacto en salud. Por ello, convendría que fuera concretado en un reglamento "genérico" de la LGSP, o bien, a través de un reglamento independiente sobre la EIS.
 - Sería útil crear un "paquete normativo para la protección de la salud en todas las políticas". Una regulación inteligente que sirviera de estándar o "mínimo indispensable" abriría la puerta a la institucionalización lo sería decisivo para consolidar que la salud pública esté en todas las políticas.

CÓMO:

CUARTO. Si la LGSP no se refuerza normativamente, vía reforma legal o vía Reglamento general de desarrollo, perderá su rol de ley general de la salud pública y se verá desplazada en este cometido por otras leyes, perdiéndose la especificidad o enfoque sanitario de problemas como el cambio climático. Lo que puede ocurrir con la evaluación de impacto en salud es paradigmático.

QUINTO. Aunque, debido al reparto competencial, el Estado es quien debe adoptar una posición más activa en esta actualización y *enforcement* de la LGSP, es obvio que a las CCAA les corresponde una labor también fundamental en este orden. Es más, puede ocurrir —porque en la historia reciente de la legislación en salud pública ya ha sucedido— que sean las CCAA, quienes, ante la inacción del Estado en la definición de las bases, den un paso al frente y acometan la regulación de nuevos problemas de salud pública como las olas de calor o la desinformación en el entorno virtual.

Por ello, sería muy conveniente impulsar un enfoque de mejora por comparación y que sean las propias CCAA en el CISNS las que presenten sus “casos de éxito” en salud pública de tal manera que puedan aprender las unas de las otras de aquellas políticas efectivas. Por citar algunos ejemplos de éxito que podrían ser extrapolables: en Cataluña, su política fiscal a bebidas azucaradas, en la Comunidad Valenciana, el sistema de nutrición saludable en las escuelas, etc.

SEXTO. Incluso asumiendo que la agenda actual de desarrollo normativo de la LGSP pasase por ser el único horizonte, quedará todavía una segunda capa de concreción muy relevante, donde será fundamental el esfuerzo organizativo y de *soft law*. Ahí está todo el entramado operativo que aguarda a la AESAP o lo que va a exigir la puesta en práctica de la evaluación de impacto en salud en un gran número de aspectos como la formación de evaluadores, la definición de metodologías, su adaptación en el plano autonómico, etcétera. La puesta práctica de lo anterior, además de dotación financiera, precisa que el liderazgo recaiga en las CCAA y que sea la AESAP un agente coordinador y velador de un buen funcionamiento en la identificación y previsión de amenazas sanitarias.

SÉPTIMO. El enfoque One Health tiene que trabajar en su operativización. Solo tendrá éxito en la medida en que sepa conectarse con la salud pública, la seguridad alimentaria, el control de zoonosis, las resistencias antimicrobianas y el cambio climático.

OCTAVO. Los informes de impacto en salud son una gran oportunidad siempre que se planteen de forma eficiente. Crear una “desk evaluation” como en el Reino Unido liderada por la AESAP, pero formada por personal

cualificado sería el primer paso para asegurar su utilidad y convertirlo en una realidad. La formación en evaluación de impacto en salud junto con el liderazgo de equipos multidisciplinarios, así como el aprendizaje de los errores de la evaluación del impacto ambiental serían un buen punto de partida. El sentido común llama a que el anteproyecto de Ley de Equidad aclare desde el minuto cero qué normas y no sólo planes y programas van a requerir de una evaluación de impacto en salud para lo cual, la gradualidad y la economía de esfuerzos, serán claves.

NOVENO. Hay que seguir trabajando en la equidad en salud a todos los niveles. El objetivo debe ser minorar las desigualdades en calidad de resultados en salud para individuos y poblaciones y eliminar barreras de acceso (económicas, geográficas, culturales, de género...) para los colectivos más vulnerables.

DÉCIMO. Entender el valor de la salud pública. Hacer *advocacy* y *awareness* en salud pública es la única manera de que actores políticos, económicos y sociales entiendan la relevancia de esta disciplina que tiene tanto de Justicia Social, como de Empresa Ética y Agente de Cambio Social. Tiene alma y propósito: asegurar el bienestar de los ciudadanos. La salud pública vela por que existan las condiciones sociales, ambientales, médicas, económicas, jurídicas etc. que permitan la supervivencia de todos: salud publica suprema *lex est*.

06

BIBLIOGRAFÍA

Agence nationale de santé publique : <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Centre for Disease Prevention and Control Surveillance Resource Center:
<https://www.cdc.gov/surveillancepractice/index.html>

Del Llano Núñez-Cortés, A. El Derecho a la Salud Pública: una propuesta de mejora normativa a propósito de la Covid-19 (Trabajo Fin de Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universitat Pompeu Fabra de Barcelona y Fundación Gaspar Casal)

European Centre for Disease Prevention and Control. Who we are? <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/ecdc-organisational-structure>

European Public Health Association: <https://eupha.org/index.php>

Gobierno Británico (2022). Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/data-saves-lives-reshaping-health-and-social-care-with-data/data-saves-lives-reshaping-health-and-social-care-with-data>

Gaynor, Zaragoza G., Hernández-Aguado, I., and Lucy A. Parker. "Colaboraciones público-privadas en salud pública: ¿parte de la solución o parte del problema?" Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica: 74.

Hernández Aguado, I. "Calidad de gobierno y políticas de salud." Encuentros multidisciplinares (2012).

Hernández Aguado, I. "Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes." Cuadernos Económicos de ICE 96 (2018).

Hernández Aguado, I. "El buen gobierno de la sanidad: las influencias debidas e indebidas en la formulación de políticas de salud." (2018).

Hernández Aguado, I. "Las enfermedades infecciosas y la nueva Ley General de Salud Pública." Erradicación y control de las enfermedades producidas por virus. Madrid: Fundación Areces (2012).

Instituto Nacional de Saúde: <http://www.insa.pt/>

Instituto Superiore di Sanità: <https://www.iss.it/>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>)

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>)

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>)

Mayor Zaragoza, F., Fariñas Guerrero, F. y Vega García, S. One Health. Cambio climático, contaminación ambiental y el impacto sobre la salud humana y animal. Zaragoza (España). Amazing Books; 2019.

Objetivos de desarrollo sostenible 2030 de las Naciones Unidas: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Public Health England: <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>

Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, y se modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-9139-consolidado.pdf>)

Richards, C. L., Iademarco, M. F., & Anderson, T. C. (2014). A New Strategy for Public Health Surveillance+ at CDC: Improving National Surveillance Activities and Outcomes. *Public Health Reports*, 129(6), 472–476. doi:10.1177/003335491412900603

Robert Koch Institute: https://www.rki.de/EN/Home/homepage_node.html

Sánchez, M.M., "La nueva ley de salud pública: derechos, deberes de los ciudadanos y obligaciones de la administración en salud pública."

UK Health Security Agency: <https://www.gov.uk/government/organisations/uk-health-security-agency>

FUNDACIÓN

