

**Informe
monográfico**

**ORIENTACIÓN DE LA
FUTURA LEY ESTATAL
DE SALUD PÚBLICA**

Editora: Rosa Urbanos



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

SESPAS 2009

ORIENTACIÓN DE LA FUTURA LEY ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Editora: Rosa Urbanos

Dirección de contacto: urbanos@ccee.ucm.es

Declaración de conflictos de intereses:

La editora declara que no tiene intereses que entren en conflicto con el tema tratado en este informe.

Financiación:

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria no ha recibido financiación externa para la realización de este informe. Ni la editora ni ninguna de las personas expertas que han participado han recibido ningún tipo de honorarios por el trabajo realizado. El Ministerio de Sanidad y Política Social, dado su interés en la realización de este informe, organizó y financió una reunión de un día en Madrid de las personas expertas que participaron.

SESPAS 2009

Calvet, 30 - 08021 Barcelona

Tel: 932017571 Fax: 932019789

E-mail: sespas@suportserveis.com

www.sespas.es

Expertos que han participado en la elaboración del informe:

Javier Aldaz Berruezo
Carlos Álvarez-Dardet Díaz
Ferran Ballester Díez
Juan Luis Beltrán Aguirre
Dolores Fiuza Pérez
Fernando García Benavides
Xurxo Hervada Vidal
Soledad Márquez Calderón
José Vicente Martí Boscà
Carmen Navarro Sánchez
José M^a Ordóñez Iriarte
Vicente Ortún Rubio
Josep Lluís de Peray Baiges
José Ramón Repullo Labrador
Marisol Rodríguez Martínez
Dolores Salas Trejo
Andreu Segura Benedicto
Cristina Torró García-Morato
Rosa Urbanos Garrido
Joan Ramón Villalbí Hereter

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

Junta directiva y Asamblea General

Presidente: Andreu Segura

Presidente saliente: Lluís Bohigas

Vicepresidenta: M. Dolores Fiuza

Tesorera: Rosa M. Urbanos

Vocalía coordinación Informes SESPAS: Soledad Márquez

Por la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears: Montserrat Casamitjana

Por la Sociedad Canaria de Salud Pública: M^ª Dolores Fiuza Pérez

Por la Asociación de Juristas de la Salud: Rafael Álvaro Millán Calenti

Por la Asociación de Economía de la Salud: Enrique Bernal Delgado

Por la Red Española de Atención Primaria: Luis García Olmos

Por Hipatia: Francisco Javier Cuberta

Por la Sociedad Española de Epidemiología: Teresa Brugal

Por la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica: Isabel Montero

Por la Sociedad Española de Sanidad Ambiental: José Vicente Martí Boscà

Por la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria: Ángel Fernández

Por la Asociación de Enfermería Comunitaria: José Ramon Martínez

Representaciones SESPAS Permanentes

Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo: Carles Ariza

Observatorio del Tabaquismo: Carles Ariza

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular: Susana Sans

Comisión Nacional Medicina Preventiva y Salud Pública: Joan Ramon Villalbí

Representaciones SESPAS en Estrategias

Diabetes: Mercedes Martínez

Tuberculosis: Carlos Martín

Plan Nacional Salud y Medioambiente: José Vicente Martí Boscà

Salud mental: Isabel Montero

Ictus: Juan Oliva

Comité Científico de los congresos EUPHA

M. Luisa Vázquez

ÍNDICE

Preámbulo	7
Consideraciones previas.....	7
Un nuevo concepto de salud pública	7
Objetivos generales	8
Funciones de la salud pública	9
Determinantes de la salud. Salud en Todas las Políticas.....	10
Clarificación de funciones por niveles de gobierno	11
Agencia Española de Salud Pública	12
Estrategia española de salud pública.....	14
Sistema de información e investigación	15
Profesionales de la salud pública	16
Sanidad exterior y salud internacional.....	16
Anexo 1	18
Anexo 2.	20

PREÁMBULO

El presente documento es el resultado de un proceso de consultas a una serie de socios de SESPAS en relación con las posibles líneas estratégicas que debe incorporar la futura ley estatal de salud pública.

Con el objetivo de recabar opiniones cualificadas sobre esta cuestión se diseñó un cuestionario (véase anexo 1) que fue cumplimentado por un total de 17 socios correspondientes a distintas sociedades federadas en SESPAS. Se establecieron dos niveles de participación: un primer nivel en el que la participación del experto se circunscribía a la cumplimentación del cuestionario, y un segundo nivel que implicaba, asimismo, la asistencia a una reunión presencial destinada a discutir el contenido de un primer borrador de propuesta elaborado a partir de las respuestas recogidas (véase anexo 2). Dicha reunión se celebró el día 13 de mayo de 2009 en la sede del Ministerio de Sanidad y Política Social, en un intento de fraguar un informe que pudiera suscitar el consenso del conjunto de SESPAS. Tras la incorporación de las aportaciones surgidas de la discusión se elaboró el presente documento que ha sido, asimismo, revisado por todos los participantes.

Las sugerencias y recomendaciones contenidas en el presente informe se presentan en distintos bloques temáticos que los expertos consultados han considerado como aspectos relevantes de la futura ley.

CONSIDERACIONES PREVIAS

La futura ley ha de sustanciar la reforma de la salud pública y de sus servicios, y debe configurarse como el instrumento normativo sobre el que se fundamente su modernización y adaptación a las nuevas necesidades. Ha de tenerse en cuenta, en todo caso, que la ley nacerá en un contexto de abundante regulación previa, fundamentalmente de ámbito autonómico. No obstante, también hay antecedentes de regulación estatal -recogida tanto en la Ley General de Sanidad como, particularmente, en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud- y de regulación europea e internacional -es el caso del Reglamento Sanitario Internacional de 2007, que exige a los Estados revisar y poner al día sus normativas sobre salud pública en sus aspectos técnicos-. Por ello es importante que la futura ley aborde lagunas hasta ahora no tratadas, respetando obviamente las competencias de las distintas administraciones, y que permita ejercer un papel coordinador.

UN NUEVO CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

En primer lugar, la ley debería incluir un capítulo de definiciones que contribuyera a evitar la confusión terminológica y a dotar de contenido los distintos conceptos. En este sentido, sería necesario que la ley definiera un **concepto de salud pública** acomodado a las necesidades del siglo XXI, **que impregne de forma transversal todas las políticas públicas de las Administraciones**. El concepto actual de salud pública se refiere a “la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud mediante el esfuerzo

organizado de la sociedad”¹. Así pues, la salud pública no es sólo un componente del sistema sanitario, sino que tiene una dimensión más general como infraestructura social que afecta a todos los sectores de la comunidad implicados en la salud.

Como **infraestructura social**, la salud pública promueve y coordina las actuaciones de los distintos sectores sociales implicados en la salud; valora y evalúa el impacto en salud de las iniciativas y actividades sociales y fomenta la consideración de la salud como una característica general en el diseño y la implantación de cualesquiera de las políticas emprendidas por los órganos competentes de la sociedad para conseguir que todas ellas sean políticas saludables.

Como **componente del sistema sanitario**, la salud pública contribuye al diseño de las políticas sanitarias mediante la valoración de la importancia relativa de los problemas de salud y el análisis de la susceptibilidad de estos problemas y de sus determinantes a las intervenciones; lleva a cabo la vigilancia epidemiológica y de salud pública y proporciona servicios colectivos de promoción y de protección de la salud a la población. Debido a la perspectiva colectiva que la caracteriza, la salud pública es el componente del sistema sanitario que mejor puede contribuir a la salud comunitaria y a la integración de los diversos elementos del sistema de salud.

OBJETIVOS GENERALES

Los retos crecientes de la nueva sociedad en materia de salud pública, derivados de las profundas transformaciones sociales y tecnológicas, de la multiculturalidad, de la globalización, de la movilidad de las personas y mercancías y de la aspiración de los individuos y de la sociedad a lograr el mayor grado de seguridad y de condiciones para una vida saludable obligan a la misma sociedad a dar respuestas efectivas, equitativas, éticas y transparentes.

Así, los objetivos generales de una ley estatal de salud pública deberían ser: (1) promover y proteger la salud pública como un valor social de primer orden en el contexto del nuevo paradigma expuesto; (2) garantizar la prestación de salud pública como un derecho individual y colectivo, prestada eficaz y proactivamente por quien tenga la responsabilidad de hacerlo, **con especial atención a la equidad y a la disminución de las desigualdades injustas** sean éstas territoriales, sociales, culturales y de género; (3) definir los ámbitos funcionales y de actuación de las administraciones competentes y otros agentes implicados y (4) garantizar jurídicamente las actuaciones limitativas de derechos que lleven a cabo las autoridades sanitarias.

La ley debería fijar los **ámbitos de responsabilidad** en materia de salud pública y establecer los **instrumentos de colaboración y cooperación inter-administrativa a través de estrategias integrales e integradas** que, buscando las sinergias, mejoren la eficacia y la eficiencia de sus acciones respetando los ámbitos competenciales del Estado, de las Comunidades Autónomas y de los municipios y otros entes locales, aplicando el principio de subsidiariedad cuando fuera necesario.

En este sentido la ley debe promover que las **políticas y actuaciones** en materia de salud pública sean **racionales, participativas, éticas** (sobre todo en aquellos casos en los que pueden

¹Acheson D. *Public Health in England: The report of the committee of inquiry into the future development of public health function*. London: HMSO, 1998.

existir conflictos de intereses entre particulares y la sociedad), **efectivas, eficientes, sostenibles, de calidad, basadas en la mejor evidencia disponible y en el principio de precaución.**

Por otra parte, la futura ley debería regular el ejercicio de la autoridad sanitaria y las **garantías de los derechos ciudadanos** a través de la compilación, aclaración y armonización de la normativa dispersa respecto de la intervención administrativa en materia de salud pública, así como el desarrollo de las medidas especiales que prevé la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril. Asimismo, el texto legal debería incorporar una tipificación de infracciones y sanciones propias y específicas del ámbito de la salud pública, que vendría a complementar el capítulo VI de la Ley General de Sanidad, sin perjuicio de las infracciones complementarias que puedan establecer los legisladores autonómicos.

Algunos de los principios rectores de la ley han de ser los de **transparencia y participación**. La ley debería establecer la garantía del derecho de los ciudadanos a la participación real y debería asimismo regular sus instrumentos, para que en el proceso de toma de decisiones que afectan a la salud se facilite una interlocución cercana y ágil con agentes sociales, sociedades científicas y profesionales y asociaciones ciudadanas que permita tener cuenta sus propuestas en las elaboración de las políticas.

Por otra parte, debería establecerse la **acción pública** con carácter general, al igual que ya se ha hecho en otras áreas, como el urbanismo y el medio ambiente, pero con mayor amplitud. No puede ignorarse que de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud —en adelante, SNS— se deriva un difuso derecho subjetivo colectivo, no ejercitable en la práctica, que se traduce en determinados deberes y obligaciones de actuar de las administraciones sanitarias que se producen en ausencia de demanda y, por tanto, con escasa o nula capacidad de reacción por la ciudadanía ante la inactividad de éstas. De aquí la importancia de valores tales como la información, la participación, la comunicación y la transparencia, que deben ser especialmente protegidas y promovidas desde las estructuras de salud pública.

Se trataría, por tanto, de **definir un derecho ciudadano** (fundamentalmente a través del asociacionismo, esto es, reconociendo la legitimación administrativa y procesal a asociaciones, organizaciones no gubernamentales, etc.) para la defensa y protección de los derechos individuales y colectivos, mediante el ejercicio, de un lado, de actividades de apoyo y de participación en políticas, planes, y gestión de la salud pública y, de otro, de acciones judiciales ante los tribunales de justicia.

FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA

En el momento actual, la ley no ha de pretender enumerar ni regular los tradicionales ámbitos de acción de los servicios de salud pública, como la prevención del tabaquismo o del alcoholismo, la seguridad alimentaria, la salud laboral, el medio ambiente, la tuberculosis, etc. Las **funciones esenciales de los servicios de salud pública** que sí debería recoger consisten en: (1) valorar las necesidades de salud de la población; (2) desarrollar políticas para mantener, proteger y promover la salud, valorando alternativas de intervención, su eficacia, coste y factibilidad; y (3) garantizar que se presten los servicios básicos de salud pública, y si es preciso proporcionarlos directamente.

En todos los niveles de la administración pública (local, autonómico y central) se recomienda que exista una organización o unidad identificable que asuma la responsabilidad principal de estas

funciones, y que tenga un enlace claro con un responsable político con presencia y capacidad de expresarse en el máximo órgano de gobierno.

Las funciones esenciales se desarrollan mediante unos **servicios básicos**, cuya gestión es deseable que esté integrada en una única estructura administrativa. En cualquier caso, cada nivel de gobierno debe examinar hasta qué punto se garantiza que las siguientes prácticas se dan de forma apropiada:

- a) Información sanitaria. Monitorización y valoración del estado de salud y sus determinantes.
- b) Vigilancia epidemiológica. Vigilancia de los riesgos para la salud y respuesta a alertas y emergencias.
- c) Protección de la salud. Actuaciones y servicios destinados a garantizar la salud de la población frente a los riesgos.
- d) Promoción de la salud. Capacitación a la población en temas de salud.
- e) Alianzas. Fomento de colaboraciones y alianzas con distintos agentes para generar salud.
- f) Políticas de salud. Desarrollo de políticas de salud pública y de apoyo a los esfuerzos de otros actores en favor de la salud.
- g) Autoridad sanitaria. Verificación y control del cumplimiento de regulaciones y normas para asegurar la protección frente a los riesgos.
- h) Conexión con servicios. Conexión de las personas con los servicios preventivos y sanitarios que necesitan.
- i) Gestión. Gestión de los servicios de salud pública buscando la excelencia.
- j) Investigación. Investigación y búsqueda de soluciones innovadoras para los problemas de salud.

DETERMINANTES DE LA SALUD. SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

La intervención pública en la mejora de la salud pasa sin duda por el control y mejora de los **determinantes de salud**. No se entendería que la nueva ley no priorizase la mejora de los factores condicionantes de la salud. La salud colectiva, además de la individual, depende de lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como **determinantes sociales** de la salud, es decir, aquellas construcciones sociales que permiten que unos seres humanos tengan más oportunidades de salud que otros. Estos factores determinantes son, además de una causa relevante de enfermedad en nuestro medio, la razón por la que existen las desigualdades en salud que han sido identificadas como un importante problema también en España. Para la OMS, la salud depende de la clase social, la etnia y el género al que pertenece una persona, matizadas por su nivel de educación e ingresos y por su ocupación a lo largo de su vida. En consecuencia, tanto el contexto socioeconómico y político como los modelos de gobernanza y las políticas públicas se constituyen en factores influyentes en la salud de las poblaciones. En este sentido, la ley debería ser consecuente con el concepto de **intersectorialidad** de los problemas de salud y de sus soluciones.

Haciendo abstracción de cuestiones competenciales, desde una perspectiva intersectorial deberían implicarse en la salud pública sectores tales como Educación, Trabajo, Agricultura, Urbanismo, Ordenación del Territorio, Movilidad y Transportes, Consumo, Servicios Sociales,

Dependencia, Tráfico, Medio Ambiente, Alimentación, Hostelería, Inmigración, Industria, Energía, Tecnología, Economía, etc.

Para conseguir que cualquiera de las políticas públicas sea saludable, de forma que todas ellas contribuyan a la mejora de la salud de la población, se requiere la creación de un nuevo órgano consultivo con la misión de garantizar la consideración de la salud como elemento general de todas las políticas públicas y de coordinar a las administraciones y actores relevantes, al que denominamos **Consejo de Salud Pública**.

Entre las funciones de este Consejo destacaría la de emitir un informe preceptivo, no necesariamente vinculante, previo a la autorización de cualquier iniciativa legislativa o gubernamental que pueda afectar a la salud de las personas y de las comunidades en el territorio español. La composición de este Consejo debería incluir a representantes de todos los organismos de las administraciones públicas que tengan una implicación directa o indirecta sobre la salud -incluyendo a representantes de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)-, y a representantes de las sociedades científicas y profesionales de la sanidad. Este Consejo debería ser presidido por la máxima autoridad política de la salud pública en la Administración General del Estado.

CLARIFICACIÓN DE FUNCIONES POR NIVELES DE GOBIERNO

Una vez definido el marco de actuación de la salud pública del SNS, es preciso determinar el nivel adecuado para la prestación de los distintos servicios de salud pública (local, comarcal, autonómico, nacional o supranacional), asignando funciones y responsabilidades y definiendo las relaciones con las demás estructuras sanitarias y no sanitarias para el mejor desarrollo de las estrategias de salud pública. Es necesario, pues, **clarificar las competencias** en el ámbito estatal de los distintos organismos que actualmente existen, así como clarificar las que deben ser abordadas desde otras administraciones sanitarias, garantizando los enlaces adecuados con las Comunidades Autónomas (CCAA), que tienen el grueso de las competencias de gestión, y garantizando la oportuna interacción con las instituciones europeas.

Por otra parte, sería necesario **redefinir las competencias de las entidades locales** en materia de salud pública. No puede atribuirse a todos los Ayuntamientos las mismas competencias en materia de salud pública. Debe hacerse una discriminación en función del número de habitantes, capacidad operativa y económica del Ayuntamiento, etc. Correspondería a la Ley estatal sentar unos criterios básicos, tratando de involucrar de algún modo al ámbito local en la toma de decisiones (particularmente a las grandes ciudades), para que después sean asumidos y desarrollados por la legislación autonómica en función de la realidad de cada Comunidad Autónoma.

Asimismo, la ley ha de regular las actividades fundamentales o básicas de salud pública a desarrollar necesariamente por todas las Comunidades Autónomas, estableciendo el “**mínimo**” que ha de cimentar la actuación de todas las Administraciones en materia de salud pública. Esto es, definir las funciones y servicios esenciales de la salud pública (indirectamente definidas en el Anexo I del Real Decreto que define la Cartera de Servicios sanitarios comunes del SNS), así como las infraestructuras esenciales de salud pública para desarrollarlos (centros de referencia, etc.).

Los servicios de salud pública de todos los niveles de la administración se pueden definir de acuerdo con unas líneas compartidas, velando por no invadir las competencias de los gobiernos autonómicos.

AGENCIA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA

La actual organización de los servicios de salud pública vinculados al gobierno central es poco adecuada para dar respuesta a las necesidades de la sociedad por haber seguido un proceso de fragmentación entre diversas estructuras, algunas de ellas vinculadas a ministerios sin responsabilidades en materia de sanidad, y por estar muy encorsetada su gestión, por lo que creemos oportuno explorar otras soluciones organizativas. Por ello, la Ley de Salud Pública puede ser una oportunidad para la creación de una **Agencia Española de Salud Pública**, que debería ser un organismo autónomo sometido a derecho público, adscrito al Ministerio competente en materia de sanidad, regido con criterios de profesionalidad en la elección y funcionamiento de sus órganos de gobierno, que deberían adecuar su funcionamiento a criterios de buenas prácticas de gobernanza, de manera que dichos órganos fuesen representativos e integradores, incluyendo en su Consejo de Gobierno a representantes de las Comunidades Autónomas y entidades locales con participación real y efectiva en las decisiones de la Agencia. De este modo podría resolverse uno de los problemas derivados del proceso de descentralización: la escasa **coordinación entre las distintas administraciones competentes** en las actividades de salud pública en España (central, autonómica y local). En la actualidad únicamente se dispone de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano que ha demostrado tener importantes limitaciones prácticas.

El artículo 5 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJPAC), diseña las Conferencias Sectoriales como órganos de cooperación y coordinación entre la Administración General del Estado y las Administraciones de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, las importantes funciones ejecutivas, de control, sancionadoras, etc., que debería ostentar la Agencia Española de Salud Pública no se compaginan bien con las limitaciones propias de las Conferencias Sectoriales. No obstante, el citado artículo 5 LRJPAC habilita al Estado para la creación de otros órganos de cooperación vertical y es harto flexible respecto al régimen de creación y funcionamiento. Conforme a este amplio marco legal, se trataría, en definitiva, de crear un órgano estatal, con presencia de representantes de los gobiernos subcentrales, cuyas decisiones se consideren propias de todas y cada una de las Administraciones implicadas. Este órgano bien podría ser el órgano directivo colegiado de la Agencia Española de Salud Pública. En cuanto a su estructura de gobierno, se apuntan a continuación algunas sugerencias que indican el modelo organizativo y de gestión que requeriría la citada Agencia.

Como es habitual, la estructura organizativa de los organismos autónomos administrativos se compone de órganos directivos individuales y colegiados. De carácter individual, el Gerente o Director, que asume la dirección y gestión ordinaria del organismo. Le correspondería ejecutar las decisiones del Consejo de Gobierno y, además, aquellas funciones exclusivas del Estado: sanidad exterior, etc, por lo que su nombramiento dependería del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS).

De carácter colegiado, el Consejo de Gobierno (o denominación similar). Al igual que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, debería integrarse de un representante del MSPS y de un representante por cada una de las 17 CCAA. Serían, pues, 18 miembros, cada uno de ellos nombrado por su respectiva Administración. Parece lógico que la presidencia la ostente permanentemente el representante del MSPS. Este órgano colegiado sería el órgano mixto y

multilateral en orden a la intervención directa de las CCAA en el proceso de decisión propio de la instancia estatal y garantizaría actuaciones integrales e integradas en salud pública. Asimismo, podría valorarse la oportunidad de que el Consejo de Gobierno pudiera participar en el nombramiento de algunos de los cargos directivos o de responsabilidad de la Agencia.

Obviamente, no habría de ser un mero órgano consultivo, sino que debería asumir funciones deliberantes y decisorias a ejecutar por el Director o Gerente y su equipo; funciones que, aun moviéndose en el ámbito de la competencia estatal –coordinación general sanitaria, alta inspección, salud pública supracomunitaria, sanidad de fronteras, etc.–, afectan decididamente a intereses y ámbitos competenciales autonómicos. Los acuerdos del Consejo deberían adoptarse por mayoría cualificada mediante un sistema de voto ponderado según criterios objetivos aceptados por todos, para, finalmente, vincular a todas las Administraciones sanitarias, las autonómicas y la estatal.

La Agencia debería ser, en suma, el **órgano coordinador e integrador** del grueso de los recursos específicos de la salud pública en la administración central, recogiendo las diferentes dependencias especializadas y de referencia de todos los ámbitos de la salud pública dependiente de la administración estatal, incluyendo la parte técnica (no política), de la actual Dirección General de Salud Pública, así como diversos servicios hoy adscritos al Instituto de Salud Carlos III (Escuela Nacional de Sanidad, centros nacionales y laboratorio, entre otros), así como la Agencia Española de Seguridad Alimentaria con un estatuto especial, y la dirección técnica de los servicios periféricos de Sanidad Exterior.

La citada Agencia debería marcar la planificación estratégica en salud pública, elaborando periódicamente propuestas plurianuales de estrategia y de actualización de la cartera de servicios en salud pública, de modo coherente con las estrategias de la OMS y de la Unión Europea. A tal fin debería establecer sistemas de información, y desarrollar su capacidad de diagnóstico y evaluación de la situación, así como de las políticas de salud pública en curso, para poder proponer opciones de actuación efectivas y factibles orientadas a corregir las desviaciones que se produzcan respecto a los objetivos.

La Agencia debería garantizar el desarrollo de la cartera de servicios de salud pública que se definan en cada momento y actuar como institución independiente de apoyo técnico y científico a las decisiones del ámbito político en materia de salud pública. Otra función de la Agencia sería la gestión de la transversalidad y la horizontalidad de las políticas de salud pública, coordinando y organizando los diferentes ámbitos de la administración central cuyas actuaciones se relacionan con este ámbito para superar la actual parcelación y estancamiento de los diferentes organismos entre sí. Para este fin podría contar con órganos ad-hoc, como una **Comisión de Salud en Todas las Políticas** que ayudara a integrar todas las acciones que afectan a la salud colectiva o, alternativamente, **comisiones intersectoriales** para coordinar determinados temas de especial relevancia -como vivienda y salud, alimentación y salud, o trabajo y salud-.

Asimismo, la Agencia debería dar apoyo técnico al gobierno central en su interlocución con las instituciones sanitarias internacionales, comunitarias y con las administraciones sanitarias autonómicas y locales, además de gestionar las redes de alerta sanitaria. También se le podría confiar el rol de elaboración y difusión de la información sanitaria dirigida a los profesionales y administraciones, asumiendo las funciones propias de la administración central en este campo. La Agencia debería garantizar la necesaria elaboración de información para el público general sobre los problemas de salud pública, dado que hoy en día las mejores fuentes en español suelen proceder del gobierno de los EEUU. Podría plantearse también que la Agencia asumiera tareas de apoyo a las Comunidades Autónomas en el desarrollo de sus competencias en salud

pública, por ejemplo en servicios de laboratorio o facilitando apoyo de personal técnico a las CCAA en situaciones que lo hagan necesario, al igual que hace el Center for Disease Control con los departamentos de salud de los estados o grandes ciudades en el contexto federal de los Estados Unidos. Para el cumplimiento de sus fines la Agencia podría actuar preferentemente mediante sus propios servicios, o bien contratando o en colaboración con otras organizaciones.

Para que la Agencia pudiera desempeñar este papel de liderazgo de forma real, es imprescindible una alta **legitimidad**. Ésta sólo puede basarse en la excelencia, construida sobre la profesionalidad de su gestión y su personal, y en sus buenas prácticas de gobierno, en la línea de lo que se ha propuesto.

La elaboración de la futura ley proporciona la ocasión de valorar la creación de un nuevo organismo como el descrito. No obstante, debe valorarse igualmente la posibilidad de que su organización y funcionamiento se ajuste a las líneas expuestas, tratando de evitar la proliferación de entes que no respondan eficaz y eficientemente a los problemas y las necesidades de la salud pública. En todo caso, es imprescindible que, con independencia de la forma concreta que adopten, la ley incorpore mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de la administración con competencias en salud pública y entre los distintos sectores implicados en los problemas de salud, diseñando elementos de gobernanza eficaces.

ESTRATEGIA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA

La futura ley de salud pública debería ser el soporte jurídico de una actuación más amplia, orientada al conjunto de la sociedad, que proponemos denominar **Estrategia española de salud pública**. Aspectos tales como la más amplia participación social y profesional, la información a los ciudadanos, la implicación de los agentes sociales, la investigación aplicada, la formación de los profesionales sanitarios, los grupos de población diana, el apoyo de todas las administraciones públicas relacionadas con la salud colectiva de los españoles, la innovación de las tecnologías, las necesidades de profesionales de salud pública y sus especialidades, los informes periódicos sobre la situación de la salud pública, entre otros, requieren de unas líneas estratégicas sobre las actuaciones de salud pública en toda España, consensuadas de la forma más amplia posible.

La Estrategia española de salud pública debiera partir de un documento básico, elaborado por la Agencia Española de Salud Pública (o como se denomine el órgano que reúna las competencias de la Administración General del Estado en este ámbito), validado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, y muy difundido para someterse a un amplio debate social, para ser finalmente aprobada por las mayoría de las administraciones públicas (locales, autonómicas y central) y los agentes sociales, en el seno del Consejo de Salud Pública. En último caso, también podría ser remitida al Parlamento Español para su superior consideración.

El desarrollo de la Estrategia española de salud pública, por períodos de tiempo definidos, que debieran ser superiores a una legislatura del Parlamento, debería realizarse mediante **Planes de Acción y Programas**. Con ellos se daría respuesta tanto a los acuerdos internacionales de España, particularmente en el seno de la Unión Europea, aunque también en otros organismos internacionales, como a las necesidades de intervención definidas en la Estrategia. Se trataría, pues, de llevar a la práctica los acuerdos alcanzados, dotados de los correspondientes presupuestos. A este respecto podría servir de ejemplo el Plan de Acción sobre Medio Ambiente y Salud en la Infancia, derivado de los acuerdos alcanzados en la Reunión interministerial de Budapest (2004) promovida por OMS Europa, y sobre el que los Ministerios implicados

directamente ya disponen de un documento base que encomendaron al Instituto de Salud Carlos III.

La **financiación complementaria** en el ámbito de la salud pública debería otorgarse sobre la base del cumplimiento de los diferentes planes de acción y programas. Para ello habrían de definirse los indicadores asociados a los objetivos generales, específicos y operacionales que permitieran evaluar adecuadamente tanto la marcha como el alcance de los planes y programas en cada Comunidad Autónoma participante. Por otra parte, las revisiones intermedias y finales de los diferentes planes y programas deberían someterse al Consejo de Salud Pública y, en su caso, remitirse al Parlamento.

La obligatoriedad de realizar el **Informe de Salud de los Españoles** serviría de instrumento de evaluación de la estrategia y mantendría informados de los logros de la misma tanto al Parlamento, como expresión más palmaria de la voluntad de los ciudadanos, como a los distintos sectores de la sociedad convenientemente articulada: ONGs, sociedades científicas, asociaciones de enfermos y/o afectados, etc. Este informe además evidenciaría los logros o los fracasos en la disminución de las desigualdades injustas entre Comunidades Autónomas y Entes Locales.

SISTEMA DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Tanto el diseño como la evaluación de la Estrategia española de salud pública exige disponer de un **sistema de información** que permita compendiar y tratar datos de fuentes diversas, elaborar una información normalizada y homogénea de apoyo a las actuaciones de los diferentes Administraciones con responsabilidad sanitaria, todo ello en función de unas normas y unos compromisos previamente determinados. Por ello la ley debería regular la existencia de un sistema de información compatible que permitiera agregar datos de todo el Estado español para las distintas líneas de acción que tienen que ver con salud pública, de manera que aunque las competencias estén descentralizadas la información sobre las acciones de salud pueda estar (al menos en un mínimo consensuado) agregada. En ausencia de la Agencia de Salud Pública propuesta, y dado que la Ley de Cohesión y Calidad designa al Consejo Interterritorial del SNS (en adelante, CISNS) como el órgano responsable de la definición de los objetivos y contenidos de la información relevante para el SNS, podría encomendarse a la Subcomisión de Sistemas de Información del CISNS la creación de un subsistema de información de Salud Pública. En todo caso, convendría que la ley estableciese principios generales a este respecto, explicitando los objetivos básicos del sistema de información, así como los elementos principales que han de definirlo (integración de información horizontal y sectorial disponible por parte de todas las administraciones, orientación útil para la acción, obligación de evaluar sanitariamente la información presente y futura, etc.). A este respecto habría que completar, en lo necesario, la Ley Orgánica de Protección de datos Personales y su Reglamento, en todo lo relativo a la obtención, utilización y dación a terceros de los datos e información tratada en materia de salud pública.

Por otra parte, si queremos una salud pública con una orientación científica, basada en la evidencia, es imprescindible incluir la **investigación** entre los principales objetivos de la ley. Su impulso requiere reforzar el sistema de producción de conocimientos, fijando los mecanismos para la definición de las necesidades de investigación, la transferencia del conocimiento para la acción en salud pública y el soporte económico necesario para desarrollar esas necesidades. Para mejorar la efectividad de la actividad investigadora, ésta debe estar muy ligada al ejercicio de la salud pública (con el objetivo de conocer mejor nuestra realidad y así incorporar elementos a los programas de actuación), ha de construirse el esquema traslacional de forma clara e intencionada (avenidas para que los problemas prácticos fluyan a los investigadores, y

para que éstos trabajen los problemas y las soluciones con los salubristas prácticos), y facilitar cauces de diseminación de la innovación y buenas prácticas. Estos objetivos se conseguirán más fácilmente si la salud pública cuenta con grupos de investigación consolidados que, trabajando en red, puedan no sólo producir conocimiento útil para la toma de decisiones y transferirlo activamente a quienes han de adoptarlas, sino también formar a los futuros profesionales de la salud pública, en programas de doctorado adecuadamente acreditados, en las habilidades y competencias que exige la investigación científica.

PROFESIONALES DE LA SALUD PÚBLICA

Disponer de profesionales adecuadamente formados constituye un elemento esencial para garantizar el desarrollo de la ley de salud pública. En este sentido, los programas formativos deben proporcionar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para un ejercicio profesional en salud pública competente. Unas competencias profesionales que deben ser definidas y actualizadas periódicamente por las sociedades profesionales de salud pública.

Asimismo, los programas formativos en salud pública deben ser capaces de integrar la diversidad de disciplina que la práctica profesional de la salud pública necesita para dar respuesta a los numerosos y variados problemas de salud de la población.

Por ello, la ley debería abordar la reforma (o habilitar para reformas ulteriores) la formación de grado, posgrado, especializada y continuada de los profesionales correspondientes. Para ello proponemos que, independiente del grado (Diplomatura o Licenciatura) de procedencia –en ciencias de la salud, experimentales, sociales o tecnológicas- la carrera profesional en salud pública se inicie con la realización de un **Máster de Salud Pública**, que proporcione los fundamentos conceptuales y habilidades básicas que acredite para la profesión de salud pública. A esta formación inicial la debe seguir una formación continua, que debe estar ligada a la carrera profesional, que sirva para reacreditar periódicamente las competencias profesionales.

SANIDAD EXTERIOR Y SALUD INTERNACIONAL

La futura ley debería ocuparse de regular los aspectos relativos a la **sanidad exterior**. A este respecto, ha de tenerse en cuenta que la regulación vigente se encuentra muy desfasada. El Reglamento de Sanidad Exterior data de 1934, complementado y parcialmente actualizado por el Real Decreto 1418/1986. Por otra parte, una Ley estatal de salud pública no debe contemplarse aisladamente desde y para el Estado español, sino que debe enmarcarse plenamente en las acciones de salud pública de la Unión Europea. Recuérdese que el artículo 152 del Tratado por el que se establece una Constitución para Europa (TCE) contiene la regulación comunitaria en materia de salud pública, y que ya son muchas la Directivas, Recomendaciones y Resoluciones dictadas en esta materia. En suma, la Unión Europea está inmersa en el logro de la unidad de criterios de los Estados miembros en el área de salud pública (también en el de la asistencia sanitaria transfronteriza), y el Estado español ha de situarse en estas coordenadas. Adicionalmente, la promulgación del nuevo reglamento sanitario internacional también hace necesaria la actualización de la legislación al respecto.

En otro orden de cosas, una de las oportunidades que abre la redacción de la nueva ley es la de adecuar los servicios y dispositivos del Gobierno de España a las necesidades de un mundo globalizado en el que nuestro país tiene un papel y un peso específico muy diferentes de

cuando se desarrolló la primera legislación sanitaria -precisamente dentro del Ministerio del Interior, en los primeros años del siglo XX-. Nuestros servicios de sanidad exterior están aún anclados en el paradigma Interior- Exterior desarrollado entonces, y están configurados como una “sanidad de fronteras”, orientados a intentar evitar los “peligros” que llegan de otros países. Esta orientación se ha demostrado poco efectiva en un contexto de elevada globalización, como ha podido constatarse en diversos momentos de las últimas décadas (sirvan como ejemplo la epidemia del SIDA o las pandemias de la gripe aviar y la gripe AH1N1).

Por ello deberíamos emigrar al paradigma de **salud internacional**, en el sentido de “considerar a España como un agente relevante de salud a escala internacional”. La misión de los servicios no sería únicamente la de evitar la importación de enfermedades transmisibles, sino la de contribuir de manera perceptible a un mundo más saludable y esto es posible por nuestro PIB, la posición del español y nuestra especial situación geoestratégica. Del mismo modo que España está considerada ahora como un agente relevante de paz a escala mundial, debería intentarse que también lo fuera en el ámbito de la salud.

La globalización ha forzado a que muchos de los departamentos ministeriales desarrollen funciones nuevas de carácter internacional, como ocurre con la cooperación sanitaria, que depende exclusivamente del Ministerio de Asuntos Exteriores y a la que corresponde una partida presupuestaria relevante, si bien desarrolla líneas de cooperación que, a pesar de tener sentido diplomático, carecen de sentido sanitario. Lo mismo sucede con el área de comercio, dado que la representación de España en la Organización Mundial del Comercio excluye al Ministerio de Sanidad y Política Social. En este sentido, podrían servir de ejemplo las experiencias del Reino Unido, cuya estrategia en la OMS conecta con su plan de salud nacional², y de Suiza, que plantea la reorganización administrativa de todos los servicios y departamentos del gobierno que influyen en la salud mundial³.

En definitiva, la ley abre la oportunidad de definir el papel que ha de jugar España en la salud internacional, y debe articular los mecanismos oportunos para lograr los objetivos que en su caso se propongan.

A este respecto, proponemos que la Estrategia de salud pública descrita anteriormente contenga un capítulo sobre salud internacional que especifique las acciones a realizar por el Gobierno de España y que concrete nuestras relaciones con la OMS, la Unión Europea y el resto de regiones del mundo que se consideren de interés (y, en particular, Latinoamérica).

² World Health Organization UK Institutional Strategy 2008–13. First published February 2009.

³ Swiss Health Foreign Policy Agreement on Health Foreign Policy Objectives, Federal Department of Home Affairs (FDHA) and Federal Department of Foreign Affairs (FDFA).

ANEXO I

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como objetivo obtener información que pueda ser trasladada a un documento destinado a orientar al Ministerio de Sanidad y Consumo en la elaboración de la futura **ley estatal de salud pública**. Dicho documento debería incluir recomendaciones acerca de los objetivos que debe fijarse la ley, de las áreas que debe abordar y de las principales estrategias a emplear, con el fin de que ésta resulte un instrumento útil y valioso en la política española de salud pública. En otras palabras, el documento resultante debería recoger cuáles han de ser, en opinión de un conjunto de personas altamente cualificadas, las líneas maestras del futuro texto legal. Por este motivo se ruega a quienes cumplimenten el presente cuestionario que detallen sus respuestas y argumenten el sentido de las mismas en la medida de lo posible.

1. En su opinión, ¿cuáles han de ser los objetivos de una ley estatal de salud pública?

2. En su opinión, ¿cuáles deberían ser (y por qué) las principales áreas de actuación de una ley estatal de salud pública?

3. ¿Considera que una futura ley estatal de salud pública debe formar parte de una estrategia más amplia?. En su opinión, ¿qué papel debería reservarse a la ley?

4. Teniendo en cuenta los objetivos que, según su opinión, debe plantearse la ley, ¿cree que su cumplimiento exige la creación de nuevos organismos administrativos?. Si es así, ¿cuáles y con qué fines?

5. ¿Debería la ley integrar o establecer directrices para algunos de los organismos actualmente existentes?. En ese caso, ¿qué organismos se verían afectados y qué orientación deberían tener dichas directrices?

Organismos afectados	Orientación directrices
...	

6. ¿Debe establecer la ley objetivos en salud medibles?

7. ¿Debería la futura ley de salud pública priorizar actuaciones sobre algunos grupos de población?

8. ¿Debería la futura ley concentrarse sobre los determinantes de la salud?

9. ¿Cree usted que es necesario regular de algún modo la formación y la acreditación de los profesionales que desarrollan su actividad profesional en el campo de la Salud Pública? En ese caso, ¿qué requisitos mínimos exigiría considerando el carácter inter y multidisciplinar de la Salud Pública?

10. ¿Considera necesario que la ley explicita mecanismos de colaboración intersectorial horizontal? En ese caso, ¿qué departamentos deberían verse afectados?; ¿qué instrumentos podrían resultar, en su opinión, más eficaces en la articulación de dichos mecanismos de colaboración?

11. ¿Considera necesario que la ley explicita mecanismos de colaboración vertical entre distintos niveles de gobierno dentro del país? En ese caso, ¿qué niveles deberían verse afectados?; ¿qué instrumentos podrían resultar, en su opinión, más eficaces en la articulación de dichos mecanismos de colaboración?

12. ¿Considera necesario que la ley explicita mecanismos de colaboración con otros países? En ese caso, ¿en qué áreas concretas?; ¿cuál sería, en su opinión, el ámbito geográfico de colaboración?

13. ¿Considera necesario que la ley explicita mecanismos de colaboración vertical entre la administración y organizaciones o asociaciones de carácter no gubernamental? En ese caso, ¿qué tipo de organizaciones deberían verse afectadas?; ¿qué instrumentos podrían resultar, en su opinión, más eficaces en la articulación de dichos mecanismos de colaboración?

14. ¿Debería incluir la ley algunas directrices relacionadas con los sistemas de información? En ese caso, ¿cuáles?

15. ¿Debería incluir la ley algunas directrices relacionadas con posibles mecanismos de evaluación y seguimiento de los objetivos preestablecidos? En ese caso, ¿cuáles?

16. ¿Debería incluir la ley aspectos relativos a la investigación en salud pública? En ese caso, ¿con qué orientación?

17. ¿Debería incluir la ley información relativa a la cartera de servicios de salud pública?

18. ¿Debería definir la ley cada uno de los principales ámbitos competenciales de la salud pública?

19. Añada aquí otros comentarios u observaciones que desee hacer constar, y que no estén recogidos en las respuestas a las preguntas anteriores.

ANEXO 2**PARTICIPANTES EN EL INFORME DE SESPAS SOBRE LA LEY DE SALUD PÚBLICA**

NOMBRE Y APELLIDOS CENTRO	Nivel participación
Rosa Urbanos Garrido (Universidad Complutense de Madrid)	Editora y coordinadora
Soledad Márquez Calderón (Consejería de Salud de Andalucía)	Coordinadora
Javier Aldaz Berruezo (Consejería de Salud de Navarra)	Experto, nivel 2
Carlos Álvarez-Dardet Díaz (Universidad de Alicante)	Experto, nivel 2
Juan Luis Beltrán Aguirre (Oficina Defensor Pueblo de Navarra)	Experto, nivel 2
Dolores Fiuza Pérez (Servicio Canario de Salud)	Experto, nivel 2
Fernando García Benavides Universitat Pompeu Fabra	Experto, nivel 2
José Vicente Martí Boscá (Consejería de Salud de Valencia)	Experto, nivel 2
José M ^o Ordóñez Iriarte (Consejería de Sanidad de Madrid)	Experto, nivel 2
Josep Lluís de Peray Baiges (Dirección Gral de Salud Pública Cataluña)	Experto, nivel 2
Andreu Segura Benedicto (Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona)	Experto, nivel 2
Joan Ramón Villalbí Hereter (Agència de Salut Pública Barcelona)	Experto, nivel 2
Ferran Ballester Díez (Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia)	Experto, nivel 1
Xurxo Hervada Vidal (Consejería de Salud de Galicia)	Experto, nivel 1
Carmen Navarro Sánchez (Consejería de Salud de Murcia)	Experto, nivel 1
Vicente Ortún Rubio (Universitat Pompeu Fabra)	Experto, nivel 1
José Ramón Repullo Labrador (Escuela Nacional de Sanidad)	Experto, nivel 1
Marisol Rodríguez Martínez (Universidad de Barcelona)	Experto, nivel 1
Dolores Salas Trejo (Consejería de Salud de Valencia)	Experto, nivel 1
Cristina Torró García-Morato (Consejería de Salud de Andalucía)	Experto, nivel 1



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Calvet, 30 - 08021 Barcelona

Tel: 932017571 Fax: 932019789

E-mail: sespas@suportserveis.com

www.sespas.es