

INFORME SOBRE LA AGENCIA ESTATAL DE SALUD PÚBLICA.

PROPUESTAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS) PARA SU DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO.

SESPAS y Escuela de Salud Pública de Menorca, Lazareto del Puerto de Maó, septiembre de 2021



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

ISBN: 978-84-09-34953-1

Producido por la Sociedad Española
de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

Parc TecnoCampus Mataró-Maresme Edifici TCM2

Planta 2. O3. Avda Ernest Lluch, 32

08302 Mataró, Barcelona

<https://sespas.es/>



COORDINADORES

Ildefonso H. Aguado

Daniel G. Abiétar

Índice

Resumen	4
Recomendaciones	9
1. Introducción y propósito del Informe	15
2. Metodología para la elaboración del Informe	19
3. Antecedentes	21
3.1. Marco legal y contexto institucional.	21
3.2. Instituciones de salud pública de referencia.	25
3.3. La oportunidad de una Agencia Estatal de Salud Pública.	36
4. Misión, visión y valores.	44
Misión	44
Visión	44
Valores	44
5. Principios rectores y de buena práctica de la AESP	46
6. Elementos definitorios del Agencia Estatal de Salud Pública	49
6.1. Forma jurídica	49
6.2. Programación de los objetivos de la agencia	51
6.3. Adscripción	53
7. Estructura	54
7.1. Estructura orgánica	54
7.2. Estructura funcional	57
8. Ejercicio de sus competencias	61
9. Recursos financieros	63

9.1. Régimen jurídico del personal conforme al marco del artículo 108 quater de la ley 40/2015.	63
10. Diseño institucional	64
10.1. Requisitos para la puesta en marcha de la AESP	66
10.2. Áreas funcionales de la AESP	68
ÁREAS TRANSVERSALES:	68
ÁREAS TEMÁTICAS:	70
11. Funciones de la Agencia Estatal de Salud Pública.	74
11.1. Gestión directa de las funciones esenciales de salud pública que corresponden al nivel estatal	74
11.2. Funciones de asesoramiento y apoyo	78
12. La AESP y el lago de datos	82
13. Los profesionales de la AESP	85
ANEXO I	89
ANEXO II	92
ANEXO III	95

Resumen

El Gobierno de España, en aplicación de la Ley 33/2011 General de Salud Pública y estimulado por la actual crisis sanitaria, ha decidido impulsar la creación de una institución estatal de salud pública enmarcada en la reforma del sistema de salud pública y descrita en el componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (Gobierno de España, 2021). El Plan indica que debe configurarse como un centro de excelencia que ejerza funciones en dos ámbitos principales: Vigilancia en salud pública, evaluaciones de riesgos y análisis de la situación en salud de la población española; y, Preparación y coordinación del sistema sanitario ante amenazas para la salud pública, principalmente de carácter epidémico, pero también ante otras crisis sanitarias consecuencia de, por ejemplo, el cambio climático (incremento de temperaturas, inundaciones, etc.). Se indica que debe también monitorizar y evaluar la Estrategia de Salud Pública, y aportar capacidades técnicas y científicas al diseño y evaluación de políticas de salud y a la mejora de los servicios de salud pública y sus actuaciones. La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), que tiene entre sus fines la promoción del buen gobierno de la sanidad y el desarrollo efectivo de las políticas de salud, considera que la creación de una Agencia Estatal de Salud Pública es una oportunidad para transformar las políticas de salud y mejorar la salud de la población española además de constituirse en una pieza clave en la Estrategia Nacional de Largo Plazo (España 2050). Por ello, y desde la perspectiva de servicio a la sociedad, decidió contribuir a su proceso de creación redactando este informe, que pretende recoger propuestas que faciliten las decisiones sobre la configuración de esta nueva institución desde una perspectiva científica, técnica e independiente, y basada en los valores e ideas que fundamentan la salud pública.

Con este objetivo, SESPAS creó un amplio grupo de trabajo con personas expertas, procedentes de diversos ámbitos relacionados con la salud pública y de sus diez sociedades científicas federadas. Este grupo de trabajo ha revisado el marco legal e institucional a nivel nacional e internacional para organismos similares, recopilando y seleccionando las contribuciones científicas y técnicas más relevantes para la configuración de un organismo que

sea capaz de liderar y coordinar la salud pública estatal. El documento final no solo aspira a realizar recomendaciones sobre el mejor diseño institucional y funcional de la Agencia, sino también a iniciar y catalizar un diálogo que profundice en las mismas.

La crisis social, ecológica, sanitaria y económica acrecentada por la COVID-19 supone un reto de extraordinaria magnitud para la salud pública española. No solo por las debilidades propias de esta última, sino también por la magnitud, complejidad e inminencia de los retos a los que se enfrenta la salud poblacional en todo el mundo, retos cuya respuesta requiere de instituciones coherentes. Por ello, aquellos países con mejores políticas de salud ya han emprendido cambios de calado en sus agencias y otras organizaciones de salud pública. No hay pues duda sobre la oportunidad de crear en España un organismo que contribuya a diseñar una política de salud integral, garantizar la seguridad sanitaria y abordar de manera solvente los retos presentes y futuros para la salud pública. Dicho organismo deberá contar con suficientes capacidades y recursos para ejercer el liderazgo y coordinación de una red de centros, así como una fuerza humana, científica y tecnológica que aportará valor añadido a las instituciones que influyen y están implicadas en la salud poblacional, incluyendo la ciudadanía y los actores políticos. La reciprocidad será un elemento fundamental de dicha red, y para que esa reciprocidad exista es clave que la nueva institución se acompañe de una mejora del sistema de salud pública, pues de la mano de la creación de una Agencia Estatal de Salud Pública deben producirse otros esfuerzos presupuestarios, tanto estatales como autonómicos y municipales, de apuesta por la salud pública y la seguridad sanitaria. La creación de la Agencia Estatal unida al refuerzo del sistema de salud pública tendrá indudables beneficios humanos, sociales y económicos; responderá a las necesidades históricas de este ámbito; y aprovechará la ventana de oportunidad que la gran crisis sanitaria y social vivida ha generado.

A la futura Agencia le es exigible un alto nivel científico y de profesionalidad en las acciones de salud pública que tenga encomendadas y una buena gobernanza para que ejerza el poder que se le conferirá de un modo socialmente eficaz, competente, íntegro, equitativo, transparente y responsable. Además, deberá ceñirse a los principios de actuación establecidos normativamente para las Administraciones sanitarias: equidad, salud en todas las políticas, pertinencia, precaución, evaluación, transparencia, integralidad y seguridad. Para lograr la

excelencia científica y técnica y para adherirse a los principios de buena administración, en este informe se ha previsto una estructura orgánica acorde. Un diseño institucional que prevé fórmulas de dotación de los órganos de gobierno que primen la excelencia, así como órganos que garanticen el buen gobierno.

La forma jurídica óptima para la nueva institución, de acuerdo con el contexto jurídico y las funciones previstas, es la de “agencia”, ya que esta forma tiene capacidad de ejercicio de potestades administrativas y se caracteriza por la autonomía, la agilidad y la flexibilidad en la gestión, la transparencia, la rendición de cuentas y la evaluación por resultados. Una Agencia Estatal de Salud Pública (AESP) adscrita al Ministerio de Sanidad, a través de la Secretaría de Estado de Sanidad, puede asumir competencias de gestión directa. Tanto las previstas en el citado Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, como generando y trasladando conocimiento a los distintos niveles de gestión; a la propia Administración General del Estado, las CC.AA. y las entidades locales.

La AESP deberá adoptar una estructura organizada en red, que requerirá para su funcionamiento de un nodo coordinador, 17 nodos autonómicos y una serie de nodos temáticos y técnicos. Incluirá además una red de personas expertas. El nodo coordinador de la AESP no será un nodo central ni centralizador que asume todas las tareas, sino que dinamizará la red para asegurar la ejecución de las líneas de actuación acordadas en sus órganos colegiados de gobierno, encargándose de alinear los recursos y servicios disponibles. Se trata de articular una red de instituciones que, contando con todas las capacidades -estatales, de las comunidades autónomas, y las supraestatales que sean-, estimulará la inteligencia de salud pública nacional e internacional. Dicha inteligencia deberá ser puesta al servicio de las administraciones públicas, las entidades y organizaciones sociales de toda índole, las empresas y el conjunto de la sociedad.

Sobre su organización funcional, la agencia deberá contar con unas áreas transversales y otras áreas temáticas. Las áreas transversales concentrarán recursos humanos y materiales especializados, que trabajarán al servicio de las áreas temáticas, y proveerán los medios para que éstas puedan llevar a cabo sus objetivos. Entre las áreas transversales consideradas se podrían citar: Epidemiología y ciencias de datos, sistemas de información, y prospectiva; Identificación y

análisis de políticas e intervenciones; Visualización de datos y estrategia comunicativa; Capacitación competencial y fomento/retención del capital humano; e, Innovación en salud pública. Las áreas temáticas serían los grandes ejes en los que la AESP aportaría valor estratégico, suponiendo un revulsivo en la forma de hacer salud pública. Así, se trataría de convertir los retos de la salud pública del siglo XXI en líneas específicas de desarrollo del conocimiento y de la acción de la AESP, actualizando el esquema consuetudinario de disciplinas o funciones de la salud pública. Entre las áreas temáticas consideramos fundamentales al menos las cuatro siguientes: Vigilancia de salud pública e información sanitaria; Salud y equidad en salud en todas las políticas y “una sola salud”; Políticas e intervenciones en salud pública; Evaluación de políticas de salud.

En lo relativo a las funciones, una tarea esencial de la AESP deberá ser asesorar en materia de salud pública, así como apoyar las iniciativas, acciones o cambios requeridos para mejorar la salud en la población. Entre los destinatarios de las funciones de asesoramiento y apoyo de la AESP se encontrará la administración sanitaria y también otras administraciones (como medioambiente, trabajo, educación, alimentación, consumo, igualdad o ciencia), estatales, autonómicas y locales. Y, del mismo modo, la voz de la AESP deberá ser referente para gobiernos y parlamentos, para sectores productivos y de servicios (como alimentación o turismo), para entidades sociales y ciudadanas, para empresas y trabajadores, para profesionales e investigadores de la amplia variedad de disciplinas relacionadas con la salud pública, así como para la ciudadanía.

Será asimismo estratégico disponer de profesionales de salud pública con altas capacidades científicas y técnicas, por lo que una de las funciones transversales de la AESP deberá ser la capacitación competencial, el fomento del bienestar laboral y la retención consecuente del capital humano, interactuando con las administraciones e instituciones concernidas para conseguir, lo antes posible, una fuerza profesional en salud pública con el volumen y la calidad necesarias.

El alcance de las funciones de salud pública de gestión directa que asumirá la AESP dependería de las competencias de la Administración General del Estado que quieran incorporarse a la Agencia. Entre ellas se pueden incluir las siguientes: la planificación estratégica

de salud pública estatal, incluyendo la seguridad sanitaria (preparación ante amenazas y respuesta en crisis sanitarias); la priorización de políticas de salud pública y las estrategias de comunicación; la valoración el estado de salud de la población y de sus condicionantes sociales; la transversalidad y la horizontalidad de las políticas de salud (salud y equidad en salud en todas las políticas estatales); y la verticalidad de dichas políticas (servir de nexo enriquecedor entre el nivel de la Unión Europea y las administraciones de las comunidades autónomas y locales). Existen otras funciones que también podría asumir, siempre previa valoración de la eficiencia de la Agencia para la gestión de estas.

97Por último, este informe incluye diversas recomendaciones concretas sobre los principales elementos a tener en cuenta en la creación de la futura Agencia Estatal de Salud Pública que se exponen a continuación.

Recomendaciones

A continuación, se describen las principales recomendaciones fruto del proceso colectivo de redacción, evaluación y deliberación sobre este informe, que culminó el 24 de septiembre de 2021, en el Encuentro virtual “El futuro Centro Estatal de Salud Pública” organizado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria en el marco de la Escuela de Salud Pública de Menorca.

1. El modelo de estructura institucional que se propone para el Centro Estatal de Salud Pública es el **modelo “agencia”**. Con ello, se dota de independencia técnica a la Agencia Estatal de Salud Pública (AESP) desde un contrato marco que define sus responsabilidades. Además, este modelo permite la ejecución de funciones de gestión directa, así como la influencia de la AESP en las políticas de salud pública, sustentándose esta última en su **prestigio**. Prestigio al que se llegaría a través de su **buen gobierno**, del **rigor científico-técnico** en sus actuaciones, del ejercicio de la **coordinación territorial** priorizando la **equidad y** de una estética propia que cuide la puesta de escena y su discurso sobre la salud, mediante una **estrategia de comunicación**.
2. La AESP debe ser una pieza fundamental de **la Estrategia Nacional de Largo Plazo (España 2050)** a fin de lograr **una España más sostenible, saludable y competitiva** que la actual con el beneficio conjunto de la toda la ciudadanía. Por ello la AESP debe crearse como institución que contribuya decisivamente a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, a preparar nuestro estado de bienestar para una sociedad más longeva, y a establecer sinergias con otras políticas de gobierno que faciliten la transición ecológica.
3. La AESP nace para **reforzar la inteligencia colectiva de la salud pública en España**. El objetivo principal es **liderar y coordinar la mejora cualitativa y cuantitativa de las funciones esenciales de salud pública que le sean asignadas y el apoyo catalizador a las implementadas en el conjunto del sistema de salud pública español (ver recomendación 6)**. No se trata únicamente de reunir centros ahora dispersos para evitar dispersión y

duplicidades, lo que es deseable, se trata de configurar una Agencia capaz de contribuir a la Estrategia Nacional de Largo Plazo maximizando la eficiencia y la orientación innovadora y común en el desempeño de las actuaciones de salud pública estatal, así como su coordinación y eficiencia con las agencias supranacionales y con las funciones propias de administraciones autonómicas y locales en materia de salud pública.

4. El contexto histórico, político y social en España, así como las funciones previstas para la AESP, hacen que **su estructura deba ser necesariamente en red**. La AESP contaría con los mejores recursos en salud pública existentes en España, así como con la inteligencia colectiva agrupada de los distintos componentes de la red, incluyendo estructuras de las distintas **administraciones** y también otros **centros y recursos de excelencia en salud pública** de diversa naturaleza. A su vez, dichos recursos e inteligencia deberían circular por dicha red, disponiendo las mejores capacidades del conjunto donde sean necesarias y solventando problemas de desigualdades territoriales. Así, la estructura de la AESP sería **paraguas** de nodos autonómicos, sin cesión de competencias ni recentralización de estas. Los nodos autonómicos se organizarían como cada comunidad autónoma lo determine para conseguir la máxima eficiencia.
5. La AESP actuaría como institución interdependiente en una red de servicios de salud pública, así como de centros de excelencia, expertos e incluso otros sectores de la administración. El **prestigio** de la institución sería un valor instrumental fundamental para que esta tenga una verdadera influencia en su labor inductora. Este prestigio se alcanza, entre otras cosas, **mediante el buen gobierno, asegurando la independencia de las designaciones de cargos unipersonales, la independencia técnica (a partir del contrato marco con el Ministerio de Sanidad)** y la capacidad para **atraer y retener talento con unas políticas de personal atractivas y flexibles**, acorde a estos fines.

6. Las funciones sobre las que la AESP fundamentaría su trabajo de coordinación y, en ocasiones, de ejecución, se enumeran a continuación. Las 7 primeras son funciones de gestión directa (“lo que hace la AESP”), mientras que las 4 últimas son de asesoramiento y apoyo, eminentemente de catalizar la acción de los distintos actores (“lo que facilita hacer la AESP”):

6.1. La **vigilancia en salud entendida como una vigilancia integral**, que incluya desde los determinantes proximales de la salud hasta los más distales -relacionados con los activos comunitarios y las políticas públicas y privadas que afectan a la salud de las personas-, incluyendo inexcusablemente los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, esta función debe incluir el liderazgo y coordinación de la Red de Vigilancia en Salud Pública (RENAVE), debiendo esta integrarse plenamente en la AESP que a su vez se coordina con los organismos supranacionales correspondientes.

6.2. La **preparación del sistema sanitario ante alertas y amenazas para la salud pública**, las relativas a enfermedades transmisibles, y cualquier otro tipo de alertas (como por ejemplo catástrofes naturales o accidentes industriales), y la coordinación de las respuestas a las mismas. Estas respuestas deben partir del **reconocimiento institucional del papel clave de los servicios de salud pública y centros de excelencia** en dichas crisis, así como de la **creación y fortalecimiento de espacios intersectoriales comunes previamente construidos** (no solo dentro de la administración, sino también fuera de esta, con otros agentes clave para la salud pública, como el tercer sector).

6.3. El **apoyo, coordinación, seguimiento y evaluación de las estrategias relacionadas con la salud pública**, incluyendo el seguimiento y la evaluación de la **Estrategia de Salud Pública**, pilar de la aplicación del principio de **Salud en Todas las Políticas** y del enfoque **Una Sola Salud** estableciendo los mecanismos de coordinación con otras áreas del Gobierno.

6.4. **La interacción y coordinación con organismos supranacionales** en materia de salud pública. La verticalidad en sus relaciones institucionales también debe beneficiar los niveles infraestatales (autonómico y local) que participan y contribuyen a su vez a esta interacción.

6.5. **La evaluación de políticas y programas con impacto en la salud pública.** Función insigne y prioritaria de la AESP. Por su estructura orgánica en red, su carácter multidisciplinar e intersectorial, la AESP llevaría la evaluación de políticas y programas con un impacto sobre la salud, propuestos o ejecutados desde cualquier sector.

6.6. **La participación en el funcionamiento de la Comisión Salud Pública y de las Ponencias relacionadas con la salud pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS).** Siendo Comisión y Ponencias agentes clave para la toma de decisiones políticas en materia sanitaria y de salud pública, la AESP se implicaría en la planificación y seguimiento de su agenda con su aporte científico técnico. Así, entre otras cuestiones, la AESP participaría en la revisión y actualización de la **Cartera de Servicios de Salud Pública del SNS.**

6.7. El asesoramiento y la **financiación para facilitar la acción innovadora en salud pública a través de programas e intervenciones que puedan llevar a cabo las administraciones autonómicas y locales y/o sus entidades/colectivos aliados en la sociedad,** y su mejora progresiva bajo criterios científicos.

6.8. El apoyo y asesoramiento para la **estrategia comunicativa y de respuesta ante demandas o necesidades de información en las administraciones y en la sociedad.** La AESP debe posicionarse en asuntos de importancia para la salud poblacional (desde el uso de mascarillas -cuándo, cómo, dónde- hasta recomendaciones sobre otros determinantes de la salud con impacto mediático).

6.9. El apoyo y asesoramiento para el **desarrollo de legislación básica con un impacto sobre la salud pública**, así como la **trasposición de legislación europea** al respecto. Con este objetivo, la AESP pondría a disposición de las administraciones las fórmulas legales más efectivas y con mejor calidad normativa para la ganancia en salud.

6.10. Desarrollo de **políticas y prioridades de formación** (competencias profesionales), **de desarrollo** (carrera profesional) y **de investigación en salud pública**.

6.11. El apoyo y asesoramiento para la **toma de decisiones** que afecten a la salud pública, determinando procesos deliberativos, participativos y participados, estructurados, transparentes, documentados y evaluados.

7. La Agencia Estatal de Salud Pública tendría, entre sus mandatos, el **cumplir, y hacer cumplir, el artículo 4 de la Ley General de Salud Pública, sobre el derecho a la información en materia de salud pública de la ciudadanía**. Ello debe ser establecido como finalidad en los datos que la AESP recoja, procese, analice, difunda o comunique. De igual manera debe ser establecida esta finalidad por todas aquellas instituciones que colaboren con la AESP, en lo que se refiere a la cesión o acceso a los datos que gestionen y que sean incorporados a la información que, en materia de salud pública, gestione la AESP para dar cumplimiento a sus funciones.

8. En lo relativo al **data-lake sanitario en desarrollo**, la AESP debe estar en dicho proceso, a fin de asesorar y evaluar las políticas y programas de salud pública. Es también un requisito para la integración vertical de la AESP con los organismos internacionales.

9. La AESP tendría dos líneas: **preparar el lago de datos sanitarios (que debiera ser “lago de datos de salud”**, y preparar también su futura utilización y explotación basada en el conocimiento existente) además de **seguir con el mantenimiento (e incluso montaje) de los sistemas de información en salud existentes (no solo sanitarios), preparándolos para un uso diferente y un mejor acceso**. Respecto a esta última línea, el objetivo de la AESP debe ser el **uso de sistemas de información locales**, no la expropiación de estos (lógica de no injerencia). Esto se consigue explicitando que el objetivo verdadero de la AESP sería conseguir una **estructura de modelo de datos común, que no sistemas de información idénticos**. Los datos deben ser interrogables en cualquier momento.

10. La **innovación** en la AESP, también desde su propia creación como Agencia, requeriría de la **participación de las generaciones de jóvenes profesionales vinculados con la salud pública en sus múltiples facetas**, ya que son quienes afrontarían los retos del futuro. Del mismo modo, la AESP necesita partir de, y mantener, **fuertes vínculos con la sociedad a la que presta sus servicios**, estableciendo vías directas de participación y colaboración para conocer sus necesidades y activos, percepciones y expectativas en relación con la salud.

11. En el ámbito de la investigación, la conformación de la Agencia debería adoptar **un modelo que permita interacción constante de sus profesionales con los ámbitos académicos y centros de investigación**.

1. Introducción y propósito del Informe

La pandemia de la COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de la salud pública, no sólo como el conjunto de disciplinas científicas y profesionales¹, sino también como una institución imprescindible para la adecuada gobernación de las sociedades², y que va más allá de lo que se entiende por Sanidad Pública³

Gro Harlem Brundtland, a propósito de la epidemia de SARS en 2003 y en el desarrollo de sus responsabilidades como directora general de la OMS, advirtió explícitamente de la eventualidad de la presentación de nuevas pandemias y recomendó encarecidamente a los países que reforzaran y mejoraran sus dispositivos de salud pública, tanto cualitativa como cuantitativamente⁴. Recomendación que, lamentablemente, no ha sido atendida en casi ningún país.

Este hecho, ha sido recordado recientemente por la Subdirectora General de la OMS, Zsuzsanna Jakab, que identifica cuatro motivos que deben incentivar a todos los países para invertir en salud pública y reforzar sus instituciones: (1) la transparencia y la confianza; (2) los beneficios socioeconómicos; (3) la protección de la salud colectiva; y, (4) el intercambio de conocimientos y la equidad⁵.

Una necesidad que se justifica, como ha señalado Alfredo Moravia⁶, por la especificidad de los conocimientos, habilidades y hasta actitudes que deberían caracterizar el ejercicio

¹ En el sentido de la definición del *Institut of Medicine*, como "todo aquello que desde la sociedad hacemos para mantener y mejorar la salud de la población"

² En el sentido que supuso la promulgación en 1848 de la *Public Health Act*. Disponible en: Calman K. The Public Health Act and its relevance to improving public health in England now. *BMJ* 1998; 317: 596-8.

³ Porta M, Greenland S, Hernán M, dos Santos Silva I, Last M, eds. A dictionary of epidemiology. 6ª edición. Nueva York: Oxford University Press; 2014. <http://cort.as/-AkDz>

⁴ Brundtland G H. Comunicado de prensa. OMS. 5 de julio 2003. Accessible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr56/es/>

⁵ Jakab Z, Selbie D, Squires N, Mustafa S, Saikat S. Building the evidence base for global health policy: the need to strengthen institutional networks, geographical representation and global collaboration. *BMJ Glob Health*. 2021 Aug;6(8):e006852 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8362694/>

⁶ Editor de la revista americana de salud pública y que ha denunciado la falta de liderazgo salubrista. Moravia A. The Public Health we need. *Am J Public Health* 2020; 110: 923-4.

profesional de las personas que se dedican a la salud pública. Saberes, destrezas y actitudes que proporcionan la pericia y el criterio apropiado para lidiar con este tipo de problemas. Y que, como es obvio, requieren formación y experiencia en salud pública que, a diferencia de la labor clínica, se focaliza en la salud poblacional. Una visión imprescindible para reconocer, identificar, analizar, comprender hasta donde sea posible y tratar de modificar favorablemente los problemas colectivos de salud.

Estas características de la salud pública pueden amortiguar la confusión y el desasosiego de la ciudadanía que inevitablemente se producen en situaciones de incertidumbre. Incluso o todavía más, cuando el alud de datos de significado incierto nos bombardea cotidianamente y la información relevante se diluye en un mar de ambigüedades y de contradicciones.

Formación y experiencia que pueden proporcionarse desde unas **instituciones que, además de imparciales y equánimes, sean prestigiosas, acreditadas y creíbles por la ciudadanía, con profesionales competentes y solventes**. También, capaces de informar con rigor desde la evidencia disponible en cada momento y tras su evaluación crítica, de forma comprensible y oportuna, disponiendo de los recursos adecuados para desarrollar sus funciones, rindiendo cuentas públicamente, argumentando sus decisiones e incorporando permanentemente las mejoras apuntadas por las evaluaciones periódicas. Tanto las instituciones como las personas expertas deben tener una perspectiva europea, superando las limitaciones de una visión estrecha desde la óptica española. Sin olvidar que una parte importante de las diferentes acciones llevadas a cabo entre diferentes países vecinos -y las declaraciones realizadas por diferentes expertos- han dado lugar a contradicciones, dificultando el entendimiento por parte de la población de las medidas que se implementaban en cada lugar. Instituciones que además de respetar las leyes vigentes, sean capaces de promover la aplicación, desde la perspectiva de la evidencia científica y la ética, de aquellas consideraciones que, por un lado, faciliten la convivencia entre las comunidades, grupos y personas que constituyen la ciudadanía española y, por otro lado, contribuyan a la mejor comprensión y comunicación de las decisiones sanitarias para la protección de la salud comunitaria.

La necesidad de este tipo de instituciones ha quedado patente con la experiencia de la pandemia, lo que supone también una oportunidad para su fomento y desarrollo como reclaman diversas instancias⁷. Se requiere por tanto de una iniciativa que, al menos parcialmente, se pretende catalizar mediante la propuesta presente, que tiene carácter de documento de trabajo.

El propósito principal de este Informe es el de promover y contribuir al proceso de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, y de estimular la participación de las instituciones y personalidades que sepan, quieran y puedan mejorar sus planteamientos para, en último término, conseguir la materialización de la Agencia en un tiempo razonablemente breve⁸. Se ha tratado de que las propuestas y recomendaciones contenidas en el documento sean abiertas en forma de sugerencias dirigidas a todos los actores que participen en la configuración de la Agencia aportando argumentos sobre las ventajas e inconvenientes de las diversas opciones sobre su diseño y funcionamiento.

Con este propósito general, el objetivo de este Informe es el de explorar, desde una perspectiva técnico-científica y de diversidad ideológica, los retos que plantea la conformación de un futuro Centro Estatal de Salud Pública, tal como se refleja en el componente 18 del Plan de Renovación, Transformación y Resiliencia. En concreto se comparten análisis e interpretaciones sobre los siguientes aspectos:

- La necesidad de una Agencia Estatal de Salud Pública.

⁷ Véase, por ejemplo, la octava recomendación de la ponencia sobre paternalismo y libertad del encuentro anual del grupo de Ética y Salud Pública que literalmente reza: "Aunque la última palabra sobre la legitimidad de las medidas de salud pública la tiene la ciudadanía a través de sus representantes democráticamente elegido, es conveniente que existan Agencias de Salud Pública integradas por expertos de reconocido prestigio, independientes ideológicamente y estables en el tiempo, que ayuden a tomar decisiones científicamente bien formadas." Segura A, Puyol A (compiladores) Salud Pública y Covid-19. Cuaderno 58. Barcelona: Fundación Grífols. Accesible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/58-salud-publica-y-covid>

⁸ Las buenas intenciones de los autores del documento no garantizan en absoluto su calidad ni su utilidad por lo que además de eventuales conflictos de interés y sesgos cognitivos involuntarios e inconscientes asumimos públicamente nuestra condición de profesionales de la salud pública y, por ello, personalmente interesados en la promoción y el desarrollo de las instituciones, las materias y disciplinas académicas, y los puestos de trabajo relacionados con la salud pública, de modo que nos declaramos expuestos a un sesgo de corporativismo que podría modular, en el sentido de distorsionar, nuestros pareceres y nuestras recomendaciones.

- El marco nacional e internacional en el que se enmarcaría esta futura Agencia, y qué referencias pueden tomarse para el diseño.
- Las bases jurídicas, estructurales y organizativas definatorios de la agencia.
- El diseño institucional.
- Las posibles funciones de la agencia.

El informe incluye con unas recomendaciones basadas en el análisis previo.

2. Metodología para la elaboración del Informe

SESPAS configuró un grupo de trabajo amplio con dos coordinadores, un grupo redactor (8 personas incluyendo los coordinadores) y un grupo consultor (20 personas) que también ha participado opcionalmente en la redacción (Anexo I). El proyecto de redacción ha sido encabezado por la coordinación (Ildefonso Hernández Aguado y Daniel G. Abiétar), y ha repartido su tarea en dos grupos:

Se ha procedido a realizar el trabajo en 4 fases:

1. En una primera fase, los coordinadores diseñaron 2 cuestionarios para recoger ideas respecto a: a) la estructura/guion de contenidos idóneo del documento (cuestionario 1, solamente para grupo redactor); y, b) los objetivos, las áreas prioritarias de actuación, la configuración organizativa básica y el modelo de gobernanza y dependencia (cuestionario 2, tanto para grupo redactor como discusión). A partir de la lectura crítica de las respuestas, se elaboraron dos documentos borrador: i) el guion para el informe sobre la futura Agencia Estatal de Salud Pública ii) un cuadro resumen de las áreas prioritarias de actuación, en base a la saturación del discurso en las respuestas (Anexo II).

2. En la segunda fase, a partir del trabajo de las respuestas de los cuestionarios y con la experiencia del grupo redactor, se terminó de configurar el guion del documento. Tras discutir brevemente aspectos relativos a la coherencia y cohesión del texto, así como ideas clave para el modelo de centro (modelo de gobernanza, dependencia institucional, funciones ejecutivas y de asesoramiento), se realizó un reparto de los distintos apartados del documento entre las/os componentes del grupo redactor, y se inició un trabajo de discusión e integración de lo redactado, a fin de dar más cohesión al texto final, a través de 5 reuniones periódicas (viernes de junio y julio). La elaboración del primer borrador del Informe se envió al grupo discusión el 17 de julio, solicitando las aportaciones individuales a dicho borrador.

3. En la tercera fase (17 de julio hasta 30 de agosto) se incluyeron y discutieron dichas aportaciones, conformándose un segundo borrador final.

4. En la cuarta fase (30 de agosto hasta 23 de septiembre) se discutieron con el grupo redactor aspectos clave emergidos durante las revisiones de la tercera fase, se acortó el borrador y se elaboró paralelamente un resumen ejecutivo del mismo.

5. En la quinta y última fase (del 24 de septiembre en adelante), el tercer borrador final se ha debatido en el Encuentro de Salud Pública de Menorca, a través de un debate moderado por las personas coordinadoras del proyecto, y que tendrá como objetivo precisar aquellos aspectos más problemáticos del documento o que requieren la presentación de diversas opciones. A partir de dicho diálogo en el encuentro y de las aportaciones recibidas, se ha redactado el Informe definitivo sobre la Agencia Estatal de Salud Pública.

3. Antecedentes

3.1. Marco legal y contexto institucional.

La Ley 33/2011 General de Salud Pública dispone (Art. 47) la creación de un Centro Estatal de Salud Pública, aunque el correspondiente Real Decreto todavía no se ha promulgado. La idea original de dicho organismo, desarrollada en el anteproyecto de la ley, consistía en la articulación de una red de instituciones que, contando con todas las capacidades estatales y de las comunidades autónomas, pudiese **coordinar la inteligencia⁹ de salud pública para ponerla al servicio de las administraciones públicas, las entidades y organizaciones sociales de toda índole, las empresas y el conjunto de la sociedad**. La crisis social, ecológica, sanitaria y económica acentuada por la Covid-19 ha puesto de manifiesto la imperiosa necesidad de este tipo de organismo, siendo el consenso amplio entre los distintos actores políticos e institucionales^{10 11}.

Dado el sistema de gobernanza progresivamente federal que nos caracteriza, se hace preciso crear **una institución con fuertes capacidades científicas y técnicas, descentralizada y de carácter innovador**. Su flexibilidad es imprescindible para entreverar sinérgicamente capacidades, conocimientos y recursos en la dimensión vertical multinivel (del nivel europeo al local) y en la dimensión horizontal, con los distintos ministerios y centros que de ellos dependen. Es decir, que sea capaz de usar eficientemente el caudal científico técnico de salud pública proveniente de los ámbitos internacionales junto con el disponible en los niveles autonómicos y locales, evitando solapamientos, favoreciendo su contextualización a cada realidad concreta y buscando sinergias con otras instituciones y políticas estatales. Para ello

⁹ Según la OMS, la inteligencia en salud pública describe el proceso de moverse desde los datos a la acción en salud pública a través del análisis, interpretación y síntesis de los mismos. Es decir, el análisis de los datos debe tener el objetivo específico de encontrar, de forma temprana, posibles respuestas efectivas a los problemas detectados. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/eios/global-technical-meeting-2019/presentations/public-health-intelligence-in-practice>

¹⁰ Dictamen comisión para la reconstrucción social y económica. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF

¹¹ El global. El futuro Centro Estatal de Salud Pública podrá ser una Agencia Nacional. Disponible en: <https://elglobal.es/politica/el-futuro-centro-estatal-de-salud-publica-podra-ser-una-agencia-nacional/>

debe de ser capaz de coordinarse con instituciones y personas expertas que aporten la variedad de conocimientos y capacidades de distintos sectores (incluyendo el sanitario) para poder aportar un enfoque de salud y equidad en salud en todas las políticas. Una cuestión que es clave en la propuesta de Agencia Estatal realizada en este documento.

Esta colaboración trans-sectorial buscaría, por un lado, obtener sistemas de información “completos”, mejorando la accesibilidad cruzada de todos los datos de interés público que permita hablar con rigor de salud y sus determinantes sociales. Por otro lado, se aprovecharía de forma orgánica la riqueza de aportaciones científico-técnicas de disciplinas diversas, para resolver los retos de la salud pública actual.

El Ministerio de Sanidad enmarca la creación del Centro Estatal de Salud Pública (CESP) en una reforma del sistema de salud pública que se sustenta en tres ejes: el propio Centro, la Estrategia de Salud Pública –también incluida en la Ley 33/2011- y el impulso a la Red de Vigilancia en Salud Pública establecida en la Estrategia de Vigilancia de Salud Pública. El marco de actuación de esta reforma del sistema de salud pública se describe en el componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia¹².

En lo relativo al Centro Estatal, el documento señala la necesidad de unificar en una sola institución las funciones de seguimiento y vigilancia en salud pública, evaluación de riesgos, detección precoz, preparación ante amenazas sanitarias y coordinación de respuesta ante emergencias de salud pública. Indica que debe configurarse como un centro de excelencia que ejerza funciones en dos ámbitos principales: a) Vigilancia en salud pública, evaluaciones de riesgos y análisis de la situación en salud de la población española; y b) Preparación y coordinación del sistema sanitario ante amenazas para la salud pública, principalmente de carácter epidémico, pero también ante otras crisis sanitarias consecuencia de, por ejemplo, el cambio climático (incremento de temperaturas, inundaciones, etc.). Además, se dice que debe

¹² Gobierno de España. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia 2021. Componente 18, Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud, pp: 18-22. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/05052021-Componente18.pdf>

monitorizar y evaluar la Estrategia de Salud Pública, y de aportar capacidades técnicas y científicas al diseño y evaluación de políticas de salud y a la mejora de los servicios de salud pública y sus actuaciones. Sin embargo, no queda especificada la participación de la salud pública en el denominado “Data-lake-sanitario”¹³. Dada la hegemonía biomédica, suele ser habitual que estas iniciativas estén inclinadas a considerar prioritariamente la asistencia clínica, olvidando proveer información válida también para políticas de salud pública. Por ello parece imprescindible influir para que el futuro Centro Estatal tenga una participación relevante en todo lo relativo a la información sanitaria, pero también a datos, información y conocimiento sobre factores sociales y ambientales condicionantes de la salud, pues no sólo son claves para la orientación poblacional, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, sino también para reforzar la sostenibilidad del propio sistema de salud.

Sobre su inserción en la estructura de gobierno, se concibe el CESP con autonomía funcional, aunque vinculado al Ministerio de Sanidad. Sus competencias podrían ser tanto de gestión directa -por ejemplo, en la preparación y coordinación de respuesta ante situaciones de emergencia-, como de análisis y estudio, de asesoramiento técnico, o de propuesta de medidas a las autoridades sanitarias y a otros decisores y actores con influencia sobre la salud poblacional.

Puesto que el CESP garantizaría y reforzaría la coordinación operativa con las instituciones de salud pública de las Comunidades Autónomas, estas estarían representadas en sus órganos de gobierno. Más adelante desarrollamos la cuestión del papel fundamental de las CC.AA. en la misión de la futura Agencia.

El Ministerio atribuye al Centro Estatal el enlace con los centros e instituciones europeos e internacionales (Organización Mundial de la Salud y otros actores en salud global), en el marco de la reforma del *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) y del nuevo

¹³ Los *data-lake* son repositorios de gran cantidad de datos, que permiten una fuente común de información para distintos agentes. Hasta la fecha, no ha habido pleno acceso a sistemas similares coordinados por el Ministerio de Sanidad, por lo que la creación de dicha Agencia podría ser una oportunidad para ello.

reglamento sobre amenazas transfronterizas graves para la salud¹⁴. Por ello, el CESP albergará una Unidad o Centro de Operaciones de Emergencias de salud pública (actual centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias) que, además de coordinar la nueva Red de Vigilancia en Salud Pública en España, se encargará de las actividades de inteligencia epidémica y se coordinará con otras redes y agencias nacionales e internacionales.

Respecto a la Red de Vigilancia en Salud Pública¹⁵, el Ministerio está trabajando junto con las CC.AA. en una estrategia que asume que su centro de coordinación debe tener independencia técnica, transparencia e información al público, aunque dependa de la unidad del Ministerio de Sanidad competente en Salud Pública. Se interpreta, en cualquier caso y tal como más arriba se ha mencionado, que sería una parte integrante del Centro Estatal. El documento sobre la Estrategia de Vigilancia resalta la necesidad de una estructura que coordine no sólo la vigilancia de procesos y enfermedades de salud pública, sino una vigilancia integral, que incluya desde los determinantes proximales, relacionados con la conducta, actitud o conocimientos, a los más distales, relacionados con los activos comunitarios y las políticas públicas y privadas que afectan a la salud de las personas. Esto conlleva que integre los determinantes sociales de la salud en dicha función de vigilancia, tal como dispone la Ley 33/2011. En el documento sobre la Estrategia de Vigilancia también se mencionan varios modelos posibles, tales como los Institutos Robert Koch (Alemania), *Public Health England* (Inglaterra), *Agence Nationale de Santé Publique* (Francia), los *Centers for Disease Control and Prevention* (Estados Unidos), o a nivel supranacional el *European Centre for Disease Control* (Unión Europea).

Hasta ahora, el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) ha sido la institución que ha permitido gestionar la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), centrada en enfermedades transmisibles, pero no ha llegado a desarrollar un sistema de coordinación de la vigilancia de

¹⁴ [pansio Commission presents proposals for exn of ECDC mandate. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/commission-presents-proposals-expansion-ecdc-mandate](https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/commission-presents-proposals-expansion-ecdc-mandate)

¹⁵ [Estrategia de Vigilancia en Salud Pública. Respondiendo a los retos de la vigilancia en España: modelando el futuro. 2021. Borrador no disponible.](#)

salud pública en sentido amplio, es decir, que abarque todos los problemas de salud y sus determinantes sociales así como las desigualdades en salud o la medición de los contaminantes internos (encuestas de salud con muestras biológicas) y externos¹⁶. Su desarrollo es imprescindible. El ISCIII como institución cada día más orientada esencialmente a la investigación (CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Cohorte IMPaCT), debe jugar un papel de apoyo muy relevante para el funcionamiento del centro.

Es destacable la sugerencia del documento borrador sobre la Estrategia de Vigilancia acerca de que cada CC.AA. tenga un nodo de coordinación similar al estatal, que coordine las actividades de vigilancia a nivel autonómico. Sin embargo, el actual borrador (2021) no menciona la necesidad de que el nodo estatal actúe en red o coordinadamente con otros organismos científicos y técnicos de las CC.AA., así como con organismos estatales (particularmente, instituciones, centros de excelencia y grupos de investigación de todo el estado), que puedan reforzar la vigilancia de salud pública. El funcionamiento en red deberá ir más allá de los ámbitos estatal, autonómico y local para integrar también el ámbito europeo y mundial como también ha ocurrido de forma limitada, aunque positiva, durante la pandemia de COVID-19.

3.2. Instituciones de salud pública de referencia.

No es objeto de estos antecedentes hacer un análisis extenso de las agencias de salud pública que pudiesen servir de referencia, aunque hay algunas características potencialmente útiles que pueden destacarse y que trataremos de identificar. A modo de primer ejemplo, es habitual que la mayoría de las agencias de salud pública o instituciones similares tengan, en un nivel cercano a las direcciones de la organización, equipos y personas responsables de

¹⁶ Recientemente se ha creado una unidad centrada en la investigación, formación sobre Cambio Climático, Salud y Medio Ambiente Urbano (<https://elglobal.es/politica/la-creciente-relevancia-del-cambio-climatico-impulsa-la-creacion-de-una-unidad-de-trabajo-en-el-isciii/>)=

comunicación, algo no habitual en nuestro entorno, al menos con la intensidad y personal disponible para una adecuada comunicación estratégica en salud pública.

Varios países están reformulando sus instituciones para adaptarse mejor a las amenazas en Salud Pública. En el ámbito propio de la salud pública en Reino Unido, se proyecta una transformación organizativa de calado que transferirá las competencias de salud pública relativas a vigilancia, liderazgo, preparación y respuesta colaborativa, rápida y efectiva a crisis sanitarias infecciosas y a otras amenazas externas a la salud, desde la actual *Public Health England (PHE)* hacia una nueva agencia de seguridad sanitaria, la *UK Health Security Agency (UKHSA)*¹⁷. La propia UKHSA contará con un *Center for Pandemic Preparedness*¹⁸ que, a priori, incorporará una mirada sobre las desigualdades¹⁹. El resto de competencias en salud pública tendrán una nueva ubicación en el sistema de salud, incluyendo la creación de la *Office for Health Improvement and Disparities* dentro del ministerio de salud (*Department of Health and Social Care*)²⁰ y que asumirá la mayoría de las funciones actuales de *Public Health England* en promoción de la salud.

¹⁷ Letter from Lord Bethell to Dr Jenny Harries, UKHSA chief executive. 13 July 2021- Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/ukhsa-priorities-in-2021-to-2022/letter-from-lord-bethell-to-dr-jenny-harries-ukhsa-chief-executive>

¹⁸ El concepto “preparedness” hace alusión a una de las características principales de las organizaciones de salud pública, y hace referencia a la situación basal de financiación, desarrollo, equipamiento

¹⁹ Información disponible en: <https://www.gov.uk/government/news/uk-and-us-agree-new-partnership-to-fight-future-pandemics-and-tackle-health-inequalities>

²⁰ Department of Health and Social Care, UK, Policy paper 2021. Transforming the public health system: reforming the public health system for the challenges of our times. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/organisations/office-for-health-improvement-and-disparities/about>
<https://www.gov.uk/government/publications/transforming-the-public-health-system/transforming-the-public-health-system-reforming-the-public-health-system-for-the-challenges-of-our-times>

Estos cambios han sido revisados críticamente por la *British Medical Association*²¹ y por la *Faculty of Public Health*²². Aunque es pronto para saber cómo será la configuración final, el proyecto suscita preocupación, pues se cree que la transformación de *Public Health England* sería un chivo expiatorio de la mala gestión política de la pandemia, y podría reducir las capacidades de promoción de la salud^{23,24}.

Se percibe una tendencia general a repensar la configuración de las agencias de salud pública o, al menos, a renovar sus metas y espectro de actuación. Un proceso que ha sido estimulado, sin duda, por la pandemia que vivimos. Por ejemplo, y en línea con estos procesos de reflexión institucional, el Instituto Robert Koch de Alemania se plantea varios retos y metas para 2025 que merece la pena considerar²⁵. Entre otros, reconoce el desafío que suponen las nuevas amenazas para la salud (los efectos de los determinantes sociales, el envejecimiento de la población, los riesgos para la protección de la salud asociados a la globalización, los efectos que sobre la salud de las personas ejercerá el cambio climático, etc.), la falta de personal cualificado en salud pública o la necesidad de una permanente adaptación a la innovación tecnológica. Por su componente científico, en su información pública, dedica mucho espacio al

²¹ British Medical Association. BMA response–Transforming the public health system: reforming the public health system for the challenges of our times. Disponible en: <https://www.bma.org.uk/media/4051/bma-dhsc-consultation-on-transforming-the-public-health-system-april-2021.pdf>

²² Faculty of Public Health. FPH response to the Government policy paper: Transforming the public health system: reforming the public health system for the challenges of our times (April 2021). Disponible en: <https://www.fph.org.uk/media/3223/fph-response-to-ph-system-reforms-april-2021.pdf>

²³ Iacobucci G. Public Health England is axed in favour of new health protection agency. *BMJ* 2020;370:m3257. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3257>

²⁴ Scally G. A new public health body for the UK. “Local first” approach dropped in favour of industrial and security oriented agency. *BMJ* 2021;373:n875. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n875>

²⁵ Robert Koch Institute 2025 (RKI 2025). https://www.rki.de/EN/Content/Institute/RKI2025/RKI_2025_strategy.html

ámbito investigador. Destacan las siguientes metas: el avance y desarrollo de las capacidades en epidemiología digital; la creación de redes sólidas de todos los actores de salud pública alemanes; la atención reforzada a las redes que integren la veterinaria y la salud ambiental con la perspectiva “Una Salud”; la asunción de más responsabilidades en el ámbito de la salud global; la circulación del conocimiento y la apertura y acceso a nuevas fuentes de datos; etc. En la página Web del Instituto se presenta una descripción sobre organización y actividades^{26,27}, aunque no es sencillo localizar información sobre su arquitectura institucional y gobernanza.

En la misma línea de organismos referentes, la *Agència de Salut Pública de Barcelona* (ASPB) es un organismo autónomo de carácter consorciado, con personalidad jurídica propia y patrimonio independiente. A pesar de que se creó en el año 2003 a partir de un acuerdo entre el Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Cataluña, las competencias de salud pública de la ciudad de Barcelona tienen más de un siglo de antigüedad y fueron desarrolladas por distintos organismos que confluyeron en la ASPB. Las finalidades de la ASPB son la dirección y la gestión de los servicios de salud pública de la ciudad siendo responsable de la cartera de servicios de salud pública, desde la monitorización y la vigilancia de la salud hasta la promoción y la protección de la salud, incluyendo el laboratorio de salud pública. La ASPB sigue las directrices generales de su Junta de Gobierno formada por personas del Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya y su financiamiento proviene de estas instituciones (60% del Ayuntamiento y 40% de la Generalitat). Es de destacar la importancia de la investigación y la docencia como áreas que complementan la práctica diaria de la salud pública basada en la evidencia. También es relevante la rendición de cuentas y la garantía de la calidad habiendo obtenido el sello EFQM 400+ y las certificaciones ISO 9001 (ASPB en general) y 17025 (laboratorio) y OHSAS 18001. Del mismo modo, es reseñable la inercia de mayor colaboración

²⁶ Organisation Chart of the Robert Koch Institute. Disponible en: https://www.rki.de/EN/Content/Institute/DepartmentsUnits/OrganisationChart.pdf?__blob=publicationFile

²⁷ Robert Koch Institute. https://www.rki.de/EN/Content/Institute/institute_node.html

intersectorial entre la ASPB y la administración pública, así como con otras entidades del tercer sector.

Por su parte, y como modelo de agencia confederal, el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC) tiene una regulación que establece su relación con los países de la Unión²⁸. Respecto a su forma de gobierno, la composición, funcionamiento y competencias del Consejo de Administración ha mostrado, en general, tener algunas ventajas sobre otras formas institucionales. Manteniendo la independencia del Centro se establece un mecanismo de control periódico que facilita la rendición de cuentas²⁹. Si examinamos la organización funcional de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos comprobaremos que no es muy distinta a la del ECDC³⁰. Lo que quizá es singular de esta última agencia es su capacidad de promover la acción de salud pública a través de subvenciones dirigidas a administraciones públicas. Más del 85% de su presupuesto anual se dirige a conceder estas subvenciones. Las dos facetas mencionadas del ECDC y de los CDC serían recomendables para la configuración de la Agencia Estatal en nuestro país, añadiendo dos cuestiones que pueden facilitar su contextualización en España. Una sería la ubicación del centro, que al igual que el ECDC y los CDC es oportuno que se aleje de la centralidad metropolitana en línea con las políticas territoriales de futuro que pretenden descongestionar las áreas de alta densidad demográfica, y facilitar la distribución social y económica en todo el territorio. En segundo lugar, la forma organizativa debe tener en cuenta que puede haber partes de la red de la Agencia Estatal que coordinen acciones y que sean referencia para el conjunto mediante financiación finalista de programas tal como hacen los CDC. En cualquier caso, y a pesar de su modelo y reputación previa, el CDC ha tenido un papel errático en la gestión de la pandemia en

²⁸ REGULATION (EC) No 851/2004 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 21 April 2004 establishing a European Centre for disease prevention and control. https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/aboutus/Key%20Documents/0404_KD_Regulation_establishing_ECDC.pdf

²⁹ ECDC's governance. <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/ecdc-governance>

³⁰ Organización de los CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/acercacdc/organizacion.html>

los EEUU, poniendo de manifiesto la capacidad de la Administración (del Presidente Trump) para limitar su autonomía e independencia.

También hay lecciones interesantes que aprender de la gestión de la pandemia de Covid-19 por las agencias asiáticas de salud pública que pueden consultarse³¹.

De otras instituciones internacionales resaltamos, por su modelo de gobernanza (pues no es una institución eminentemente de salud pública), el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Desde su creación en 1999³², ha tenido una trayectoria de indudable interés por sus prácticas de buen gobierno y su desarrollo de funciones. Aunque comenzó enfocado únicamente a la excelencia clínica, amplió su papel y competencia para incluir las revisiones de evidencia sobre salud pública y atención social, lo que se refleja en su denominación actual (incluyendo *Health*). Se considera un ejemplo de separación organizativa adecuada tanto del ámbito político nacional como del local, siendo un ejemplo también en materia de rendición de cuentas, habiendo superado con solvencia auditorías por los órganos apropiados y por la Cámara de los Comunes del Reino Unido. El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud lo considera una referencia para el buen gobierno en su obra *Fortalecimiento de la gobernanza del sistema sanitario*³³.

Otra cuestión clave en el diseño de organismos o agencias públicas es su independencia. Sin embargo, el significado de este término por sí solo es ambiguo en lo que atañe a las

³¹ What Is a Zero-COVID Strategy and How Can It Help Us Minimise the Impact of the Pandemic? Disponible en: https://www.isglobal.org/en_GB/-/que-es-una-estrategia-de-covid-cero-y-como-puede-ayudarnos-a-minimizar-el-impacto-de-la-pandemia-

³² History of NICE. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/history-of-nice>

³³ Greer SL, Wismar M, Figueras J. Strengthening Health System Governance. Better policies stronger performance. Open University Press, (2016) pp. 22-42. Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf En su capítulo 2 también se describe un asunto de particular interés, como es la participación de otros actores concernidos y de la población.

instituciones que aspiran a ser independientes. La clave reside en su autonomía funcional definida en su norma de creación y que atañe a financiación, nombramientos, etc.

En ocasiones la independencia puede ser un mero eufemismo empleado para designar agencias que no responden al interés público y no rinden cuentas³⁴. El desarrollo de las funciones que le serán propias al futuro organismo estatal de salud pública en España requerirá conjugar autonomía de gestión e interdependencia con los distintos agentes de salud pública, así como disponer de procedimientos que aseguren la realización de su tarea con rigurosidad, competencia y honestidad, tomando el método científico de referencia, e integrando objetividad y subjetividad. Para ello, se requerirá no sólo de una fuerza de trabajo interdisciplinaria altamente cualificada y mecanismos de democracia interna, sino también de mecanismos que eviten la captura de su labor por poderes fácticos y que le permitan ejercer un contrapoder ante intereses sociales, económicos y políticos que intenten influir en su tarea fuera de las vías institucionales. La credibilidad y legitimidad de la institución dependerá de estos mecanismos y de la capacidad de la institución de guardar coherencia con sus propios valores y la práctica científica, así como del tiempo de actuación. Algunas agencias pueden verse tentadas a intervenir en asuntos públicos recomendando acciones políticas concretas. Por ello, puede ser adecuado circunscribir el ámbito de acción de una agencia de salud pública a: i) la síntesis del conocimiento científico para guiar la toma de decisiones; ii) la recopilación y contribución a la generación de información sanitaria y relacionada con la salud para guiar la toma de decisiones; iii) el diseño y evaluación de las estrategias e intervenciones de salud pública; y iv) la capacidad de influencia (comunicación, alianzas, prestigio). En cualquier caso, la independencia que fundamente la credibilidad requiere además de una buena regulación, un tiempo de actuación y experiencia que la acredite por su prestigio científico-técnico y por la credibilidad pública de sus actuaciones. A su vez, debe haber una adecuada supervisión y control a través de su consejo de administración, al que debe rendir cuentas periódicamente.

³⁴ [Salwa J, Robertson C. Designing an Independent Public Health Agency. N Engl J Med. 2021;384\(18\):1684-1687.](#)

A nivel institucional, como generador y gestor del conocimiento, la Agencia Estatal de Salud Pública (AESP) debiera ser una agencia que trabajara en las tres dimensiones que apoyan las políticas en salud, la evaluación de la mejor evidencia (*assessment*), la valorización de la evidencia o adecuación al caso concreto (*appraisal*) que permita establecer conclusiones y/o recomendaciones, guías, directrices, protocolos adaptados al contexto de acción y, finalmente, el sustento de la decisión o el poder ofrecer alternativas al decisor final (procesos deliberativos). El rol de una agencia en esas tres instancias de gestión de la información y su uso debiera ser activo en las dos primeras, inicialmente con una premisa técnica en el análisis y la crítica de la información (evidencia o pruebas) o *assessment*, con un rol del sustento del debate participativo en la elaboración de conclusiones o recomendaciones o *appraisal*, y en un rol de reflexión propositivo metodológico para establecer los marcos deliberativos participativos y participados (incorporando de manera sustancial a los grupos de interés implicados) que sustenten las alternativas para la decisión final (*deliberative processes for decision making*) (Véase Figura 1).

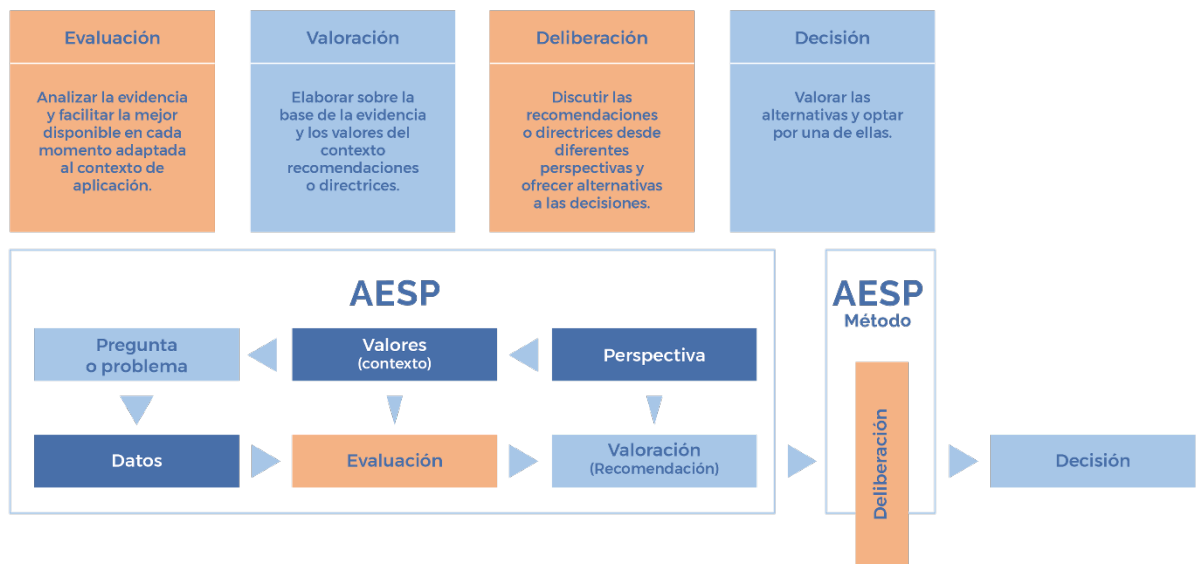


Figura 1. Dimensiones de acción de la AESP en relación con la gestión del conocimiento y de la información para la toma de decisiones.

Estas funciones más transversales o elevadas se imbrican en todas las funciones específicas u operativas dotándolas de procesos reconocidos, transparentados y auditables en todos los casos.

Las agencias federales de Estados Unidos relacionadas con la salud han sido objeto de atención crítica desde hace algunos años, renovada esta por la pandemia. La preocupación por la independencia de dichas agencias aumentó tras las diversas actuaciones del presidente Donald Trump menoscabándola³⁵. Los CDC han tenido un alto crédito como agencia de salud pública prestigiosa a nivel mundial. Cuellar analizó las características positivas de esta agencia, que facilitaban su actuación como institución acreditada y públicamente valorada en cuestiones de salud pública, y que le permitía influir en políticas y en regulación³⁶. Cuellar sostiene que el bajo nivel de conflictos de interés de los CDC le ha permitido hasta ahora resistir presiones externas y actuar de forma independiente. También señala que las agencias gubernamentales de salud pública parten con una reserva de legitimidad que refleja la asociación que el público hace entre la política de salud moderna y la capacidad científica, y de ahí su importancia en legitimar las innovaciones de política de salud del estado. Desafortunadamente, la reciente disminución de la financiación de los CDC ha comprometido su credibilidad y han sido señalados con motivo de estar siendo influidos por las industrias sanitarias que financian su fundación y algunas de sus actuaciones³⁷.

No sólo la interferencia política o la financiación están en el origen de la falta de independencia. En la Unión Europea se ha comprobado que la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) es una de las agencias más citadas cuando se habla de captura regulatoria y

³⁵ Ver nota 16.

³⁶ Cuellar MF. Coalitions, Autonomy & Regulatory Bargains in Public Health Law. En: Carpenter D, Moss DA eds. Preventing Regulatory Capture Special Interest Influence and How to Limit it. The Tobin Project. New York: Cambridge University Press, 2014: 326-62. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1974690

³⁷ Lenzer J. Centers for Disease Control and Prevention: protecting the private good? BMJ. 2015;350:h2362. doi: 10.1136/bmj.h2362.

conflictos de interés. Robinson et al. han descrito la presencia de conflictos obvios en varios altos cargos de la agencia y en diversos grupos de expertos que la asesoran, así como varios casos de puertas giratorias que han afectado incluso a la presidenta del consejo de administración de la agencia³⁸. La situación requirió la intervención del Defensor del Pueblo Europeo y motivó que el Parlamento Europeo pospusiera la aprobación del presupuesto de la agencia por la escasa diligencia de ésta en controlar los conflictos de interés y la independencia de sus cargos^{39,40,41,42}. Por tanto, una adecuada regulación sobre el buen gobierno es esencial para un organismo estatal de salud pública.

En el diseño institucional y en los procedimientos para nombrar a las personas en los distintos niveles de una agencia subyace parte de su independencia y la calidad de su funcionamiento. La Agencia de Salud Pública de Canadá, que es buen ejemplo de estructura,

³⁸ Robinson I, Holland N, Leloup D, Muilerman H. Conflicts of interest at the European Food Safety Authority erode public confidence. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(9):717-20.

³⁹ Then C. European Ombudsman demands EFSA admit failure [nota de prensa]: Testbiotech. 2011. Disponible en: <http://www.testbiotech.org/en/node/591>

⁴⁰ Diamandouros PN. Draft recommendations of the European Ombudsman in his inquiry into complaint 775/2010/ANA against the European Food Safety Authority. 2011. Disponible en: <http://www.ombudsman.europa.eu/en/cases/recommendation.faces/en/11089/html.bookmark>

⁴¹ Macovei M. Discharge postponed for three agencies —correct management of conflict of interests on EP agenda [press release]: EPP Group in the European Parliament. 2012. Disponible en: <http://www.eppgroup.eu/press-release/Discharge-postponed-for-three-Agencies>

⁴² European Parliament. Decision of 10 May 2012 on discharge in respect of the implementation of the budget of the European Food Safety Authority for the financial year 2010 (C7-0286/2011-2011/2226(DEC)). 2012. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2012-0299&language=EN>

misión, visión, valores y funcionamiento^{43,44}, tiene una regulación sencilla sobre los nombramientos de las personas que ejercen la presidencia y vicepresidencia de la agencia, así como de la figura del jefe o comisionado de salud pública, la persona de carácter profesional de más alto nivel en el gobierno de Canadá⁴⁵. Los procedimientos de selección están bien descritos y pueden ser un buen punto de partida⁴⁶. En particular, entendemos que la figura de la persona comisionada de salud pública es clave en la política de salud pública, precisamente por su perfil profesional que contribuye a la credibilidad y confianza en la comunicación sobre asuntos de salud. Una figura que podría considerarse en España y que sería un complemento de interés para la nueva institución de salud pública estatal.

Para otro buen ejemplo en la política de nombramientos se puede acudir al NICE y, en términos generales, al Reino Unido, que tiene una política de nombramientos regulada y transparente para los organismos públicos⁴⁷. Cuenta con un código de buen gobierno para esta tarea y un comisionado independiente cuya función es velar porque los nombramientos por parte de los ministerios en los consejos de administración de los organismos públicos se realizan de acuerdo con los principios de nombramientos públicos y el código antes

⁴³ Public Health Agency of Canada's organizational structure. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/organizational-structure.html>

⁴⁴ Public Health Agency of Canada. About the Agency. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/mandate/about-agency.html>

⁴⁵ Public Health Agency of Canada Act. S.C. 2006, c. 5. 2016. Disponible en: <https://lois-laws.justice.gc.ca/eng/acts/P-29.5/page-1.html>

⁴⁶ Governor in Council appointments. Open, transparent, and merit-based selection processes. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/privy-council/programs/appointments/governor-council-appointments/general-information/appointments.html>

⁴⁷ HM Government Public Appointments. Disponible en: <https://publicappointments.cabinetoffice.gov.uk/about-appointments/>

mencionado^{48,49}. Sus actuaciones están reguladas en una orden junto con la lista de organismos y oficinas que son de su competencia⁵⁰.

3.3. La oportunidad de una Agencia Estatal de Salud Pública.

El sistema español de salud pública requiere no solo de la creación de un Centro Estatal de Salud Pública movilizando **recursos específicos y razonables** – que desde este apartado denominaremos ya exclusivamente como Agencia Estatal de Salud Pública (AESP), pues más adelante se fundamenta la conveniencia de que su diseño institucional sea el de agencia estatal-, sino también de **integrar las diversas críticas** que han aflorado durante la crisis de la COVID-19, ya que no todas son de carácter coyuntural.

Es preciso un organismo que podría reunir servicios de salud pública –una cuestión en debate⁵¹-, pero sobre todo que sea capaz de crear sinergias entre todos los recursos disponibles en el Estado para articular una **política de salud integral**, garantizar la seguridad sanitaria y abordar de manera solvente los retos presentes y futuros para la salud pública. Para ello, es necesario un organismo que cuente con suficientes capacidades para ejercer un **liderazgo que le permita la coordinación de una red de centros y personas con la facultad y el potencial que**

⁴⁸ Cabinet Office. UK. 2016. Governance Code on Public Appointments. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/578498/governance_code_on_public_appointments_16_12_2016.pdf

⁴⁹ The Commissioner for Public Appointments. Disponible en: <https://publicappointmentscommissioner.independent.gov.uk/regulating-appointments/>

⁵⁰ The Public Appointments Order in Council 2019 (“the 2019 Order”). Disponible en: <https://publicappointments.cabinetoffice.gov.uk/wp-content/uploads/2019/11/Public-Appointments-No.-2-Order-in-Council-2019.pdf>

⁵¹ Hay bastantes personas que apuestan por una agencia especializada en la evaluación, gestión y comunicación de los riesgos más relevantes para la salud, dejando para Ministerios y CC.AA. las funciones de políticas, estrategias y planificación, además de la gestión ejecutiva de los servicios correspondientes. Desde esta perspectiva, la función clave debería ser en esencia “traslacional”: generar/seleccionar la evidencia y su aplicación en apoyo de las políticas públicas.

aporten valor añadido a las administraciones concernidas, a la ciudadanía y a los actores políticos, al tiempo que suponen un beneficio añadido de retorno a todos los actores de la red.

En el diseño de las futuras agencias de salud pública, se coincide en señalar algunas de las **debilidades** de los sistemas de salud pública que son comunes a todos los países. Por ejemplo, las carencias de la **infraestructura de datos**, afirmando que Google sabe más de nuestra salud personal y colectiva que los sistemas de vigilancia en salud pública e información sanitaria⁵². Esta carencia hace precisa una apuesta por unos sistemas de vigilancia en salud pública que incorporen las nuevas tecnologías de forma continua, y que monitoricen los **determinantes sociales de la salud**, así como las amenazas y riesgos para la seguridad sanitaria, manteniendo una conexión con los organismos estatales, supranacionales y nacionales de emisión de datos e información relevante de salud pública.

Otra carencia reside en la magnitud cuantitativa, y en parte cualitativa, de los recursos en salud pública. Hay sin duda una necesidad urgente de **reforzar financieramente la salud pública** y dotar a la Agencia de suficientes recursos para armonizar acciones en todos los niveles: desde la incentivación de programas de promoción, protección y prevención experimentales hasta el fomento de la formación y desarrollo científico de la salud pública. **La propia financiación de la salud pública es hasta ahora muy escasa en España⁵³, al considerarse erróneamente no prioritaria. La creación de la AESP debe ir acompañada de la apuesta por la Salud Pública en términos de inversión y actuación, ya que el impacto en la población a corto-mediano y largo plazo ha demostrado ser eficiente y es lo que necesita la sociedad**

⁵² Gee RE, Khan AS. Leading the World Again: Creating a 21st-Century Public Health Agency. *Am J Public Health*. 2021;111(4):594-5. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2021.306187>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7958017/>

⁵³ Trapero-Bertran M, Lobo F. El gasto público en servicios de prevención y salud pública en España antes de la covid-19. Los datos nacionales. *Cuadernos de Información Económica* 2021; 280:59-71. Disponible en: <https://www.funcas.es/articulos/el-gasto-publico-en-servicios-de-prevencion-y-salud-publica-en-espana-antes-de-la-covid-19-los-datos-nacionales/>

actualmente. No hacerlo produciría perjuicios indelebles tras la gran crisis sanitaria vivida pues la apuesta por la salud pública y la seguridad sanitaria es una cuestión prioritaria y no cosmética, un ejercicio de responsabilidad por sus beneficios sociales y económicos⁵⁴. Una inversión elevada en tecnología sanitaria sin invertir en los problemas que llevan a la población a necesitarla, como se hace desde Salud Pública, convierte al sistema en ineficiente y contribuye a aumentar la deuda sanitaria⁵⁵.

Las estructuras institucionales de salud de nuestro país reflejan esta falta de **planificación estratégica en la inversión de recursos**, pero también un error de concepto. Actualmente, en las administraciones sanitarias, la salud pública es una parte de menor importancia dentro de la política y el sistema de salud. Este modelo, que **prioriza el asistencialismo en detrimento del modelo preventivo y salutogénico**, y que **equipara mejora de la salud a mejor asistencia de la enfermedad**, se mantiene pese a la evidencia de que los servicios sanitarios contribuyen solamente en un 11% al conjunto de la salud poblacional⁵⁶, frente al impacto demostrado sobre la salud que tienen las políticas desde diferentes sectores, planes de salud, etc.

La falta de preparación de los servicios de salud pública refleja distintas debilidades del sistema de salud en España, pero también revela algunas oportunidades. En este sentido, nos encontramos en un momento clave para la financiación contundente e inmediata de las organizaciones de salud pública estén preparadas para la respuesta ante las crisis, pero también ante los retos de salud de nuestro siglo, como son la mejora de la comunicación del riesgo y la comunicación estratégica en salud pública y el asesoramiento en políticas de salud y políticas

⁵⁴ Masters R et al. Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(8):827-34. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/jech/71/8/827.full.pdf>

⁵⁵ WHO Euro. The case for investing in public health. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170471/Case-Investing-Public-Health.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁵⁶ Determinants of Health Visualized [Internet] [citado 6 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>

públicas que influyen **sobre la salud desde sectores no sanitarios**⁵⁷. La respuesta de los servicios autonómicos de vigilancia de salud pública ha puesto en evidencia: i) la necesidad de mejorar la capacidad anticipatoria en el desarrollo de sus funciones (por ejemplo, llegando a cortar cadenas de transmisión, no sólo describiéndolas); ii) la necesidad de desarrollar ampliamente las capacidades de manejo y explotación de datos (facilitando el aprovechamiento de las competencias de los profesionales de salud pública en sus verdaderas áreas de especialización); iii) el margen de mejora en la generación de datos y la geolocalización de los mismos; iv) manejo del riesgo y la emisión, en último término, de recomendaciones técnico-científicas fruto de la interpretación de dichos datos; y, v) comunicación tanto a nivel profesional como de la ciudadanía. Sin embargo, esta realidad no se limita a los servicios de epidemiología de enfermedades transmisibles. La labor técnica de la vigilancia en salud pública se circunscribe hoy por hoy a labores descriptivas y de desarrollo metodológico, pero se necesita ir un paso más allá e integrar las reflexiones conceptuales de “por qué, para qué y para quiénes” se quieren los datos⁵⁸, avanzando en el reto de cambiar la “mirada biomédica” a una mirada centrada en los determinantes sociales de la salud.

Ambas cuestiones reflejan la necesidad de incrementar el trabajo intersectorial y de diversificar los fundamentos formativos de los profesionales de la salud pública, mediante disciplinas como el derecho, la antropología, la sociología, la comunicación, la filosofía o las ciencias políticas. Del mismo modo, la creciente presencia e integración de las organizaciones de salud pública en espacios de gobernanza municipal, regional y estatal ya existentes y propios de otros sectores señala una dinámica a reforzar y sistematizar, ya que tradicionalmente estos espacios no incluían la visión de salud, o estaba sustituida por la clínico-asistencial (sirva como

⁵⁷ Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response 2021. COVID-19: Make it the Last Pandemic. Disponible en: https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf (en español: <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-SpanishFinal.pdf>).

⁵⁸ Hernández-Aguado I, Parker LA. Intelligence for Health Governance: Innovation in the Monitoring of Health and Well-Being. En: Kickbusch I, editor. Policy Innovation for Health [Internet]. New York, NY: Springer; 2009 [citado 5 de julio de 2021]. p. 23-66. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-0-387-79876-9_2

ejemplo la gestión municipal conjunta de la comunicación durante la crisis de la COVID-19 en la ciudad de Barcelona⁵⁹).

En la misma línea de oportunidades, las reflexiones sobre la necesidad de autonomía de los servicios de salud pública y la despolitización partidista de espacios de elaboración de recomendaciones, especialmente del Consejo Interterritorial del SNS, han reflejado las dificultades de coordinación territorial y de conciliación de ética, ciencia y política (que acostumbra a medir y juzgar las acciones en salud pública únicamente desde una ética utilitarista que valora la repercusión mediática de las medidas como único fin, y no el resolver, por ejemplo, el siempre difícil diálogo entre economía y salud). Más allá de las dificultades y de la mirada exclusivamente biomédica, **la salud pública estatal necesita un organismo de coordinación de los esfuerzos territoriales para la mejora de la salud colectiva, en pro de una sinergia de estos. No solo por la ineludible conexión e interdependencia de la salud entre territorios, sino también por la creencia firme en la inteligencia colectiva.**

La cooperación entre territorios mejoraría los servicios de salud pública y anticiparía la detección de amenazas al disponer de sistemas interoperables y al poner en común errores y aprendizajes en el desarrollo de los distintos planes y programas. Por ejemplo, existe una oportunidad evidente de **aprendizaje municipal colectivo** en torno a la experiencia de acción en salud intersectorial que constituye el *Pla de Barris* en Barcelona, un plan pionero en el intento de disminuir las inequidades en salud a nivel urbano⁶⁰. Del mismo modo, es necesario que, por ejemplo, se haga un seguimiento de los avances en el uso de las leyes y otras regulaciones como herramienta de ganancia en salud, examinando y evaluando experiencias internacionales, estatales, autonómicas o locales, y produciendo informes sobre la oportunidad de reproducción y aplicación de estas en cada contexto. Una Agencia Estatal de Salud Pública, podría no sólo hacer esta monitorización del uso de las normas jurídicas para el avance de la salud de la población y para mejorar las normas de preparación y respuesta ante emergencias

⁵⁹ [La governança de l'emergència complexa: la covid-19. Actuacions, adaptació organitzativa i innovacions de l'Ajuntament de Barcelona. Gerencia Municipal del Ayuntamiento de Barcelona. Informe. Diciembre 2020.](#)

⁶⁰ [Daban F, Pasarín MI, Borrell C, Artazcoz L, Pérez A, Fernández A, et al. Barcelona Salut als Barris: Twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions. Gac Sanit. 1 de mayo de 2021;35\(3\):282-8.](#)

sanitarias, sino que podría ofrecer a las administraciones los textos legales más efectivos y con mejor calidad normativa, uno de los retos de la salud pública del siglo XXI desde el ámbito local hasta el nivel global^{61,62}. Precisamente, para poner el bienestar de las personas y el planeta en el centro de los esfuerzos de los gobiernos, **van a ser necesarios cambios legislativos amplios para proteger y promover los valores establecidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para crear un sistema de gobernanza que busca crear personas sanas en comunidades sanas y en un mundo sano**⁶³.

En otros ámbitos, como pueden ser los relacionados con otras **pandemias actuales como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad o la diabetes**, es imprescindible establecer intervenciones innovadoras y evaluarlas. La clave subyace en el abordaje de los determinantes sociales de estos problemas, lo que requiere reforzar las estructuras organizativas que favorezcan la aplicación práctica del principio de salud en todas las políticas, y el desarrollo de las evaluaciones del impacto en la salud y equidad de todas las políticas públicas relevantes para el bienestar. Asimismo, la disponibilidad de financiación finalista de la Agencia, junto a las capacidades de evaluación, permitiría ofrecer a todos los agentes de la administración y a terceros, modelos de práctica eficiente para reducir el impacto social de estos problemas de salud y alinearse con agencias y servicios que ya lo están haciendo.

En lo relativo a la **prevención de las enfermedades**, las necesidades de las administraciones sanitarias son constantes. Es el caso del análisis de nuevas vacunas y su coste oportunidad, o de las recomendaciones sobre **cribados poblacionales**. Para estas intervenciones, la disponibilidad de una Agencia Estatal que facilite las evaluaciones, que suponga una voz autorizada sobre qué prestaciones preventivas son eficientes y pertinentes

⁶¹ Salamero Teixidó L (coordinadora) Retos del derecho a la salud y de la salud pública del siglo XXI. Thomson Reuters Aranzadi, 2020.

⁶² Duff JH et al. A global public health convention for the 21st century. *Lancet Public Health*. 2021 Jun;6(6):e428-e433. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00070-0. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8099565/>

⁶³ Hancock T. Governance for a healthy, just and sustainable future. *CMAJ*. 2018 May 22; 190(20): E634. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5962401/pdf/190e634.pdf>

para ser incluidas en la cartera de servicios de salud pública y que facilite información científica autorizada, entre otras funciones, es indudablemente oportuna.

Un problema intrincado al que se enfrentan las administraciones es cómo diseñar y aplicar intervenciones para reducir las **desigualdades sociales de salud** tanto con actuaciones en el ámbito propio del sistema de salud como en ámbitos no sanitarios. La labor de la Agencia Estatal en este cometido puede ser clave recogiendo las mejores experiencias internacionales y estatales para contribuir al diseño políticas e intervenciones que puedan ser fácilmente incorporadas en los distintos ámbitos y niveles administrativos.

Antes mencionábamos la necesidad de la **comunicación en salud pública**. Hay un desarrollo escaso dentro de la profesión de salud pública en España sobre acciones de comunicación en salud. La pandemia está mostrando los riesgos de las informaciones erróneas y los bulos, también de falsas dicotomías⁶⁴. Aunque tienen una larga historia y se han hecho algunas propuestas para contrarrestarlas^{65,66}, preocupa la erosión de los antiguos baluartes institucionales contra la desinformación, y el desconocimiento sobre el alcance potencial de la vulnerabilidad de las personas, las instituciones y la sociedad ante agentes maliciosos⁶⁷. Más allá de crear salvaguardias oportunas frente a la infodemia y la información errónea mediante una adecuada comunicación y otras herramientas, es imprescindible que la política de salud se acompañe de una **comunicación en salud pública de alta calidad, sólida y estéticamente solvente**, que genere ventanas de oportunidad para que las instituciones sean líderes en el efecto marco y agenda de los actos comunicativos en salud, sin olvidar que comunicación es un concepto diferente al de difusión.

Un aspecto concreto de la comunicación en salud a considerar es la generación de un discurso y unas prácticas en torno a la salud que, por un lado, permita a la ciudadanía y los

⁶⁴ Escandón K, Rasmussen AL, Bogoch II, Murray EJ, Popescu SV, et al. COVID-19 false dichotomies and a comprehensive review of the evidence regarding public health, COVID-19 symptomatology, SARS-CoV-2 transmission, mask wearing, and reinfection. BMC Infect Dis. 27 de julio de 2021;21(1):710.

⁶⁵ Nature (film). How fake news about coronavirus became a second pandemic. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01409-2>

⁶⁶ Chou WS et al. Addressing health-related misinformation on social media. JAMA 2018;320:2417-8.

⁶⁷ Lazer DMJ et al. The science of fake news. Science 2018;359, 6380:1094-6.

agentes sociales retomar la soberanía sobre su salud, actualmente cedida a los servicios sanitarios y entendida como ausencia de enfermedad. Y, por otro lado, unas prácticas de salud pública que resignifiquen **la salud como un vivir individual y colectivo autónomo, pleno y solidario**, tal como se escribe en el preámbulo de la Ley general de Salud Pública. Ello requerirá de un análisis de las causas fundamentales que determinan las inequidades en salud, y del diseño de acciones basadas en los determinantes sociales de la salud. Solo desde esta perspectiva de determinantes se habilitaría inmediatamente la acción intersectorial necesaria para una buena salud poblacional, basada en la justicia social y en el respeto del medioambiente, los dos grandes retos del milenio⁶⁸.

Por último, no podemos olvidar el impulso **que la AESP puede dar a la formación de futuros profesionales de salud pública y a la consolidación de grupos y líneas de investigación estables, una cuestión urgente y estratégica de acuerdo con la perspectiva de las agencias internacionales de salud pública más acreditadas**. La institución podría facilitar el consenso sobre prioridades en investigación a través de planes plurianuales, así como definir las competencias básicas que los profesionales de salud pública deberían poseer al inicio de su carrera profesional. Es prioritario que la salud pública tenga mayor relevancia en el currículum formativo de las facultades de ciencias de la salud, y que los recursos humanos de la que se nutren las estructuras en la administración de salud pública estén dotados de remuneraciones acordes a su especialización, haciendo así posible una dotación adecuada de profesionales.

⁶⁸ Esto no supone que la AESP lleve el peso de políticas intersectoriales, su papel más relevante consiste en facilitarlas, en ser un instrumento que facilita la capacidad política, es decir, la capacidad de transformar conocimiento y evidencias en acción.

4. Misión, visión y valores.

Misión

La AESP velará por la salud de la población en España, mediante:

- La vigilancia y conocimiento del estado de salud de la población y de sus desigualdades, así como de los factores que los determinan, incluidos los determinantes sociales de la salud.
- La planificación, diseño y evaluación de políticas para mantener y mejorar la salud de la población.
- La práctica de la salud pública informada en la mejor ciencia disponible y contextualizada socialmente.
- La evaluación del impacto en salud de las políticas públicas
- Favorecer la salud y la equidad en salud en todas las políticas
- La promoción del trabajo en red y el aprovechamiento de la inteligencia colectiva en salud pública.

Visión

- La visión de futuro de la AESP es ser una organización de referencia e independiente en la planificación estratégica de salud pública, basada en la evidencia y la innovación, con una virtud reconocida, que le lleve al liderazgo en el ámbito de la salud. Aspira a la excelencia en sus servicios, promoviendo la buena práctica en salud pública a través de la investigación, la evaluación y la calidad.

Valores

La excelencia en las acciones de la AESP se alcanzará mediante el abrazo y defensa de los siguientes valores:

- La transparencia y la participación.
- La actuación valiente fundamentada en la evidencia, la evaluación y rendición de cuentas.

- La eficiencia y sensatez en el uso de los recursos que se le confían, mediante la planificación estratégica.
- La reflexividad sobre la propia praxis, los objetivos particulares de la misma, los beneficios y los perjuicios.
- El fundamento en la ciencia y el conocimiento científico.
- La cualificación y el crecimiento profesional de su personal, tanto desde el punto de vista individual como grupal.
- La interacción y la cooperación con otras instituciones y entidades implicadas en la salud poblacional.
- La defensa de la equidad (como reflejo de la justicia), la cohesión social, la inclusión y la convivencia.
- La contribución a un entorno ambiental y social sostenibles, entendiendo la salud humana como indisoluble de la del resto de seres del planeta.
- La proporcionalidad en sus acciones.
- La agilidad, la claridad, el compromiso de servicio público, la cocreación y la amabilidad. Ante situaciones de crisis de salud pública: la serenidad, la templanza y la acción prudente (*phrónein*).

5. Principios rectores y de buena práctica de la AESP

La futura Agencia Estatal de Salud Pública (AESP) debe exigirse un alto nivel de profesionalidad en las acciones que tenga encomendadas. Su práctica se ha de guiar no sólo por las determinaciones concretas y puntuales de las normas legales que le afecten directamente, sino también por los principios y reglas que informan el ordenamiento jurídico-administrativo y que conforman los principios generales del Derecho Público actual; principios y reglas generales destinadas a orientar las relaciones con la ciudadanía y a lograr una Administración moderna, democrática y al servicio de la ciudadanía.

Actualmente, resulta obligado que cualquier estructura u órgano administrativo que se cree para el ejercicio de acciones públicas dirigidas a hacer efectivo el interés general, esté presidida por los principios de “buena gobernanza” o “buena administración” y, por ende, le sea exigible en su quehacer que se adapte y respete plenamente las reglas necesarias para alcanzar una buena gobernanza⁶⁹. La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea consagró en su artículo 41 el derecho de la ciudadanía a una “buena administración”, y una buena administración exige al órgano administrativo ejercer el poder que se le confiere de modo eficaz, competente, íntegro, equitativo, transparente y responsable⁷⁰, sirviendo con objetividad a los intereses generales, actuando conforme al orden jurídico, de forma respetuosa con los derechos humanos, y objeto de control interno y externo.

Descendiendo a nuestro ordenamiento jurídico, el artículo 3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, enumera los principios que los órganos administrativos de cualquier administración o entidad pública ha de respetar en su actuación. Por su parte, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, establece que las

⁶⁹ El concepto de “buen gobierno” va mucho más allá del cumplimiento de las leyes, de obtener buenos resultados o de la ausencia de corrupción, mala gestión o nepotismo. También exige que el proceso de toma de decisiones responda a un conjunto de reglas consensuadas de participación democrática, transparencia, responsabilidad, rendición de cuentas y obediencia a códigos de conducta. Estas reglas, a su vez, están basadas en valores éticos y en virtudes cívicas (tomado de AES, Buen gobierno de la sanidad. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/SNS-Capitulo_IV.pdf)

⁷⁰ Pagden 1998: pp. 9-17

Administraciones públicas sanitarias, en sus actuaciones de salud pública y salud colectiva, deben estar sujetas a los siguientes principios: equidad, salud en todas las políticas, pertinencia, precaución, evaluación, transparencia, integralidad y seguridad⁷¹.

Pues bien, parece imprescindible identificar los principios que han de presidir la actuación de la AESP al objeto de enumerarlos expresamente en sus Estatutos. Unos serían simplemente orientadores y otros tendrían naturaleza de norma jurídica de obligada observancia. La naturaleza jurídica de estos principios depende de que tengan valor normativo y disciplinario o meramente orientador.

Principios orientadores de la organización y actuaciones en salud pública: defensa de la salud colectiva y de la equidad en salud, transversalidad de la salud, inteligencia colectiva⁷²; excelencia⁷³; salud en todas las políticas; solidaridad; investigación e innovaciones aplicadas en salud pública y rigor.

Principios de buena gobernanza de obligada observancia: independencia; integralidad, equidad; universalidad; planificación estratégica; pertinencia; precaución; proporcionalidad; transparencia; evaluación y rendición de cuentas; participación; seguridad.

⁷¹ Los principios nombrados representan proposiciones jurídicas o directivas, que normalmente no tienen un desarrollo normativo, por lo que el principio es más bien un criterio en sí mismo. Algunos principios tienen naturaleza orientativa y sus previsiones no pueden ser alegadas frente a la Administración pública como de cumplimiento obligatorio. A otros se les reconoce naturaleza normativa y pueden ser de obligada observancia. Disponemos de los principios fundamentales, que son la base del ordenamiento, que se ubican en la Constitución, así como en fuentes supranacionales, y de los principios institucionales, derivados de una determinada institución a partir de su idea organizativa.

Cuando los principios están incluidos en una norma jurídica puede predicarse su naturaleza de norma jurídica pues los principios, al igual que las normas, son instituciones jurídicas vinculantes para los poderes públicos y son de obligada observancia; confieren derechos e imponen obligaciones. Los principios tienen la virtualidad de que, en caso de que las normas no sean suficientes para hallar la solución de un caso concreto, la aplicación del principio permite alcanzar una solución.

⁷² Inteligencia compartida o grupal que emerge desde la colaboración, esfuerzos colectivos y competencia de muchos individuos y unidades territoriales y se plasma en toma de decisiones por consenso. La gestión del conocimiento requiere que los colaboradores de una organización aporten el valor de su conocimiento a la organización. La organización debería disponer de un sistema de incentivos para que el conocimiento de las personas y de los agentes que la componen fluya, se explicita, se difunda, se explote en la organización y dé lugar también a la creación de nuevo conocimiento.

⁷³ Calidad total en la gestión de la AESP y en todas sus acciones.

Es importante que en los Estatutos de la AESP se prevean mecanismos para garantizar el cumplimiento de los principios. Estos mecanismos pueden ser:

- Aprobación de **Códigos de Conducta** que contribuyan a adecuar los comportamientos y decisiones, individuales y colectivas, a buenas prácticas y estándares éticos y a favorecer una cultura de integridad y transparencia.
- Existencia de un órgano colegiado (posiblemente, la **Comisión de Control**⁷⁴) encargado del seguimiento, supervisión y control, que elabore periódicamente informes de evaluación del cumplimiento de los principios y, en su caso proponga mejoras.
- Existencia de mecanismos (buzones) internos y externos que permitan que se formulen **denuncias** por la inobservancia de alguno o algunos de los principios que la persona o entidad denunciante haya podido constatar durante el proceso de elaboración o de ejecución de programas o actuaciones en materia de salud pública.
- Disponer de mecanismos que faciliten y garanticen el buen cumplimiento y establecimiento de un **régimen sancionador por incumplimiento** de los principios de buena gobernanza de obligada observancia, de manera que la infracción o incumplimiento manifiesto de algún principio se tipifique como infracción en materia de buen gobierno (debe hacerse por ley, no por reglamento)

⁷⁴ Véase la estructura orgánica de la AESP.

6. Elementos definitorios del Agencia Estatal de Salud Pública⁷⁵

6.1. Forma jurídica

El artículo 47 de la Ley General de Salud Pública creó el Centro Estatal de Salud Pública (CESP)⁷⁶, pero absteniéndose de señalar la forma jurídica que debe adoptar. La institución a crear ha de adoptar necesariamente alguna de las formas jurídicas previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, para las entidades que integran el sector público institucional. Las modalidades de entidades que contempla la referida Ley 40/2015, se reseñan en el Anexo I de este informe.

Atendiendo a las funciones, régimen económico, etc. que corresponden a cada uno de los entes institucionales que regula la referida Ley, parece que la forma óptima para el CESP es la de “Agencia”.

La Agencia Estatal⁷⁷ es una entidad de derecho público sujeta a Derecho administrativo, con personalidad jurídica pública, patrimonio y autonomía de gestión; tiene capacidad de

⁷⁵ EL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA, en el COMPONENTE 18: “Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud”, respecto del Centro Estatal de Salud Pública, reseña algunas de sus funciones tal como se ha descrito en el apartado 2.1. Marco legal y contexto institucional de este documento.

⁷⁶ Artículo 47 Centro Estatal de Salud Pública

1. *El Centro Estatal de Salud Pública se adscribe al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, actuando bajo las directrices del centro directivo responsable de la salud pública. Sus funciones serán establecidas en el correspondiente Real Decreto de estructura orgánica.*

2. *El Centro Estatal de Salud Pública tiene como objetivo 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. Asimismo, llevará a cabo labores de asesoramiento técnico y científico y de evaluación de intervenciones de salud pública en el ámbito de otras Administraciones.*

3. *El Centro Estatal de Salud Pública realizará el seguimiento y la evaluación de la Estrategia de Salud Pública y coordinará las acciones desarrolladas por los centros nacionales de salud pública.*

⁷⁷ Acoge un modelo cercano a las *Executive Agencies* Reino Unido, pensadas como forma de separación con la Administración general pues asumen las tareas que corresponden a los órganos encuadrados dentro del Departamento ministerial al cual se adscriben. Las *Executive Agencies* tienen, sin embargo, una estrecha relación con el departamento al que quedan adscritas. Es de resaltar, por su similitud con el *contrato de gestión*, el hecho de que su relación se instrumenta mediante un *Framework Agreement* suscrito entre la Agencia y el Departamento que fija su presupuesto, objetivos, controles y responsabilidades que asume la agencia.

ejercicio de potestades administrativas; se caracteriza por la autonomía, la agilidad y flexibilidad en la gestión, la transparencia y la rendición de cuentas y la evaluación por resultados. Una Agencia es creada por el Gobierno mediante Real Decreto⁷⁸ y tiene capacidad para movilizar la cooperación intersectorial e interadministrativa y fomentar al máximo las alianzas comunitarias. Puede acoger profesionales que no sean funcionarios y establecer un régimen retributivo más favorable que el general de los funcionarios para retener personal altamente cualificado.

Debe tener plena autonomía orgánica y funcional (así se ha de señalar en sus estatutos) y funcionar en su quehacer, tanto cotidiano como extraordinario, con aplicación de los principios de buen gobierno que evite su captura por intereses ajenos a la salud de la población. Ni los órganos de gobierno de la AESP ni su personal podrán aceptar ni solicitar instrucciones concretas de ninguna entidad pública –más allá de las establecidas normativamente en su creación- o privada. Cabe recordar la capacidad del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de tutelar la AESP a través del contrato de gestión plurianual y siempre de acuerdo con el Consejo Rector que integra las comunidades autónomas y otras instituciones o de los órganos de gobierno que se establezcan. Por tanto, formalmente el grado de independencia de la AESP es alto, pero no total pues el Gobierno la controla a través del contrato de gestión. La Institución de Salud Pública, adopte la forma que adopte, debe tener plena independencia en sus propuestas y en sus decisiones técnicas, pero existe amplio consenso en que esa independencia, así como la capacidad de influir en las decisiones políticas, se ha de ganar en base al prestigio que alcance, más que en base a un concreto régimen normativo. Y el prestigio de la entidad pasa necesariamente por su alta cualificación profesional, la científicidad de sus actuaciones y los mecanismos de selección y nombramiento del personal que ocupa puestos directivos, transparente competitivo y meritocrático.

Una Agencia Estatal y un Organismo Autónomo administrativo son figuras parecidas en cuanto a las funciones que les corresponde desempeñar ya que desarrollan actividades

⁷⁸ Si finalmente se propone una AESP con una estructura y funciones diferentes y no encajables en los marcos establecidos por el artículo 47 de la LGSP y 108 de la LRJSP, tendría que crearse mediante Ley.

estrictamente administrativas por lo que actúan sujetas al Derecho Administrativo. La mayor diferencia en cuanto a la asunción de competencia y funciones, es que los Organismos Autónomos se han limitado y se limitan a gestionar un determinado servicio público y, por el contrario, la Agencia tiene una perspectiva más amplia en su diseño pues, se le atribuirían las funciones de generar y trasladar conocimiento a los niveles de gestión, tanto de la Administración General del Estado como de las CC.AA. independientemente de que se considere la posibilidad de que asumiese algunas funciones de gestión directa. Además, la Agencia se puede configurar como un ente con una independencia más real y puede disponer de un mayor grado de autonomía en la gestión del que puede proporcionar la tradicional figura del organismo autónomo en su actual regulación.

La elección de la forma jurídica de “Agencia Estatal” condiciona en cierta medida la estructura y el régimen jurídico de la misma toda vez que esta entidad está bastante regulada en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público: artículo 108 ter: órganos de gobierno y contrato plurianual de gestión y plan anual de actuación; artículo 108 quater: régimen jurídico del personal; artículo 8 quinquies: régimen económico, financiero y de contratación; artículo 108 sexies: régimen presupuestario, de contabilidad y control económico financiero (lo mismo ocurre con el resto de entidades instrumentales: organismos autónomos, autoridades administrativas independientes, empresas públicas, etc.). No obstante tratar estas materias con cierto detalle, con más intensidad que el resto de las entidades que se regulan en dicha ley, la regulación es lo bastante flexible para poder diseñar unos estatutos de la Agencia acomodados a sus funciones y necesidades.

6.2. Programación de los objetivos de la agencia

Debe de actuar mediante **contratos plurianuales de gestión**⁷⁹, que se traducen en una programación de medios y objetivos mediante un plan de acción anual. El contrato permite

⁷⁹ En opinión de Cosculluela Montaner (Las Agencias Estatales, 2007), el contrato de gestión tiene como precedente el denominado contrato-programa que se establece en la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado para los restantes organismos públicos. Y la naturaleza de este contrato de gestión es más próxima al Plan de Actuación que prevé el artículo 62.2 de la LOFAGE para los organismos públicos que a un contrato propiamente dicho. La naturaleza de estos contratos de gestión es similar a la de los convenios entre

mantener cierta independencia respecto al ciclo político y legislativo (no obstante, el contrato confirma la relación de carácter instrumental con el Gobierno). El contrato debe establecer, como mínimos y para el periodo de vigencia, los siguientes extremos:

- a) Los objetivos a perseguir, los resultados a obtener y, en general, la gestión a desarrollar.
- b) Los planes necesarios para alcanzar los objetivos.
- c) Los recursos personales, materiales y presupuestarios a aportar para la consecución de los objetivos.
- d) Los efectos asociados al grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y los procedimientos de control financiero, sus efectos y gestión.
- e) El procedimiento para la introducción de las modificaciones o adaptaciones anuales que, en su caso, procedan.

En el contrato de gestión se determinarán los mecanismos que permitan la exigencia de responsabilidades por incumplimiento de objetivos.

El Consejo Rector de la AESP debe aprobar la propuesta de contrato inicial de gestión, en el plazo de tres meses desde su constitución, y los posteriores en el último trimestre de la vigencia del anterior.

El contrato de gestión es aprobado por Orden Conjunta de los Ministerios de Sanidad, de Hacienda y de Política Territorial y Función Pública.

Administraciones Públicas: en este caso, la Administración del Estado y las Agencias estatales, que además están directamente relacionadas conforme al principio de instrumentalidad entre ellas. Puede concluirse, por tanto, que la naturaleza jurídica del contrato de gestión puede asimilarse a la de un contrato-plan de acción en el que no existe una clara voluntad de vinculación contractual y sometimiento a un órgano independiente de jurisdicción para resolver posibles conflictos entre las partes. En cualquier caso, se trata de una figura contractual celebrada entre dos personas jurídicas diferentes y la vinculación existente responde a la función de tutela y por ello la figura y forma contractual es la que mejor responde a la necesidad de establecer obligaciones para ambas partes, **teniendo en cuenta que queda descartada la posibilidad de utilizar la facultad de dar instrucciones u órdenes vinculantes propias de una relación de jerarquía.**

6.3. Adscripción

Algunas voces han propuesto la adscripción de la AESP a las Cortes Generales a través del Senado⁸⁰. Otras han propuesto su adscripción al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁸¹. Empero, la AESP debe adscribirse necesariamente, por así exigirlo el artículo 85 de la Ley 40/2015, al Ministerio de Sanidad, a través de la Secretaría de Estado de Sanidad. Ello no es óbice para que se puedan considerar otras formas tales como los Consorcios de Administraciones y algunas otras.

⁸⁰ A las Cortes Generales se adscriben entidades de control y supervisión de las Administraciones Públicas como el Tribunal de Cuentas o el Defensor del Pueblo. Por el contrario, no tiene sentido jurídico-constitucional adscribirle una entidad que ejerce funciones y competencias propias de la Administración General del Estado.

⁸¹ El CISNS, según el Auto del Tribunal Supremo de 30 de septiembre de 2020 es una Conferencia Sectorial, que puede adoptar dos clases de decisiones: acuerdos y recomendaciones. Cuando la decisión reviste la forma de acuerdo, en el supuesto que la Administración General del Estado ejerza funciones de coordinación, es de obligado cumplimiento para todas las administraciones públicas integrantes de la conferencia con independencia del sentido de su voto. Según el art. 69 de la LCCSNS es "el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado". El elenco de funciones que debe ejercer el Consejo, recogidas en su artículo 71, son clasificadas por el legislador en cuatro grupos: a) funciones esenciales en la configuración del SNS; b) funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el SNS; c) funciones de coordinación del SNS; y d) funciones de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Lo que no resuelve la LCCSNS es cómo y con qué alcance tiene que funcionar el CISNS en el ejercicio de cada una de sus competencias. De este régimen se desprende que sus decisiones no tienen carácter vinculante. Hay, pues, una contradicción entre el Auto de TS y la LCCSNS.

La adscripción de la AESP al Ministerio de Sanidad a través de este órgano colegiado con funciones de coordinación no parece que sea muy acertada, pues el CISNS está en crisis permanente, entre otras razones, por falta de consenso respecto a alcance vinculatorio o no de sus acuerdos, y porque siempre han primado en sus decisiones más criterios políticos que técnicos. Como señalan las voces más autorizadas (Sánchez Morón 2018: pp.37 y ss.) su operatividad para lograr la cohesión del SNS es muy relativa. En suma, no parece que el CISNS, por su excesiva politización, pueda garantizar mejor la independencia y calidad de las actuaciones de la AESP, lo que no sería óbice para que sí se le encomiende la designación de los miembros del Consejo Rector.

7. Estructura

7.1. Estructura orgánica

Órganos de gobierno⁸²:

a) El Consejo Rector, es el máximo órgano colegiado de gobierno de la AESP; establece las directrices generales de actuación y ejerce el control superior de su gestión. Funcionará en Pleno y en Comisión Permanente.

La Comisión Permanente podrá adoptar, por consenso, acuerdos respecto de asuntos que, por razones de urgencia, no puedan demorarse a la convocatoria de un Pleno, así como aquellos que le hayan sido delegados por el Pleno, dando cuenta de ellos en el Pleno inmediatamente siguiente.

El Consejo Rector debe integrar representación del Ministerio de Sanidad, de las CC.AA., de las Entidades Locales (EELL), de las sociedades científicas y representantes de organizaciones ciudadanas y sociales⁸³. La designación de sus miembros puede hacerla el Consejo Interterritorial del SNS previa propuesta hecha por un órgano de selección profesional creado *ad hoc*. Debe primar la profesionalidad en la designación de los miembros. Puede valorarse si cada voto tiene el mismo valor o ha de instaurarse el voto ponderado (distinto valor a los votos según la representación). En nuestro criterio, no debe introducirse el voto ponderado.

Dispone el art. 108.ter que en el seno del Consejo Rector se ha de constituir una Comisión de Control, con la misión de informar al Consejo sobre la ejecución del contrato de gestión y, en general, sobre todos aquellos aspectos relativos a la gestión económico-

⁸² Esta propuesta concreta que aquí se presenta, se hace con la idea de someter a consideración algunas facetas que deben reunir los órganos de gobierno. Los expertos participantes en el documento han hecho diversas propuestas de interés alternativas como, por ejemplo, que haya un Consejo de Dirección (reúne a las personas responsables de la Agencia), un Comité de Gobierno (personas relevantes consensuadas y que se reúnen unas tres veces al año) y un Consejo Rector (tipo “senado” que se reúne una vez al año).

⁸³ El ECDC cuenta con un representante del Parlamento Europeo, para la Agencia podría considerarse la presencia de la persona que presida la Comisión de Sanidad del Congreso con mandato expreso de la Cámara. Por otra parte, podría también considerarse que tuviese un representante del ECDC lo que facilitaría la coordinación.

financiera. A este órgano colegiado se le puede atribuir, además, la función de dinamizar y facilitar el trabajo grupal y la evaluación del cumplimiento de los principios de buen gobierno.

b) La Dirección, que asumirá la gestión ordinaria de la AESP, la debe ocupar una persona nombrada y separada por el Consejo Rector a propuesta de la presidencia de este órgano entre personas que reúnan las cualificaciones necesarias para el cargo, según se determine en los Estatutos que deberán considerar prioritariamente la profesionalidad (art. 108 quater.11)

c) La Secretaría General, que se responsabilizará del área de administración y servicios.

d) Direcciones o Subdirecciones de Área Funcional; etc.

Conforme al régimen jurídico de personal que establece el art. 108 quater, los puestos directivos de máxima responsabilidad de la AESP no se reservan a funcionarios y pueden cubrirse con personal laboral mediante contratos de alta dirección. También prevé, pero no lo impone, que el proceso de provisión del personal directivo, incluida la Dirección, no sean estrictamente de libre designación, y pueda ser realizado siguiendo la fórmula reglada que se aplica en Portugal: un órgano especializado en selección de personal que formula una propuesta motivada al Consejo Rector en la que presenta a tres personas –número que podría ampliarse- para cada puesto a cubrir. Al no haberse creado aquí un órgano similar al de Portugal y otros países, habría que diseñar en los Estatutos un órgano de selección *ad hoc*. En los antecedentes se han mencionado modelos de nombramientos de personal directivo que pueden consultarse.

Es recomendable que el mandato de los miembros de los órganos de gobierno colegiados y titulares de los unipersonales sobrepase el ciclo político y que pudiese sólo ser renovable tras evaluación previa (cinco o seis años).

Deberán hacer declaración de conflictos de intereses, que deberán ser valoradas y controladas por el correspondiente órgano *ad hoc*.

e) Comisión de Dirección. Estará integrada por la persona titular de la Dirección y los titulares de las Subdirecciones que se creen. Será el órgano de coordinación y seguimiento de

las actividades de la AESP, con el objeto de asegurar una actuación integral y cohesionada en la actividad propia de Agencia y una gestión eficiente de sus recursos.

Órganos consultivos y de asesoramiento:

a) Comité Científico Asesor de Salud Pública: órgano consultor sobre los aspectos técnicos y científicos de la salud pública. Estará formado por personas expertas de reconocida solvencia en el ámbito de la salud pública cuyo procedimiento de nombramiento se establecerá en los Estatutos de la AESP.

b) Red de Centros⁸⁴ y Personas Expertas en Salud Pública⁸⁵: aglutinaría la mejor inteligencia y experiencia posible en salud pública, para el asesoramiento científico en materia de salud pública, así como para la realización de los estudios e investigaciones que sean precisos en la materia. Más adelante se hace una descripción de cómo podría configurarse la red de centros. La red ha de contar con representación de las distintas áreas de conocimiento y experiencia necesarios para acometer las funciones de asesoría científico-técnica, investigación, evaluación y estudios previstas, por lo que los expertos de la Red tendrían principalmente dos perfiles: académico y científico de excelencia y profesional acreditado. El procedimiento de nombramiento y, en su caso, las indemnizaciones o compensaciones por razón de los servicios prestados, se detallará en los Estatutos de la AESP.

La organización y funcionamiento de la Red se detallará en los Estatutos de la AESP.

c) Comités de Personas Expertas, designadas por su alta especialización en una determinada materia.

⁸⁴ Véase, por ejemplo, la Orden PCI/1381/2018, de 18 de diciembre, por la que se regula la Red de Laboratorios de Alerta Biológica "Re-Lab".

⁸⁵ Las redes de centros y expertos están muy poco desarrolladas en el ámbito de la sanidad pública. No obstante, empieza a experimentarse con ellas. Por ejemplo, véase la Orden de 4 de diciembre de 2015, de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, por la que se regula la estructura, organización y funcionamiento de las redes de expertos y profesionales del sistema sanitario de Castilla-La Mancha. Dispone que se denominará Red de Expertos y Profesionales Sanitarios a la unidad funcional sin personalidad jurídica propia, de carácter consultivo y composición multidisciplinar constituida para la definición de criterios homogéneos en la gestión de las distintas políticas sanitarias, así como para la valoración y toma de decisiones que afecten al conjunto de la organización.

Dentro de la Red, la AESP podrá crear Comités de Personas Expertas/Asesoras de carácter temporal por razón de concretas emergencias integrados por profesionales de alta cualificación, que prestarán el asesoramiento científico-técnico en aquellas materias que se precisen.

La creación y funcionamiento de estos Comités, en cuanto órganos colegiados, se ajustará a lo establecido en los artículos 19 a 22 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

La AESP deberá disponer de **una partida presupuestaria específica para financiar este tipo de relaciones**⁸⁶.

Órganos de participación:

a) Consejo de Participación. Será el órgano de participación activa que ejerce funciones de participación ciudadana, asesoramiento, consulta y seguimiento con relación a cuestiones relativas a la salud pública y a la salud en general. Deben estar presentes otras administraciones, sociedades científicas y organizaciones civiles que impulsen la salud de la población. Su composición se detallará en los Estatutos de la AESP.

7.2. Estructura funcional

El diseño de la estructura funcional de la AESP está supeditado a las **funciones de gestión directa, de asesoramiento y apoyo**.

El artículo 47 de la Ley general de Salud Pública le atribuye solo funciones de asesoramiento técnico y de evaluación de intervenciones y señala que actuará bajo las directrices del centro directivo responsable de la salud pública. La disposición adicional cuarta de dicha Ley dispone que *la creación del Centro Estatal de Salud Pública, previsto en el artículo 47, se realizará mediante la reestructuración de las unidades existentes contempladas en el Real*

⁸⁶ A tenor de la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2020, como quiera que la relación de asesoramiento de estos expertos con la AESP no sería habitual sino esporádica, la relación jurídica de vinculación sería, en todo caso, civil, no laboral. La figura contractual utilizable posiblemente pueda ser un contrato mercantil de prestación de servicios de asesoría o consultoría para los profesionales a los que se consulte de forma periódica. Es aconsejable formalizar un contrato si la colaboración va a ser continua, aunque interrumpida en el tiempo.

Decreto por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, sin que pueda suponer un incremento de los créditos presupuestarios.

También establece que dicho centro coordinará su actividad con los centros nacionales de Epidemiología, Microbiología, Sanidad Ambiental, Medicina Tropical, Escuela Nacional de Sanidad y Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, y otras unidades, centros y organismos de titularidad estatal que tengan entre sus competencias el desarrollo de funciones en materia de salud pública en conexión con el desarrollo de actividades de investigación.⁸⁷

Empero, las previsiones del Gobierno, según el Plan De Recuperación, Transformación Y Resiliencia, son más ambiciosas. Atendiendo a tales previsiones, la primera cuestión que cabe plantearse es si la AESP debe ser una entidad con funciones exclusivamente de asesoramiento técnico y científico y de evaluación de las intervenciones de salud pública, adscrita y dependiente de la Secretaría de Estado de Sanidad y vinculada al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio mantendría algunas –o todas- las funciones de gestión ejecutivas que le corresponden (el citado plan dice que la AESP ejercerá competencias de análisis y estudio, de asesoramiento técnico, de propuesta de medidas a las autoridades sanitarias y también de gestión directa⁸⁸, sobre todo en el ámbito de la preparación y coordinación de respuesta ante situaciones de emergencia, pero no solo éstas). En cualquier caso, cabe realizar una evaluación previa sobre si hay funciones, además de las de asesoramiento y propuesta, que podría asumir la AESP. Muchas de las opiniones recogidas se

⁸⁷ El contexto actual derivado de la pandemia de Covid-19 aconseja configurar la nueva institución de una forma distinta a la inicialmente considerada en momentos de grave crisis económica y, sobre todo, con la idea de que no se trata de hacer cambios para que todo siga igual, sino de configurar una institución de utilidad para la sociedad española en el siglo XXI.

⁸⁸ Por ejemplo, la sanidad exterior tiene la responsabilidad de:

a) Organizar y garantizar la prestación y calidad de los servicios realizados en los puestos de inspección fronteriza y los controles sanitarios realizados en las fronteras españolas, los medios de transporte internacionales, así como la atención del tránsito internacional de viajeros y la mejora de los servicios de vacunación internacional prestados por la Administración General del Estado.

b) Prevenir, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional y el Convenio Internacional sobre la Armonización de los Controles de Mercancías en las Fronteras, la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darles respuesta proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

c) Articular una red de vigilancia de sanidad exterior tal como se dispone en el artículo 49 de la LGSP.

inclinan por la posibilidad de que asuma las de asesoramiento y de gestión, si bien el alcance de las de gestión es más o menos limitado. Por ejemplo, habría más consenso en que asuma las de vigilancia en salud pública. Sí parece claro, que el Ministerio de Sanidad establece las estrategias y políticas de salud en el ámbito de sus competencias, con la ayuda técnico-científica de la AESP, estrategias y políticas de salud pública que se coordinan y aplican por el Consejo Interterritorial de Salud.

La Red de Vigilancia en Salud Pública, sin perjuicio de que mantenga autonomía técnica, debe integrarse plenamente en la AESP, con una estructura que coordine no sólo la vigilancia de enfermedades sino una vigilancia integral y de los determinantes sociales de la salud, según como dispone la Ley General de Salud Pública y el documento de la Estrategia de Vigilancia de Salud Pública.

Deberá **aglutinar competencias y funciones dispersas en diversos órganos y entidades estatales** (el Plan habla de aglutinación de las materias dispersas). Por ejemplo, las actualizaciones de la cartera de prestaciones de salud pública que actualmente corresponde a la Dirección General de la Cartera Común de Servicios del SNS. Y otras funciones, actualmente dispersas en centros como el Centro Nacional de Epidemiología⁸⁹, 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; etc. Quizás también la Escuela Nacional de Sanidad. Si bien, es preciso un análisis minucioso para evitar duplicidades y maximizar la eficiencia.

La AESP debe estructurarse como un **Centro en Red** constituido por una serie de nodos: un nodo coordinador, nodos autonómicos (centros u órganos de salud pública de las administraciones autonómicas y locales) y 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 de

⁸⁹ [La Disposición Adicional cuarta LGSP prevé la continuidad del Centro Nacional de Epidemiología al disponer que el CESP deberá coordinarse con tal Centro.](#)

excelencia.⁹⁰ El trabajo efectivo en red permite optimizar los recursos de que se dispone en todo el territorio generando un valor añadido que excede de la suma de las partes y que tiene un sustento fundamental en la interacción de los sujetos que integran la red y en los flujos de información que circulan por la red. Para el trabajo en red, la AESP debe generar mecanismos de colaboración interinstitucional verticales y horizontales, así como vínculos jurídicos (fundamentalmente a través de convenios) a partir de unas directrices globales compartidas entre todos los nodos y sus miembros, que aportarían soluciones cooperativas en las que todos estén implicados. La asunción general de los principios antes reseñados que han de presidir las actuaciones de la AESP y una mutua colaboración en la búsqueda del consenso puede hacer que los miembros se consideren un 'todo', aunque estén dispersos y dedicados a diferentes tareas.

Atendiendo a las funciones gestoras, asesoras, evaluadoras, de fomento de investigación, etc., que finalmente se le asignen y que le corresponda ejercer, deberá estructurarse en áreas o unidades funcionales, de un lado, para el ejercicio de las funciones estatales que asuma, y de otro lado, para el ejercicio de las funciones de asesoramiento, abogacía y evaluación que se le atribuyan.

⁹⁰ Ildefonso Hernández y Andreu Segura, “La salud pública en España, radiografía de situación tras la Covid-19”, 2020, escriben que “el futuro Centro Estatal de Salud Pública previsto en la LGSP debe ser una organización en red que reuniera en capas todas las capacidades científicas y técnicas potencialmente útiles para la salud pública y que, además de su actividad rutinaria para servir de sostén a las actividades nucleares de la salud pública, pudiese activarse para servir a cualquier actividad que lo necesitase en cualquier territorio. Debería adaptarse a la estructura bidimensional estatal de la salud pública con una conexión fluida con las agencias, relacionadas directa o indirectamente con la salud en la Unión Europea y, a su vez, con las instituciones, universidades y centros de investigación de todo el país. En el plano estatal serían necesarias conexiones estables con organismos públicos y privados generadores de información, como, por ejemplo, el Instituto Nacional de Estadística. Debería ser capaz de realizar tareas diversas, como guiar científica y técnicamente las políticas de salud pública a cualquier nivel, tener identificados científicos y salubristas que pudieran componer con rapidez grupos de acción in situ o a distancia, tanto para la evaluación de impacto en salud de un plan de movilidad regional, como para investigar una enfermedad emergente, sea en el ámbito nacional o en el internacional.”

8. Ejercicio de sus competencias

A la AESP, dentro del ámbito de sus competencias, le corresponderá el ejercicio de las potestades administrativas precisas para el cumplimiento de sus fines, en los términos establecidos en sus Estatutos, y de acuerdo con la legislación aplicable, salvo la potestad expropiatoria (art. 89.2).

Podría ejercer sus funciones de las siguientes formas:

1. Mediante los órganos y unidades que la integran.
2. Mediante contratos o convenios, con sujeción a la normativa de contratos del sector público
3. Mediante cualquiera de las demás formas de gestión admitidas en derecho.

Los órganos gobierno y de dirección de la AESP ejercerán sus competencias y funciones con sujeción a la Ley 39/2015, a sus estatutos y al resto de las normas de derecho administrativo general y especial que les sean de aplicación, dictará los actos y resoluciones necesarios, los cuales podrán adoptar las formas siguientes:

- a) Resoluciones del Consejo Rector.
- b) Resoluciones, instrucciones y procedimientos de actuación del Director/a.

Estos dos tipos de actos dictados en el ejercicio de sus competencias o por delegación o avocación, agotarán la vía administrativa y podrán impugnarse directamente ante la jurisdicción contencioso-administrativa (se refuerza así la no subordinación jerárquica con el Ministerio de Sanidad. Algunos entes instrumentales obligan a interponer un recurso de alzada ante el Ministra/o correspondiente).

Las reclamaciones previas a la vía judicial civil o laboral deben ser resueltas por el Director/a de la AESP, al/a la que también corresponderá la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivadas de las actuaciones de la Agencia de conformidad con la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

El resto de los actos y resoluciones que dicten los responsables de las unidades en las que se estructure la AESP, serán susceptibles de recurso de alzada ante el Director/a.

9. Recursos financieros

Dispone en el artículo 108 quinquies, los recursos económicos de los que se puede financiar las Agencias. De entre ellos, son aplicables a la AESP:

a) Transferencias consignadas en los Presupuestos Generales del Estado.

b) Ingresos propios que perciba como contraprestación por las actividades que pueda realizar en virtud de contratos, convenios o disposición legal, para otras entidades públicas, privadas o personas físicas; así como ingresos procedentes de las tasas y de los precios públicos que conforme a la legalidad vigente le puedan corresponder.

c) Ingresos recibidos de personas físicas o jurídicas como resultado de la producción de transferencia de conocimiento o del patrocinio de actividades o instalaciones.

d) Ingresos de derecho público o privado (por ejemplo, subvenciones y aportaciones que se concedan a su favor, procedentes de fondos de organismos públicos o privados nacionales o internacionales, de la Unión Europea, o de otros).

e) Cualquier otro recurso que pudiera serles atribuido estatutariamente, como, por ejemplo, ingresos procedentes de sanciones administrativas y resoluciones judiciales.

9.1. Régimen jurídico del personal conforme al marco del artículo 108 quater de la ley 40/2015.

Ver Anexo III.

10. Diseño institucional

“Una agencia que reúna las capacidades de todo el estado de forma articulada y eficiente para poner lo mejor del país al servicio del conjunto, es decir, de la administración pública local, regional o nacional que lo necesitase, así como para actuar a nivel internacional de forma competitiva dadas las capacidades técnicas y científicas disponibles”⁹¹

La AESP es una estructura distribuida organizada en red que requiere un nodo coordinador (NC-AESP), 17 nodos autonómicos (NA-AESP) y N nodos temáticos (NT-AESP) para que pueda realizar sus funciones. Incluye además una red de personas expertas.

El nodo coordinador de la AESP no es un nodo central ni centralizador que lo hace todo, sino que su función es orquestar la Red para asegurar la ejecución de las líneas de actuación acordadas en sus órganos colegiados de gobierno, encargándose de alinear los recursos y servicios disponibles en la AESP. Este nodo armonizador y facilitador, apoya a los nodos NA-AESP para que contribuyan con su parte. El resultado sería una Red que trabaja para todos los nodos y todos los nodos para la Red, en un intercambio de saberes y conocimiento claramente ampliado, que permite a cada nodo responder mejor a sus propios retos y fomenta la inteligencia colectiva. Como parte del intercambio, se crearán grupos de trabajo a partir de la Red de Personas Expertas con duración acorde a la función prevista, unos grupos que aportan de forma eficiente al conjunto de la red los saberes científicos técnicos imprescindibles para resolver cuestiones concretas⁹². El espejo en el que reflejarse pudiera ser el ECDC. Entre las

⁹¹ Componente 18 del Plan de Renovación, “modificado” para incluir la dimensión de administración local.

⁹² La OMS tiene establecidos unos procedimientos de selección y funcionamiento de los grupos de expertos que merecen considerarse: [https://www.who.int/publications/m/item/terms-of-reference-for-strategic-advisory-group-of-experts-on-in-vitro-diagnostics-\(sage-ivd\)](https://www.who.int/publications/m/item/terms-of-reference-for-strategic-advisory-group-of-experts-on-in-vitro-diagnostics-(sage-ivd))
<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/06/21/default-calendar/23rd-expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines>
<https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization/>
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/callforexperts_sageroster_july2021.pdf?sfvrsn=19cfe509_7
<https://www.who.int/about/partnerships/expert-advisory-panels-and-committees>

funciones del ECDC se encuentra la de dar soporte a los estados miembros en la consecución de prioridades de salud pública a medio plazo.

Siguiendo este ejemplo, la AESP regida por un sistema de gobernanza donde las decisiones son colegiadas, funcionaría de forma que todos los nodos autonómicos reciben a través del nodo coordinador formación, apoyo y servicios técnicos y tecnológicos (procedentes del conjunto de la Red) para mantener y mejorar las capacidades de sus sistemas locales y su capital humano especializado.

El nodo coordinador funciona además como punto de enlace singular que recibe las demandas externas (nacionales, autonómicas e internacionales) y canaliza las iniciativas de los órganos colegiados que dirigen la AESP para movilizar a los nodos de la Red (autonómicos y temáticos) según las necesidades.

NC-AESP asumiría las funciones que le correspondieran entre las que actualmente están asignadas a estructuras/órganos ya existentes en el ámbito estatal (las acuñadas como “responsabilidades dispersas” en los textos de la ley y del componente 18), implicando, entre otros, a la DGSP del Ministerio de Sanidad (por ejemplo, el CCAES, la Red de Vigilancia en Salud Pública o la Red de Vigilancia de la Equidad y de los Determinantes Sociales de la Salud), a determinados centros del ISCIII (como CNE, CNM, CNSA, ENMT o ENS), a Observatorios estatales (de Salud, de Salud de las Mujeres, de Salud y Cambio Climático, de las Drogas y las Adicciones, de Condiciones de Trabajo...) o a otras estructuras de vigilancia relacionadas con la salud dependientes, por ejemplo, de la Agencia Estatal de Seguridad Alimentaria y Nutrición (como el Centro Nacional de Alimentación) o del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (como el Centro Nacional de Condiciones de Trabajo). La integración o la coordinación con diversos centros deberá considerarse de acuerdo a las funciones esperadas de la AESP y las capacidades de la nueva Agencia. No obstante, hay algunas cuestiones que deberían quedar establecidas en el momento de su creación, como por ejemplo la metodología para el acceso

compartido a los datos de mortalidad y complementarios que gestiona el Instituto nacional de Estadística.

10.1. Requisitos para la puesta en marcha de la AESP

- Definición de los servicios y capacidades básicos requeridos para integrarse en la red según rol y área funcional donde se ubique cada nodo. Es relevante recordar la necesidad de garantizar las competencias y capacidades en apoyo de la preparación y respuesta a las crisis de salud pública agudas, subagudas o crónicas lo que supone además de las tareas básicas la disposición de reservas estratégicas de materiales y las colaboraciones con el sector privado a estos fines.
- Plan financiado de desarrollo de estos servicios en cada uno de los nodos (inversión 3 componente 18 para empezar “2.- Nuevo sistema de Información de la Red Vigilancia en Salud Pública. 27.400.000 euros”), permitiendo que, por encima de ese paquete básico, los nodos puedan especializarse en funciones de alto valor en las que puedan aportar excelencia para convertirse en referencia para toda la red.

Los NA-AESP serán organizados por cada consejería según contexto local. Idealmente deberían tener estructura y recursos diferenciados de las Direcciones Generales de Salud Pública de las cuales dependerían, pero pueden adoptarse otras formas. Lo señalado anteriormente para el nivel estatal sería también de aplicación para las CC.AA., debiendo depender los NA-AESP de las Subdirecciones Generales o Vice-consejerías, según el caso. Tendría la responsabilidad de organización de los agentes locales en un ecosistema funcional operativo según las peculiaridades de cada entorno.

Los NT-AESP son centros u organismos o redes de carácter científico, técnico o de apoyo ya constituidos que ostentan una trayectoria sólida y de alta competencia técnico-científica en

alguno de los ámbitos que incumben al AESP⁹³. Su “adscripción” o colaboración con la AESP es estable mediante convenios (sujeta a revisiones periódicas de desempeño), pero su movilización y la intensidad de su contribución dependerán de las prioridades y líneas estratégicas que en cada momento ocupen a la AESP, y vendrán generalmente mediadas por proyectos con productos y actividades concretos con financiación específica (en coherencia con los contratos plurianuales de gestión los planes de acción anual que se enunciaban en el epígrafe 6.1).

Entre los centros –de diverso carácter- estatales que podrían participar en la Red podrían citarse los siguientes (lista no exhaustiva ni priorizada): Instituto de Salud Carlos III; Instituto Nacional Estadística; Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; Centros de Investigación Biomédica en Red (especialmente el Cibersp); Red Española de Ciudades Saludables de OMS-EURO; Instituto geográfico nacional; Centro Investigaciones Sociológicas (CIS); Instituto Nacional de Bioinformática; Red Española de Supercomputación (RES); Centros de excelencia de CSIC (por ejemplo, la Estación Biológica de Doñana puede colaborar para el control del brote por el virus del Nilo). Entre los centros autonómicos que podrían participar enumeramos algunos ejemplos (nótese que son muchos los institutos de investigación en la CC.AA. y únicamente se cita alguno a modo de ejemplo): Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); Observatorio de Salud de Asturias; Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB); Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal); Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (Fisabio); instituciones universitarias relacionadas; etc. La naturaleza legal del vínculo entre la AESP y estos centros de excelencia no deberá condicionar la plena participación de estos centros en la red.

La AESP deberá buscar proactivamente instituciones de interés para sus cometidos y establecer procedimientos para la incorporación de acuerdo a las funciones encomendadas. En la lista anterior puede haber obvias omisiones de organismos que por sus características deben

⁹³ Al respecto cabe tener en cuenta la experiencia de los Centros de Referencia del Sistema Nacional de Salud en el ámbito asistencial.

necesariamente estar en la mencionada Red. Por otra parte, en este informe no creemos imprescindible establecer qué criterios deberían emplearse para la inclusión de centros. Sí entendemos que algunos nodos podrían asumir actividades de gestión. También entendemos que, por la propia naturaleza de la Agencia, constituida en red de instituciones o centros, creemos que debería aceptarse que algunos centros de determinadas características tuviesen un ámbito de actuación más amplio que su dependencia territorial con la oportuna articulación administrativa y financiera.

10.2. Áreas funcionales de la AESP

Se trata de crear una red estatal de nodos de salud pública, capilar en cuanto al territorio y bien organizada en áreas funcionales operativas.

La organización funcional de esta AESP distribuida seguiría la siguiente lógica:

ÁREAS TRANSVERSALES:

Concentran recursos humanos y materiales muy especializados que trabajan al servicio de las áreas temáticas y proveen los medios para que éstas puedan llevar a cabo sus objetivos. Junto con las áreas temáticas, abordan las dimensiones de acción mencionadas en la figura 1 (página 26). Suponen unas líneas de fuerza de trabajo perpendiculares a aquellas desarrolladas por las áreas temáticas, pero en estrecha interacción con estas. Su relación con estas es, en este sentido, instrumental. Sus objetivos propios consisten en mantenerse continuamente actualizadas al estado del arte en sus respectivos ámbitos y mejora continuada de su capacidad para dar servicio a las áreas temáticas. Se proponen a continuación 5 áreas a modo de ejemplo para ilustrar el propósito de estas acciones de carácter transversal, podrían ampliarse o precisarse (figura 2).

1. Epidemiología y ciencias de datos, sistemas de información, y prospectiva.

Metodología epidemiológica; herramientas de modelización, e-(Public)Health, manejo de datos masivos estructurados o no, aplicaciones de inteligencia artificial y explotación de lenguaje natural. Sistemas de información, calidad de datos, interoperabilidad semántica, tecnológica y legal, gobernanza. Participación en el data-lake nacional. Integración de sistemas de

información de diferentes administraciones (Transición Ecológica y el Reto Demográfico, Educación, Fomento, Empleo, Asuntos Económicos y Transformación Digital, etc.) que favorezcan establecer la estrategia de salud en Todas las Políticas. Prospectiva, anticipación de tendencias y escenarios a 5-10 años a partir de la vigilancia de salud pública con la monitorización determinantes sociales y ambientales de la salud, de la identificación de factores de comportamiento, expectativas sociales, económicos y tecnológicos que convergen para dar forma a nuevas necesidades o retos de salud pública.

2. Identificación y análisis de políticas e intervenciones. Monitorización de innovaciones a nivel global de intervenciones eficientes en ganancia en salud poblacional; ciencias de la implementación en políticas de salud pública en distintos contextos; seguimiento del uso de las leyes y la regulación como instrumento de mejora de la salud de la población; innovaciones en ciencias sociales y políticas aplicadas a las políticas intersectoriales que influye en la salud; etc.

3. Visualización de datos y estrategia comunicativa incluyendo movilización del conocimiento e influencia en la esfera pública en defensa de la salud; ciencia de la escucha y monitorización de los discursos sociales relevantes para la salud colectiva (herramientas y estudios de análisis de necesidades y oportunidades sociales, condiciones de vida, percepción de riesgos y de utilidad de medidas salud pública, escucha de propuestas ciudadanas, promoción y mantenimiento de encuadres de cruce de saberes entre el saber técnico y el lego, etc)⁹⁴.

4. Capacitación competencial y fomento/retención del capital humano orientada a programas modulares flexibles y versátiles en cuanto a la variedad de temáticas, que permitan construir competencias en itinerarios organizados, antes que obtener grados y títulos.

⁹⁴ Si para algunos es discutible que pueda limitarse la definición de la epidemiología a “la ciencia de los datos”, en el caso de la salud pública, y la vigilancia de salud pública, es más discutible todavía esta acotación simplista a los datos en su definición. Por ello, hay que poner a un nivel operativo (organización transversal) la invocada interdisciplinariedad de la AESP.

5. Innovación en salud pública: Financiación y evaluación de intervenciones innovadoras, orientada en incentivar la innovación escalable en salud pública (mecanismos de financiación de programas similares al CDC).



Figura 2. Esquema de las áreas nucleares transversales y los servicios e instrumentos que deben aportar a las áreas temáticas de la AESP.

ÁREAS TEMÁTICAS⁹⁵:

Se conciben como los grandes ejes en los que la AESP puede aportar valor estratégico para transformar la forma de hacer salud pública. No responde al esquema consuetudinario de

⁹⁵ Los contenidos incluidos de las Áreas Temáticas son incompletos, se incluyen algunas líneas a modo de ejemplo.

disciplinas o funciones de la salud pública (pese a que éstas estarían consideradas en la labor diaria), sino que trata de señalar los retos de la salud pública del siglo XXI para convertirlos en líneas específicas de desarrollo del conocimiento y de la acción de la AESP. Los contenidos de las áreas no se detallan deliberadamente, pues dependerá en gran medida de las capacidades finalmente disponibles y el diseño administrativo.

1. Vigilancia de salud pública e información sobre la salud.

Los componentes de la vigilancia de la salud y de sus causas está establecida en la Ley general de Salud Pública. El documento de la Estrategia de Vigilancia de Salud Pública ya contempla que los retos de la vigilancia van más allá de sus cometidos y del alcance de sus contenidos. Desde esta área se gestiona, además de la nueva Red de Vigilancia en Salud Pública, la coordinación de alertas y emergencias sanitarias a nivel estatal y los enlaces con las contrapartes europeas y multilaterales (ECDC, OMS, etc.). También se gestiona el sistema de información en salud pública mencionado en el capítulo IX de la Ley General de Salud Pública y se articulará la coordinación con el sistema de información sanitaria y con otros sistemas de información relevantes para la salud de la población.

2. Salud y equidad en salud en todas las políticas y “una sola salud”.

Se trata de incorporar los principios de la salud pública a todas las actuaciones de los distintos sectores del gobierno, y también de la Agencia articulando la interdependencia de todos estos ámbitos en la actuación de la AESP, con el objetivo de cambiar la mirada biomédica por una mirada de determinantes sociales de la salud

3. Políticas y actuaciones en salud pública.

En esta área se incluyen las estrategias salud pública que, con variaciones, responden a las denominaciones de **promoción de la salud, protección de la salud y prevención**. Pero la idea es que además de las funciones de coordinación de estas estrategias, se dé apoyo a las políticas y programas saludables y sostenibles desarrolladas a partir de la Estrategia Estatal de Salud Pública, desde una coordinación intersectorial. La AESP contribuiría de forma activa a estimular la innovación en salud pública, desde un apoyo científico y técnico de las decisiones sobre la cartera de servicios de salud pública, para mantenerla actualizada y de alta calidad.

4. Evaluación de políticas públicas y de políticas de salud

Tal como está establecido normativamente, a la Agencia le correspondería evaluar la Estrategia Estatal de Salud Pública, pero sus cometidos de evaluación serían más amplios. La idea es que esta área impulse la evaluación de políticas y la evaluación de impacto en salud y en equidad en salud de las políticas públicas. Algunas de estas iniciativas están ya desarrolladas en algunas comunidades autónomas y a través de la red de la Agencia se puede facilitar y apoyar su implementación en otros territorios

Estas áreas alimentan la función última del AESP y generan un vector de acción final de toda su fuerza de trabajo (Figura 3): monitorizar y hacer recomendaciones para mantener actualizada la Cartera de Servicios de Salud Pública.

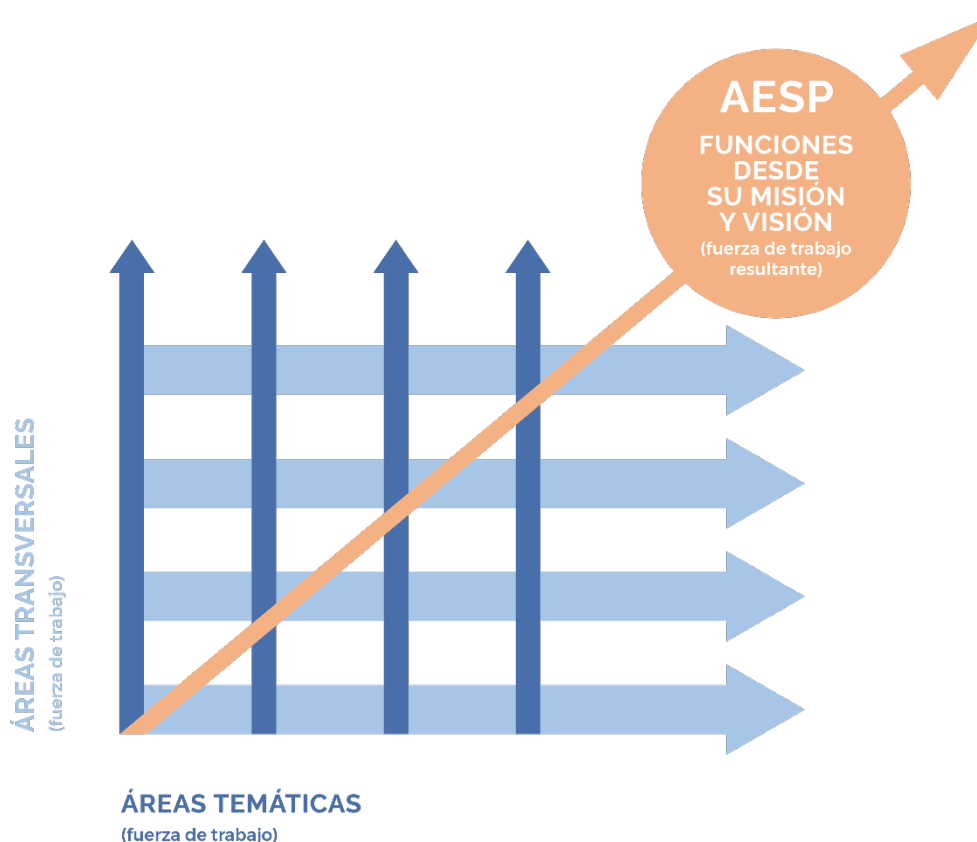


Figura 3. Si simbolizamos la fuerza de trabajo desde distintos ángulos y en distintas direcciones (diferentes áreas temáticas, pero también con distintos pilares centrales a la labor de la AESP), podríamos ilustrar una fuerza de trabajo resultante que ilustraría la acción en salud pública de la Agencia Española de Salud Pública.

En cuanto a la red orquestada de la AESP es útil establecer una tipología de roles organizados en la siguiente matriz para visualizar los flujos de demanda y provisión de conocimiento. Obviamente los roles no son unívocos y la mayoría de los nodos se comportarán a la vez como “proveedores” y “usuarios” de la AESP.

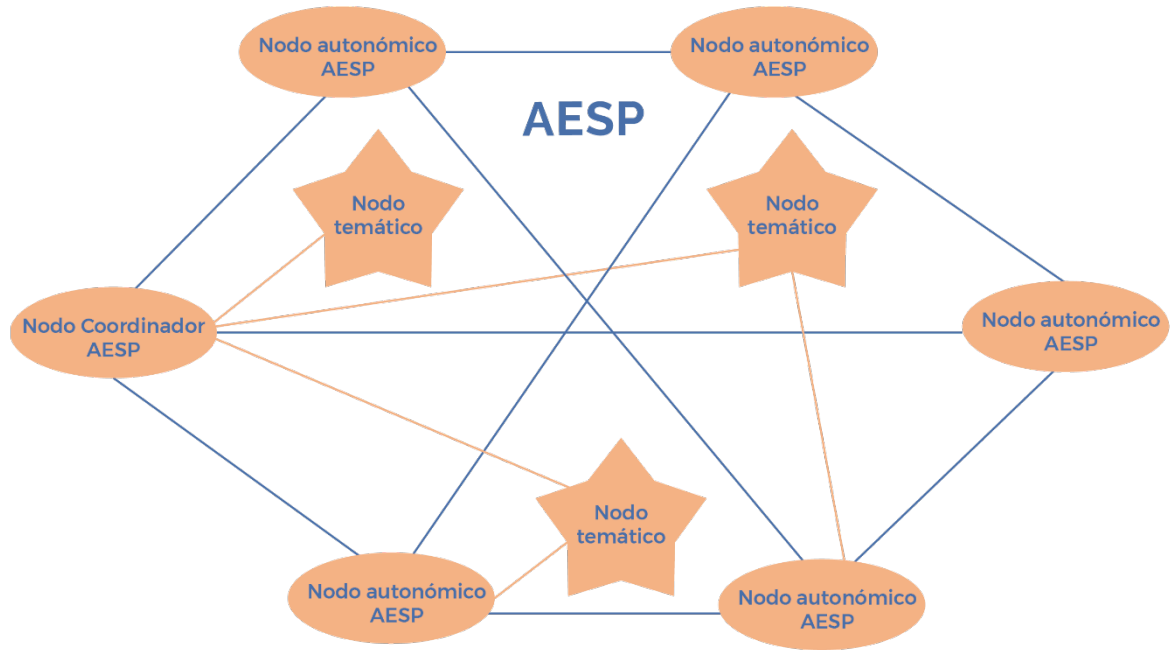


Figura 4. Aproximación al diseño en red de la Agencia Estatal de Salud Pública.

11. Funciones de la Agencia Estatal de Salud Pública.

En los anteriores apartados se han esbozado ya parte de las funciones principales que podría asumir la AESP así como una posible estructura. Hay una parte de las funciones que corresponden a la Cartera de Servicios de Salud Pública que desarrolla la Administración General del Estado que podrían coordinarse desde o apoyarse en la AESP, y otra parte más innovadora que responde a las necesidades de provisión de directrices científico-técnicas en salud pública y de anticipación y resolución de problemas del conjunto de la sociedad española. Abordamos ambas facetas a continuación.

11.1. Gestión directa de las funciones esenciales de salud pública que corresponden al nivel estatal⁹⁶

Se revisaron los antecedentes sobre la categorización de servicios de salud pública en las distintas administraciones en España y describieron las funciones y servicios esenciales de salud pública y actividades asociadas en la Administración General del Estado⁹⁷. Al escribir sobre las perspectivas de futuro, se constataba, por una parte, la importante actividad de la Administración General del Estado en materia de salud pública, a pesar de las transferencias a las CC.AA. y la existencia de una importante fragmentación institucional de sus servicios de salud pública, tanto entre estructuras diversas del ministerio competente en materia de sanidad como de otros ministerios u organismos autónomos. Aunque aceptaban que parte de esta fragmentación es inevitable por la propia naturaleza intersectorial de la salud pública, señalaban que podría haber ventajas de escala en una organización más compactada, por ejemplo, concentrando parte de estas actividades en una única entidad administrativa.

⁹⁶ Hay que subrayar que las funciones aquí consideradas, lo son a beneficio de análisis de las opciones. Como más arriba se ha mencionado, el alcance de funciones de la futura Agencia Estatal de Salud Pública en una cuestión que tiene diversas implicaciones e impactos que debe valorarse minuciosamente.

⁹⁷ Villalbí JR et al. La cartera de servicios de salud pública en el Sistema Nacional de Salud: la aportación de la Administración General del Estado. Rev Esp Salud Publica 2010;84(3):247-54. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000300003

Consideramos que hay bastantes funciones sobre las que es fácil coincidir en que, en el caso de que se optase por esta opción, podrían realizarse en la AESP⁹⁸. Por ejemplo, colaborar en la planificación estratégica de salud pública estatal incluyendo la seguridad sanitaria (preparación ante amenazas y respuesta en crisis sanitarias), la priorización de políticas de salud pública y las estrategias de comunicación. Dentro de esta función, podría realizar, tal como hace el ECDC, la evaluación del nivel de preparación que tiene el Estado y las CC.AA. frente a futuras amenazas y crisis sanitarias. El grado o significado que le demos al término colaboración dependerá en cada caso de la relación de la AESP con el Ministerio de Sanidad. Idealmente la AESP debe aportar las bases de conocimiento que permitan tomar decisiones. Por ejemplo, puede establecer diversos procedimientos de formulación de prioridades y describir los fundamentos que explican el proceso de priorización, pero la formulación definitiva de las prioridades de salud estatales le corresponde al Ministerio.

En la misma línea, la AESP podría contribuir decisivamente a la valoración del estado de salud de la población y de sus condicionantes sociales. Para ello **debe desarrollar la vigilancia de salud pública estatal, coordinarse con organismos supranacionales (ECDC, OMS, OCDE, etc.), gestionar la información precisa para la preparación y respuesta a emergencias sanitarias, coordinar los distintos sistemas de información sanitaria, realizar informes periódicos de salud (determinantes sociales, situación, amenazas, riesgos, activos, etc.), evaluar los impactos en salud y equidad de las intervenciones de las administraciones públicas y de otros agentes, etc.** El artículo de Villalbí y cols. antes referenciado hace una relación bastante exhaustiva de todas estas funciones y señala las estructuras de la Administración General del Estado donde se realizan, tanto en distintas unidades del Ministerio de Sanidad, en el Instituto de Salud Carlos III o en otros departamentos. Dependiendo del

⁹⁸ Será preciso resolver cuanto antes qué funciones ejecutivas o directas debe asumir la AESP y cómo debe hacerlo., Hay que considerar que para coordinar entidades que tienen funciones ejecutivas, hay que tener asimismo un reconocimiento de esas funciones ejecutivas. Si la AESP se circunscribe a un órgano asesor en términos generales, pero asume la ejecución de la Vigilancia Estatal de Salud Pública, debe coordinar la Ponencia Técnica correspondiente del CISNS. Si asume más competencias podría coordinar la Comisión de Salud Pública. Otrosí, para poder gestionar la transversalidad y hacer realidad el principio de Salud en Todas las Políticas, cabría establecerlo normativamente y creando organismos de coordinación para ello, o debería tener una alta capacidad ejecutiva, dadas las dificultades de articular compartimentos de acción política dependientes de diversos departamentos. No es una cuestión sencilla, lo que no debería ser óbice para intentarlo.

alcance que se quiera otorgar a la AESP, se integrarán mayor o menor número de estas unidades, mientras que otras pueden enlazarse por medio de acuerdos para formar parte de la Red de Centros colaboradores.

La AESP también podría **gestionar la transversalidad y la horizontalidad de las políticas de salud** (salud y equidad en salud en todas las políticas estatales) **y la verticalidad** (servir de nexo enriquecedor entre el nivel de la Unión Europea y las administraciones de las comunidades autónomas y locales). Supone, además, identificar y colaborar con los sectores sociales estratégicos para la ganancia en salud de la población. Al fin y al cabo, y de acuerdo a la Ley General de Salud Pública, se le debe encomendar la evaluación de la Estrategia Estatal de Salud Pública, que tiene por finalidad propiciar que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas, facilitando la acción intersectorial en esta materia. Parece también recomendable que la Agencia apoye el diseño de la Estrategia y dé soporte metodológico a los grupos de trabajo y órganos de coordinación que se establezcan.

Otras funciones nucleares de la AESP pueden ser, tal como se ha mencionado en el apartado de diseño institucional, la coordinación de las actuaciones de promoción de la salud, prevención y protección de la salud (seguridad alimentaria, ambiental y laboral); la coordinación la Comisión de Salud Pública y de las ponencias y grupos de trabajo de salud pública dependientes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; la coordinación de la cartera de servicios mínimos en salud pública; la evaluación de políticas y programas de salud pública; y el apoyo en el desarrollo de legislación básica y desarrollo y trasposición de legislación de la Unión Europea⁹⁹.

En la actualidad hay una serie de servicios que presta la Dirección General de Salud Pública -como es el control sanitario de productos químicos o la vigilancia y control sanitario de los riesgos para la salud derivados del tráfico internacional de personas y mercancías- que, por sus singularidades, pueden ser objeto de consideración sobre su ubicación más conveniente. Entendemos que no sería conveniente separar servicios de una Subdirección General como la

⁹⁹ Para una descripción de las actuaciones de salud pública de competencia estatal puede acudir a la Ley General de Salud Pública que las detalla en su Título II. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>

de Sanidad Ambiental ni tampoco la de Sanidad Exterior, fundamental en las acciones de preparación y respuesta ante crisis sanitarias. Por ello, parecería conveniente que se ubicaran en las AESP. Ocurre, sin embargo, que parte de las acciones de Sanidad Exterior se coordinan por el Ministerio de Sanidad funcionalmente pero orgánicamente dependen del Ministerio de Política Territorial y Función Pública, a través de las Delegaciones del Gobierno. No es un obstáculo para que el personal sanitario de puertos y aeropuertos dependiese funcionalmente de la AESP, pero habría que considerarlo en la norma de creación.

Hay servicios esenciales que pertenecen a otros Ministerios, como por ejemplo el laboratorio de salud pública ubicado en el Instituto de Salud Carlos III, que sería conveniente que tuviese la misma dependencia que los servicios de vigilancia, es decir, en la AESP.

Algunas otras prestaciones de servicio como es la edición de la Revista Española de Salud Pública y de otras publicaciones, informes y estudios técnicos o la edición del Boletín Epidemiológico Semanal y del Boletín Microbiológico (estos últimos realizados en el Instituto de Salud Carlos III) parecen acciones que encajarían perfectamente en la AESP. Igualmente es recomendable que la AESP impulsase políticas de formación e investigación en salud pública, esto podría facilitarse si la Escuela Nacional de Sanidad se incorporase a la Agencia y adicionalmente los centros de investigación del ISCIII se constituyeran en nodos de la Red antes descrita. El CIBER de Epidemiología y Salud Pública constituye en la actualidad la mayor infraestructura de investigación en salud pública en España, coordinando y financiando (2/3 millones de euros anuales) a unos 50 grupos de investigación consolidados, ubicados indistintamente tanto en universidades y centros de investigación, como en administraciones públicas, por ejemplo, el Instituto Navarro de Salud Pública o la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Así pues, no haría falta modificar la dependencia del CIBERESP del Instituto de Salud Carlos III, pero sí que la AESP puede orientar las prioridades de investigación en salud pública, pudiendo establecer financiación complementaria para fomentar estas prioridades.

Del mismo modo, la AESP puede establecer un núcleo de competencias profesionales que puede orientar la actividad formativa que se lleva a cabo en los programas de maestría de salud pública que se imparten en España y los cursos de Diplomado en Sanidad/Salud

Pública¹⁰⁰, como se sugiere en un apartado posterior. También podría tener influencia en la formación competencial de grados y otras titulaciones profesionales y superiores relevantes para la salud pública.

11.2. Funciones de asesoramiento y apoyo

Una parte esencial de las actividades de la AESP debe ser la de asesorar sobre todo el espectro de cuestiones relacionadas con la salud pública, así como la de apoyar las iniciativas, acciones o cambios requeridos para mejorar la salud en la población. Para ello, en el marco de sus competencias, la AESP necesita tener capacidad, habilidades y reconocimiento suficiente para poder influir sobre todos aquellos actores implicados en acciones u omisiones con un impacto sobre la salud pública, sean políticas, planes, estrategias, normativas, programas, recomendaciones, intervenciones, gestión de recursos y estructuras, prioridades de investigación o necesidades de formación. Por ejemplo, entre los destinatarios de las funciones de asesoramiento y apoyo de la AESP se encontrará indudablemente la administración sanitaria, pero también otras (como medioambiente, trabajo, educación, alimentación, consumo, igualdad o ciencia), tanto a nivel estatal como autonómico y local. Y del mismo modo, la voz de la AESP debe ser referente para gobiernos y parlamentos, para sectores productivos y de servicios (como alimentación o turismo), para entidades sociales y ciudadanas, para empresas y trabajadores, para profesionales e investigadores de la amplia variedad de disciplinas relacionadas con la salud pública, así como para el público general.

Para atender todo este amplio abanico de relaciones, la AESP debe ser capaz de desarrollar herramientas y estrategias innovadoras y efectivas. Como ya se ha citado previamente, la capacidad de la AESP para reunir la inteligencia de salud pública en todo el país y ponerla al servicio de todos sus interlocutores será clave. También su coordinación con otras redes y agencias nacionales e internacionales. Así, por ejemplo, ante un problema de salud

¹⁰⁰ Mireia Llimós, Carmen Vives-Cases, M. Carmen Davó-Blanes, Pilar Carrasco-Garrido, Olatz Garin, Elena Ronda, Fernando G. Benavides. Características y contenidos de los programas de maestría en salud pública en España. *Gac Sanit.* 2020; S0213-9111(20)30082-0.

pública específico y localizado (como puede ser un escape tóxico como consecuencia de un accidente industrial o un brote de toxiinfección alimentaria), los decisores y la población afectada podrán contar con el mejor asesoramiento para afrontar el problema por parte de la AESP, que reunirá la mejor evidencia e información de los mejores especialistas sobre el problema y trasladar dicha información en la forma adecuada para la toma de decisiones y para la comunicación con la población. En situaciones como la de estos ejemplos (como en la mayoría de atenciones que requieren el cuidado de la salud pública), la información necesaria para la acción no será únicamente de carácter sanitario, con lo que la capacidad para el trabajo intersectorial que debe caracterizar a la AESP será igualmente esencial.

Se puede entender por tanto la función de **asesoramiento** desde la AESP como la capacidad de proporcionar información útil para la toma de decisiones y la inducción de cambios positivos para la vigilancia de la salud, la promoción de la salud, la prevención y la protección de la salud en la comunidad y en la población.

A este respecto, dicha información puede generarse y proveerse reactivamente, atendiendo a demandas específicas de los interlocutores, como pudiera ser el caso del ejemplo previo; pero también en relación con acciones más de fondo, como el desarrollo de una normativa, de un plan de salud autonómico, la implementación de programas de promoción de la salud en empresas o en colegios o la identificación y movilización de activos para la salud a nivel local. También el asesoramiento puede ser proactivo, como actividad permanente propia de la AESP, buscando cambios y mejoras en las acciones con impacto sobre la salud de la población que puedan llevar a cabo los distintos agentes. En este caso, la AESP estaría ejerciendo también una función de abogacía, buscando alianza o reacción de los interlocutores relevantes para alcanzar los objetivos deseables para la salud pública.

El asesoramiento por parte de la AESP debe basarse en la mejor evidencia científica disponible sobre la situación o tema a atender, adecuada siempre a las circunstancias de su uso, también en la mejor disponibilidad de datos e información sobre el mismo. Y simultáneamente, acompañarse siempre de indicaciones claras para las necesarias acciones de cambio en relación con el tema tratado, también en base a la información y evidencia disponibles y considerando

el entorno de implementación de dichas acciones. Los mensajes de salud acompañados de evaluaciones económicas y de impacto, especialmente en relación con la “no acción”, suelen tener mayor impacto en los interlocutores. Así como presentar la información de la manera más accesible, atractiva y útil para cada interlocutor, utilizando para ello estrategias innovadoras en materia de comunicación, y difundir dicha información también a través de los canales que mejor garanticen su aplicación, desarrollando y/o aprovechando igualmente estrategias innovadoras en materia de comunicación. La AESP deberá contar también con las estrategias y estructuras, permanentes o adecuadas para cada acción, que permitan que la comunicación sea bidireccional, incorporando las experiencias y conocimientos de sus interlocutores en todo el proceso. Como parte de la buena práctica y la necesaria rendición de cuentas que debe caracterizar a la AESP, todas las acciones de asesoramiento deben ser registradas y sometidas a procesos de evaluación sistemáticos, tanto de proceso como de resultados. Con todo ello, la AESP irá acumulando conocimiento y experiencia para mejorar de manera permanente su trabajo en su entorno.

Una segunda categoría de funciones relacionadas con los principios y objetivos de la AESP serán las funciones de **apoyo**, entendidas como la capacidad para facilitar las acciones para la vigilancia de la salud, la promoción de la salud, la prevención y la protección de la salud en la comunidad que se deseen llevar a cabo o que ya se estén implementando. Dichas acciones pueden ser políticas, normativas, reglamentos, proyectos, programas, campañas o intervenciones comunitarias de diferente índole, tanto de instituciones públicas, locales o autonómicas, como de organizaciones privadas, sean empresas u organizaciones no gubernamentales.

Una tercera categoría de funciones relacionadas con los principios y objetivos de la AESP serán funciones de **apoyo a la toma de decisiones en salud pública** determinando procesos deliberativos participativos y participados, estructurados, transparentes, documentados y evaluados. Estos procesos debieran basarse en las mejores prácticas internacionales y sobre la base de la incorporación de todos los grupos de interés (de ahí el participativos y participados). La AESP debiera ocuparse asimismo de que los valores que la amparan se incluyeran en sus propuestas de análisis de valor y que dicho proceso fuera iterativo incluyendo el

descubrimiento de las características del contexto de aplicación y la adaptación en la medida de lo posible de la mejor evidencia y datos disponibles que respondan al problema origen de la demanda. No sólo se trata de evaluar las actuaciones sino de crear cultura de toma de decisiones participada y documentada que sustente procesos de rendición de cuentas públicas.

Para llevar a cabo estas funciones de apoyo, la AESP puede desarrollar recursos propios, o aprovechar y trasladar recursos disponibles en su red de colaboración, incluyendo herramientas y guías para la acción basadas en la evidencia y adaptadas a los contextos de su aplicación. Para desarrollar estas funciones de apoyo será igualmente necesario conectar a los distintos agentes en su red para atender las necesidades específicas, promover la capacitación y formación necesaria de los actores implicados, facilitar la información que pueda ser relevante y contribuir al desarrollo de normativa y reglamentación facilitadoras. Al igual que en el caso del asesoramiento, todas las acciones de apoyo deben incluir registro, seguimiento y evaluación de su impacto.

Como se decía al principio de esta sección, mediante sus acciones de asesoramiento y apoyo la AESP busca finalmente ejercer su influencia, entendida como la capacidad de promover y/o cambiar la orientación de políticas, normativas, reglamentos, proyectos, programas, campañas o intervenciones comunitarias con impacto sobre la salud pública. Para ello, como también se ha comentado, es necesario que la AESP cuente con el necesario prestigio y reconocimiento institucional, mediático y poblacional, además de que se dote de ciertas potestades administrativas. La capacidad de influencia de la AESP debe también ser evaluada regularmente. Al igual que en relación con el resto de su actividad, la AESP debe rendir cuentas periódicas sobre sus funciones de asesoramiento y apoyo, incluyendo la evaluación de su impacto en términos de procesos y de resultados en salud, económicos y sociales.

12. La AESP y el lago de datos

La creación del “data lake” sanitario prevista en la inversión C18.I6 del componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia es una oportunidad única para sentar las bases de un sistema actualizado de generación continua de información que apoye de forma solvente la toma de decisiones, la investigación, la innovación en salud pública, la evaluación y la monitorización continua de la salud poblacional y los factores que la determinan. En este sentido **el papel de la AESP como usuario del lago de datos y su participación en el diseño y gobernanza de esta infraestructura de uso secundario de los datos de salud son elementos críticos para su funcionamiento.**

Las necesidades de información de la salud pública del siglo XXI incluyen información a tiempo con **datos actualizados** al momento en que se formula la pregunta; datos **relevantes**, que cubran el **espectro completo** de la cuestión analizada y a toda la población; **granulares** que permitan grados de flexibilidad para modular los análisis focalizándose en entornos territoriales y tipos de población específicos; y que permita seguir los **cambios a lo largo del tiempo** (hacia adelante y hacia atrás). La respuesta a estas necesidades es claramente un recurso como el lago de datos, que permite superar las limitaciones de la recogida de datos “ad hoc”, ofreciendo un solo punto de entrada para acceder a todas las fuentes de datos relevantes, continuamente actualizadas en origen, y ya preparadas para ser interrogadas de manera transversal.

Como plataforma e infraestructura de datos para uso secundario, el data lake habrá de nutrirse de todos los sistemas de información primarios¹⁰¹ existentes en cada momento, permitiendo **por diseño la interoperabilidad semántica y legal de los datos procedentes de las distintas fuentes** en el marco del reglamento de protección de datos. Así, a partir de un modelo

¹⁰¹ Entendemos “sistemas de información primarios” como todos aquellos desarrollados a nivel local, regional o estatal relacionados con la salud y sus determinantes, sea cual fuere su función primaria: base de datos de usuarios del sistema (BDU), vigilancia epidemiológica, actividad en cualquier nivel asistencial, prescripción y facturación, registro de enfermedades incluyendo laborales, EDO, historia clínica electrónica integrada o específica de cualquiera de los niveles asistenciales, vacunación, laboratorios (bioquímica, microbiología, anatomía patológica, genómica), diagnóstico imagen, registros geolocalizados de riesgo/exposición medioambiental a agentes o circunstancias concretas, registros geolocalizados de condiciones de vida, renta, nivel educativo y empleo, activos comunitarios, registros zoonosis y vectores, registros mortalidad por causas, etc.

común de datos -agnóstico a las peculiaridades de los sistemas de información primarios de los que se extraen- es posible la trazabilidad a nivel individual a lo largo y ancho de todas las fuentes de información que alimenten el lago en cada momento, manteniendo el anonimato.

La tecnología ya disponible tanto para **la obtención de datos en tiempo real a partir de las fuentes primarias**, como para su **explotación conjunta** en este entorno de “data lake” **con herramientas de “big data” e Inteligencia Artificial** que operen en una arquitectura federada, hace posible el salto cualitativo en la generación de conocimiento en salud pública, la evaluación del impacto de políticas y programas de salud, y la gestión inteligente de los determinantes de la salud de la población.

Contar con este activo resulta, además, un **requisito indispensable para la integración vertical de la AESP con los organismos internacionales**, que ya están preparando las condiciones de utilización y gobierno del futuro espacio europeo de datos de salud para uso secundario (*European Health Data Space 2 EHDS2102,103*) con el ECDC y otras agencias internacionales de salud fuertemente implicadas en su desarrollo y pilotaje.

Esta visión de interoperabilidad y reutilización para la generación de conocimiento deberá incorporarse también en el diseño e implementación de los nuevos sistemas de información epidemiológica (contemplados en la inversión 3 componente 18 “2.- Nuevo sistema de Información de la Red Vigilancia en Salud Pública”), que la AESP deberá coordinar para apoyar su adecuado despliegue regional y local. De esta forma se facilitarían su integración como fuentes primarias que alimenten el lago de datos de salud.

En la organización institucional de la AESP que se propone en este informe, esta responsabilidad correspondería **al área temática 1 “Vigilancia de salud pública e información sobre la salud”** (página 65) con el apoyo del área transversal 1 “Epidemiología y ciencias de datos, sistemas de información, y prospectiva” (páginas 62-62).

¹⁰² Fuente: https://ec.europa.eu/health/ehealth/dataspace_es

¹⁰³ Fuente: https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12663-Digital-health-data-and-services-the-European-health-data-space_en

En este sentido, deberá ser labor de la AESP proporcionar servicios y apoyo a los sistemas de información (existentes o de nueva creación) de los distintos niveles administrativos para garantizar los elementos de calidad, interoperabilidad (modelo común de datos), accesibilidad e interrogabilidad que permitan su reutilización en la plataforma del lago de datos.

La función de enlace con el lago de datos y desarrollo de metodología fiable y modelos y herramientas válidas para su explotación para la salud pública recaerá en **el área transversal 1 “Epidemiología y ciencias de datos, sistemas de información, y prospectiva” de la AESP** (pág 62-63).

Finalmente, también deberá ser labor indispensable de la AESP, dentro de la gobernanza del dato de lagos para la salud, **asegurar que la plataforma integra o está en condiciones de interoperar con todas las fuentes primarias de información no sanitaria** necesarias para sostener las necesidades de análisis de determinantes de salud y el enfoque “una salud” y “salud y equidad en todas las políticas” que le son propios.

13. Los profesionales de la AESP

El principal recurso de la AESP lo constituyen sus profesionales. Unos profesionales que no solo deben estar adecuadamente formados desde el inicio, sino durante toda su trayectoria profesional en la AESP. Ello significa definir las competencias profesionales básicas para su entrada, así como categorías profesionales homogéneas donde encajen perfiles profesionales de disciplinas variadas. Las categorías deberán atender a la formación (grado, diplomatura, licenciatura, maestría, doctorado), experiencia y funciones, junto a las que deben ir alcanzando a lo largo de su carrera profesional en la institución.

Del mismo modo, será importante el desarrollo del tipo de carrera profesional necesaria para progresar en dichas categorías profesionales, permitiendo así el pleno desarrollo intelectual, académico y laboral de las/os salubristas. Para ello será fundamental la formación continuada, que deberá permitir reforzar competencias ya adquiridas en los grados y maestrías, pero también adquirir otras nuevas, características del ejercicio diario de la salud pública.

Respecto a las competencias profesionales, el último esfuerzo unificador se encuentra en un listado de competencias profesionales definido por expertos convocados por la SEE y SESPAS en sendas reuniones durante 2001 y 2002, y articuladas alrededor de tres grandes funciones de la salud pública: a) valorar las necesidades de salud de la población, lo que significa comprender y medir los determinantes, los problemas de salud y del bienestar de las poblaciones humanas en sus contexto social, político y ecológico; b) desarrollar las políticas de salud, lo que significa contribuir a la construcción de respuestas sociales para mantener, proteger y promover la salud, y c) garantizar la prestación de servicios sanitarios, lo que significa proporcionar las garantías de eficiencia, sostenibilidad, subsidiariedad, seguridad, equidad y paridad en las políticas, programas y servicios para la salud. Estas competencias profesionales han servido para definir el actual programa de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública (MPySP), aprobado en 2005. También han sido útiles para evaluar y proponer los contenidos de salud pública en diferentes grados oficiales impartidos en universidades españolas, como los de medicina, farmacia, enfermería, nutrición humana y

dietética, óptica y optometría, veterinaria, trabajo social, ciencias laborales y recursos humanos, magisterio y ciencias ambientales¹⁰⁴.

Pasados casi 20 años, este catálogo de competencias profesionales en salud pública debe ser revisado para mejorarlo y adaptarlo a los cambios que se han producido en la salud pública durante el siglo XXI. Una revisión que debe promover la AESP, como institución de referencia estatal en la contratación de profesionales de salud pública, considerando que una salud pública efectiva para nuestro siglo es necesariamente multidisciplinar. La definición de las competencias profesionales debe determinar los contenidos de los programas de formación profesionales. En España, actualmente, esta formación se desarrolla fundamentalmente a través de los programas de Máster de Salud Pública, que se ofrecen en 11 universidades españolas. Dichas competencias profesionales deberían suponer un mérito preferencial para la contratación de futuros profesionales de salud pública por la AESP. Evidentemente, la oferta formativa de posgrado es muy amplia y abarca áreas o ámbitos con innegable relación con la salud pública (como la Seguridad Alimentaria o la Salud Ambiental). Sin embargo, defendemos un profesional de salud pública con una visión holística de la disciplina, flexible y multivalente, lo que se puede garantizar en los programas de máster y/o diplomas de salud pública más generalistas (los cuales están incluidos en la formación sanitaria especializada en nuestro ámbito, por ejemplo).

Por su parte, la definición de las distintas carreras profesionales para cada categoría profesional debe tener en cuenta esos diferentes perfiles de actividad, en función del ámbito de especialización y nivel de responsabilidad. **El desarrollo de programas de formación continuada requerirá de la colaboración entre la AESP y las universidades**, especialmente aquellas que cuentan en su oferta con máster de salud pública.

Los profesionales de ciencias políticas, geografía, filosofía, antropología, sociología, trabajo social, educación social, mediación socio-cultural, comunicación, economía, pedagogía, urbanismo, ingeniería sanitaria o medioambiente, entre otras, deben ser una pieza central del ecosistema salubrista, del que han quedado históricamente desplazados por las profesiones

¹⁰⁴ [Un proceso promovido por el Foro de profesores universitarios de salud pública desde 2009.](#)

sanitarias (lo cual no quita, sin embargo, la necesidad de que estas también estén presentes). Así, la formación que se establezca deberá partir y enfocarse a dicha pluralidad, estableciendo los mecanismos necesarios para una especialización en salud pública reglada.

ANEXO I

Listado de participantes

Coordinación

- Ildefonso Hernández Aguado. Universidad Miguel Hernández (Elche, Alicante). Proyecto Salud Pública en Transformación (SPenT), Área de Derecho Administrativo, Universidad de Lleida.
- Daniel G. Abiétar. Parc de Salut Mar - Universidad Pompeu Fabra – Agencia Salud Pública de Barcelona – ISGlobal. Proyecto Salud Pública en Transformación (SPenT), Área de Derecho Administrativo, Universidad de Lleida.

Grupo redactor

- Juan Luis Beltrán. Presidente del Consejo de Transparencia de Navarra.
- Daniel G. Abiétar. Parc de Salut Mar - Universidad Pompeu Fabra – Agencia Salud Pública de Barcelona – ISGlobal. Proyecto Salud Pública en Transformación (SPenT), Área de Derecho Administrativo, Universidad de Lleida.
- Sandra García Armesto. Directora gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).
- Ana M. García. Universidad de Valencia.
- Iñaki Gutiérrez Ibarluzea. Director de Innovación Organizativa. BIOEF, Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias.
- Andreu Segura Benedicto. Salubrista.
- Manuel Franco Tejero. Universidad de Alcalá. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
- Ildefonso Hernández Aguado. Universidad Miguel Hernández. Proyecto Salud Pública en Transformación (SPenT), Área de Derecho Administrativo, Universidad de Lleida.

Grupo de revisión

- José Luis Arocha Hernández. GYD. Asesores en salud pública
- Carme Borrell. Directora de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- Josefa Cantero. Presidenta de SESPAS.
- Fernando García Benavides. Universitat Pompeu Fabra.
- Beatriz González Lopez Valcárcel. Catedrática de Universidad de Métodos Cuantitativos en Economía de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Guillem López Casasnovas. Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.
- Xurxo Hervada, Salubrista. Galicia.
- Joan Carles March Cerdà. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Isabel Marín Rodríguez. Presidenta de la Sociedad Española de Sanidad Ambiental
- Ricard Meneu de Guillerna. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.
- Rafael M. Ortí Lucas. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (Sempsph)
- Vicente Ortún Rubio. Profesor Emérito de Economía de la Universidad Pompeu Fabra.
- Salvador Peiró Moreno. FISABIO|SALUT PUBLICA (Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana).
- Antoni Plasencia Taradach. Director del ISGLOBAL.
- Ruth Puig Peiró. Asociación de Economía de la Salud (AES). Public Health England.
- Miquel Porta Serra. Universitat Autònoma de Barcelona
- Javier Segura. Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP).
- Maties Torrent Quetglas. Director de la Escuela de Salud Pública de Menorca.
- Rosa Vivanco Hidalgo. Jefa de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Calidad de los Servicios Sanitarios en Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).
- Óscar Zurriaga. Universidad de Valencia. Videpresidente de la SEE.

Diseño gráfico

- Núria López Mora. Directora de arte

ANEXO II

Formas jurídicas previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, para las entidades que integran el sector público institucional

a) **Organismos públicos vinculados o dependientes de la Administración General del Estado** (son los creados para la realización de actividades administrativas, sean de fomento, prestación o de gestión de servicios públicos o de producción de bienes de interés público susceptibles de contraprestación; actividades de contenido económico reservadas a las Administraciones Públicas; así como la supervisión o regulación de sectores económicos, y cuyas características justifiquen su organización en régimen de descentralización funcional o de independencia -art. 88-). Los tipos de organismos públicos son los siguientes:

- **Organismos autónomos** (son entidades de derecho público, con personalidad jurídica propia, tesorería y patrimonio propios y autonomía en su gestión, que desarrollan actividades propias de la Administración Pública: actividades de fomento, prestacionales, de gestión de servicios públicos o de producción de bienes de interés público, susceptibles de contraprestación, en calidad de organizaciones instrumentales diferenciadas y dependientes de ésta. Dependen de la Administración General del Estado a la que corresponde su dirección estratégica, la evaluación de los resultados de su actividad y el control de eficacia -art. 98-). Su creación tiene un carácter meramente instrumental para la prestación de servicios públicos, Carecen de independencia y su autonomía de gestión es limitada¹⁰⁵.

- **Entidades públicas empresariales** (son entidades de Derecho público, con personalidad jurídica propia, patrimonio propio y autonomía en su gestión, que se financian con ingresos de mercado, y que junto con el ejercicio de potestades administrativas desarrollan actividades

¹⁰⁵ La mayoría de los Servicios de Salud autonómicos son organismos autónomos.

prestacionales, de gestión de servicios o de producción de bienes de interés público, susceptibles de contraprestación -art. 103-).

- **Agencias estatales** (son entidades de derecho público, dotadas de personalidad jurídica pública, patrimonio propio y autonomía en su gestión, facultadas para ejercer potestades administrativas, que son creadas por el Gobierno para el cumplimiento de los programas correspondientes a las políticas públicas que desarrolle la Administración General del Estado en el ámbito de sus competencias. Están dotadas de los mecanismos de autonomía funcional, responsabilidad por la gestión y control de resultados establecidos en la ley 40/2015 -art. 108 bis-). Las Agencias son figuras de reciente nacimiento (se crearon en 2006)¹⁰⁶ con el objetivo de incrementar la autonomía y flexibilidad de funcionamiento de los organismos autónomos que había quedado limitada por la LOFAGE, y también para posibilitar un modelo de gestión más eficiente, orientado a la consecución de resultados y sujetas a dirección profesional y evaluación de resultados (Sánchez Morón, 2018: 207). Su renacimiento por la Ley de Presupuestos para 2021 persigue los mismos objetivos.

b) **Autoridades administrativas independientes** (son las entidades de derecho público que, vinculadas a la Administración General del Estado y con personalidad jurídica propia, 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 -art. 109-

¹⁰⁶ Indica Carles Remió (Catedrático de Ciencia Política y de la Administración en la UPF, que participó en la redacción de la Ley de 2006) que el sistema de agencias se asienta sobre dos elementos: la agencia (que debe ser autónoma, con cierta independencia del poder político, profesionalizada y con una naturaleza meramente ejecutiva) y el principal (en este caso los ministerios que deben planificar, decidir, controlar y evaluar lo que ejecutan las agencias mediante un contrato programa, o según anunciaba esta ley, un contrato de gestión). El problema de fondo de la Ley de 2006, (razón por la que en 2015 se suprimieron las agencias) es que se preocupó por el primer elemento (autonomía y flexibilidad de las agencias) y se despreocupó totalmente de potenciar al principal en su función planificadora, decisora y controladora. El resultado fue que, desde el principio, se detectó que las primeras agencias implantadas no eran meramente ejecutoras sino también decisoras de las políticas y se escapaban al control de los ministerios.

La razón de ser de su renacimiento en 2021 se encuentra en la Exposición de motivos del Real Decreto-Ley 36/2020, en el que se dice que las agencias estatales son «...una fórmula organizativa dotada de mayor nivel de autonomía y de flexibilidad en la gestión, que cuenta con mecanismos de control de eficacia, y que promueve una cultura de responsabilización por resultados. Un modelo que cuenta con un enfoque organizativo y funcional y con una filosofía subyacente de gestión dirigida al cumplimiento de objetivos que previamente hayan sido fijados de forma concreta y evaluable»

). Realmente, no parecen ser entes instrumentales del Estado. Su nacimiento también es reciente y vino determinado por la necesaria aplicación del derecho de la UE. Sin embargo, alguna de las existentes tiene el nombre de Agencia (Agencia Tributaria o Agencia Española de Protección de Datos).

c) **Sociedades mercantiles estatales** (son empresas mercantiles sujetas al derecho privado sobre las que el Estado ejerce un control -art. 111-).

d)) **Consortios** (son entidades de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, creadas por varias Administraciones Públicas o entidades integrantes del sector público institucional, 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. Realizan actividades de fomento, prestacionales o de gestión común de servicios públicos y cuantas otras estén previstas en las leyes -art. 118).

g) **Fundaciones públicas** (Son actividades propias de las fundaciones del sector público estatal las realizadas, sin ánimo de lucro, para el cumplimiento de fines de interés general, con independencia de que el servicio se preste de forma gratuita o mediante contraprestación -art. 128-).

ANEXO III

1. Tipología del personal según procedencia.

La AESP puede optar por la política de personal que más de adecue a sus objetivos. Por ejemplo, todo el personal podría ser de nueva creación mediante contrato laboral de plazas que serían ocupadas mediante procedimientos de selección que garantizarán los principios de igualdad, mérito y capacidad. De esta forma, se podría facilitar la capacidad de la AESP para atraer y retener talento.

Otra alternativa sería combinar personal de distintas procedencias con la dificultad de heterogeneidad contractual y salarial. Las formas podrían ser:

A. El personal que esté ocupando puestos de trabajo en servicios que se integren en la AESP en el momento de su constitución.

B. El personal que se incorpore a la AESP desde cualquier administración pública por los correspondientes procedimientos de provisión de puestos de trabajo previstos en la ley.

Este personal mantiene la condición de personal funcionario, estatutario o laboral de origen, de acuerdo con la legislación aplicable. La movilidad de los funcionarios destinados en la AESP podrá estar sometida a la condición de autorización previa en las condiciones y con los plazos que se determinen en sus estatutos y de acuerdo con la normativa de función pública.

C. El personal seleccionado por la AESP, mediante pruebas selectivas convocadas al efecto en los términos establecidos en la Ley.

La selección del personal por la propia AESP se realizará mediante convocatoria pública y de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad, así como de acceso al empleo público de las personas con discapacidad. A tal efecto, y en el período previsto en el contrato de gestión, la AESP determinará sus necesidades de personal a cubrir mediante pruebas selectivas. La determinación de las necesidades de personal a cubrir se realizará con sujeción a la tasa de reposición que, en su caso, se establezca en la Ley de Presupuestos Generales del

Estado para el ejercicio correspondiente. La previsión de necesidades de personal se incorpora a la oferta anual de empleo de la correspondiente agencia estatal, que se integra en la oferta de empleo público estatal, de conformidad con lo que establezca la Ley anual de Presupuestos Generales del Estado.

La AESP elabora, convoca y, a propuesta de órganos especializados en selección de personal, resuelve las correspondientes convocatorias de provisión de puestos de trabajo de personal funcionario, de conformidad con los principios generales y procedimientos de provisión establecidos en la normativa de función pública.

D. El personal directivo.

Los puestos directivos de máxima responsabilidad de la AESP no se reservan a funcionarios y pueden cubrirse con personal laboral mediante contratos de alta dirección. También prevé, pero no se impone, que el proceso de provisión del personal directivo pueda ser realizado siguiendo la fórmula reglada que se aplica en Portugal: un órgano especializado en selección de personal que formula una propuesta motivada al Consejo Rector en la que presenta a tres candidatos para cada puesto a cubrir

2. Sistema de retribuciones

Los conceptos retributivos del personal funcionario y estatutario de la AESP, son los establecidos en la normativa de función pública de la Administración General del Estado y sus cuantías se determinarán de conformidad con lo establecido en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado.

Las condiciones retributivas del personal laboral son las determinadas en el convenio colectivo de aplicación y en el respectivo contrato de trabajo.

La cuantía de la masa salarial destinada al complemento de productividad, o concepto equivalente del personal laboral, está en todo caso vinculada al grado de cumplimiento de los objetivos fijados en el contrato de gestión.