



**CONSELL JURÍDIC CONSULTIU  
DE LA  
COMUNITAT VALENCIANA**

**Dictamen**                    **012/2026**  
**Expediente**                **001/2026**

**Presidenta**

**Hble. Sra.**

D.<sup>a</sup> Margarita Soler Sánchez

**Consellers y Consellers**

**Ilmas. Sras. e Ilmos. Sres.**

D. Enrique Fliquete Lliso

D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> del Carmen Pérez Cascales

D. Joan Carles Carbonell Mateu

D. Francisco Javier de Lucas Martín

D.<sup>a</sup> Fernanda María Lapresta Gascón

**Secretari General**

**Ilmo. Sr.**

D. Joan Tamarit i Palacios

**Hble. Sr.:**

El Pleno del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana, en sesión celebrada el día 14 de enero de 2026, bajo la Presidencia de la Hble. Sra. D.<sup>a</sup> Margarita Soler Sánchez, y con la asistencia de los señores y las señoras que al margen se expresan emitió, por unanimidad, el siguiente dictamen:

De conformidad con la comunicación de V.H., de 2 de enero de 2026 (Registro de entrada del mismo día), el Pleno del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana ha examinado el procedimiento instruido por la Conselleria de Sanidad, respecto del proyecto de decreto, del Consell, por el que se establece la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Valenciano de Salud (Expediente núm. D-07/2024, de la Conselleria consultante).

## I ANTECEDENTES

Del examen del expediente administrativo remitido se desprende lo siguiente:

### **Primero.- Solicitud y emisión del Dictamen 799/2025, de 26 de noviembre, del Consell Jurídic Consultiu**

En fecha 6 de noviembre de 2025 el conseller de Sanidad remitió a este Consell Jurídic Consultiu (Registro de entrada de 7 de noviembre del mismo año), el expediente correspondiente al proyecto de decreto, del Consell, por el que se establece la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Valenciano de Salud (en lo sucesivo, el “proyecto de decreto”) solicitándose el preceptivo dictamen con carácter urgente, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 10.4, y 14.2 de la Ley 10/1994, de 19 de diciembre, de creación del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana.

Atendiendo a dicha solicitud, este Consell Jurídic Consultiu emitió el Dictamen 799/2025, de 26 de noviembre, en el cual se advirtieron diversos defectos en la tramitación del proyecto de decreto, a saber: (i) ausencia del trámite de audiencia corporativa; (ii) falta del preceptivo informe de coordinación informática por parte de la Dirección General de Tecnologías de la Información y Comunicación (DGTIC); y (iii) ausencia de la emisión de los informes preceptivos por parte de los colegios oficiales afectados por el proyecto de decreto. Por ello, esta Institución concluyó lo siguiente:

*“Que no se emite el dictamen solicitado sobre el contenido del proyecto de Decreto, del Consell, por el que se establece la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Valenciano de Salud, y se devuelve el procedimiento a la conselleria consultante a fin de que lo complete con la realización de los trámites omitidos a los que se hace referencia en la consideración tercera”.*

### **Segundo.- Solicitud de nuevo dictamen**

En fecha 2 de enero de 2026, el conseller de Sanidad y tras atender a lo dispuesto en la consideración tercera del Dictamen 799/2025, de 26 de noviembre remitió a este Consell Jurídic Consultiu (Registro de entrada de 2 de enero del mismo año) el expediente correspondiente al proyecto de decreto solicitándose el preceptivo dictamen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10.4 de la Ley 10/1994, de 19 de diciembre, de creación del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana.

### **Tercero.- Documentación remitida**

El expediente remitido por la autoridad consultante está integrado, entre otros documentos, por los siguientes:

1. Resolución de 17 de julio 2024, del conseller de Sanidad, de inicio del procedimiento de elaboración y aprobación del proyecto de decreto.

2. Informe de repercusión sobre la afectación o impacto informático, emitido por el secretario autonómico de Planificación, Información y Transformación Digital, de fecha 11 de agosto de 2024.

3. Informe justificativo de la necesidad y oportunidad de la aprobación del proyecto de decreto, emitido por la directora general de Atención Primaria, de fecha 22 de agosto de 2024.

4. Informe con relación al trámite de consulta pública previa del proyecto de decreto, emitido por la directora general de Atención Primaria, de fecha 22 de agosto de 2024.

5. Informe sobre el impacto de género del proyecto de decreto, emitido por la directora general de Atención Primaria, de fecha 22 de agosto de 2024.

6. Informe sobre el impacto en la familia del proyecto de decreto, emitido por la directora general de Atención Primaria, de fecha 22 de agosto de 2024.

7. Informe sobre el impacto en la infancia y la adolescencia del proyecto de decreto, emitido por la directora general de Atención Primaria, de fecha 22 de agosto de 2024.

8. Informe del conseller de Sanidad, de fecha 22 de agosto de 2024.

9. Informe negativo de huella de los grupos de interés del proyecto de decreto, emitido por el subsecretario de la Conselleria de Sanidad, de fecha 26 de agosto de 2024.

10. Anuncio por el que se somete a información pública el proyecto de decreto publicado en el DOGV núm. 9944, de fecha 25 de septiembre de 2024.

11. Alegaciones formuladas en el trámite de información pública.

12. Informe de valoración de las aportaciones y alegaciones realizadas en el trámite de información pública respecto del proyecto de decreto, emitido por la directora general de Atención Primaria, de fecha 2 de julio de 2025.

13. Certificado emitido por el secretario de la Mesa Sectorial de Sanidad, de fecha 26 de julio de 2025.

14. Memoria económica del proyecto de decreto, emitida por la directora general de Atención Primaria, de fecha 23 de septiembre de 2025.

15. Informe económico del proyecto de decreto, emitido por el director general de Gestión Económica, contratación e infraestructuras, de fecha 24 de septiembre de 2025.

16. Informe económico del proyecto de decreto, emitido por la directora general de Presupuestos, de fecha 24 de septiembre de 2025.

17. Informe jurídico de la Abogacía General de la Generalitat, de fecha 16 de octubre de 2025.

18. Informe de contestación al informe jurídico de la Abogacía General de la Generalitat, emitido por la directora general de Atención Primaria, de fecha 27 de octubre de 2025.

19. Informe de la Intervención General de la Generalitat, de fecha 5 de noviembre de 2025.

20. Informe del subsecretario de la Conselleria de Sanidad, de fecha 6 de noviembre de 2025.

21. Anuncio por el que se somete a información pública el proyecto de decreto publicado en el DOGV núm. 10254, de fecha 4 de diciembre de 2025 (segundo trámite de información pública).

22. Alegaciones formuladas en el trámite de información pública.

23. Audiencia corporativa.

24. Informe de coordinación informática emitido por la DGTIC, de fecha 18 de diciembre de 2025.

25. Informe de valoración de las aportaciones y alegaciones realizadas en el trámite de información pública respecto del proyecto de decreto, emitido por el director general de Atención Primaria, de fecha 26 de diciembre de 2025.

26. Versión final del texto del proyecto de decreto.

Y en este estado del procedimiento se remitió el expediente a este Consell Jurídic Consultiu para su dictamen.

## II CONSIDERACIONES

### **Primera.- Carácter jurídico del dictamen**

La autoridad consultante ha instado el dictamen con carácter preceptivo, al amparo de lo dispuesto en el artículo 10.4 de la ya citada Ley de la Generalitat 10/1994, de 19 de diciembre, de Creación del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana. Según prevé este precepto, el Consell Jurídic Consultiu deberá ser consultado preceptivamente en los supuestos de *“Proyectos de reglamentos o disposiciones de carácter general que se dicten en ejecución de leyes y sus modificaciones”*.

Conforme a la STC 18/1982, de 4 de mayo, FJ4º, son reglamentos ejecutivos *“aquéllos que están directa y concretamente ligados a una ley, a un artículo o artículos de una ley, o a un conjunto de leyes, de manera que dicha ley (o leyes) es completada, desarrollada, aplicada, pormenorizada y cumplimentada o ejecutada por el reglamento. Son reglamentos que el Consejo de Estado ha caracterizado como aquéllos “cuyo cometido es desenvolver una ley preexistente o que tiene por finalidad establecer normas para el desarrollo, aplicación y ejecución de una ley”*.

Y, más concretamente, el Tribunal Supremo, entre otras, en la Sentencia (Sala de lo Contencioso) de 21 de mayo de 2013 (núm. rec. 171/2012), FJ4º, afirma que *“Se entiende por reglamentos dictados en ejecución de Ley no solo aquellos que desarrollan una Ley determinada sino también los que den lugar a cualquier desarrollo reglamentario de preceptos de una Ley”*.

El proyecto remitido tiene como objetivo *“establecer y regular la estructura, organización y funcionamiento de la atención primaria y comunitaria del Sistema Valencia de Salud”* (artículo 1). De ahí que el carácter ejecutivo de esta norma quede justificado en la medida que el mismo pretende completar, desarrollar, pormenorizar, aplicar o complementar una ley, como es en este caso la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, cuyos artículos 7.2 y 13.4, relativos a la configuración del Sistema Valenciano de Salud y de los departamentos de salud, disponen, respectivamente, que *“reglamentariamente se determinarán los órganos que ejercerán la gestión y control del Sistema Valenciano de Salud”* y que *“reglamentariamente se desarrollará la estructura, organización y*

*funcionamiento del Sistema Valenciano de Salud, pudiendo crearse las unidades o fórmulas organizativas que se consideren necesarias”.*

### **Segunda.- Marco normativo aplicable y justificación del proyecto de decreto**

1. La Constitución Española (CE) reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Por su parte, los artículos 148 y 149 del texto constitucional establecen el reparto competencial en materia sanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

Así, el artículo 148.1. 21.<sup>a</sup> CE dispone que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de “Sanidad e higiene”, mientras que el artículo 149.1. 16.<sup>a</sup> CE atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de “*Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos*”. Precisamente, sobre la concreta materia de “bases y coordinación general de la sanidad”, el Tribunal Constitucional ha señalado que, por contrastarse con la “sanidad exterior”, debe entenderse que se refiere a la “sanidad interior”, esto es, a la sanidad dentro del territorio español (por todas, la STC 32/1983, de 17 de mayo, FJ2º). Con este marco competencial de partida los poderes públicos han adoptado, tanto a nivel estatal como autonómico, distintas disposiciones normativas.

En el ámbito estatal, destaca la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) la cual constituye la norma de referencia, en tanto en cuanto propone la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS). Como establece expresamente su preámbulo “*el eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados*”. Estos servicios sanitarios, añade, “*se concentran, pues, bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado*”.

Esta ley, que tiene carácter básico, prevé que las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía (artículos 2.2 y 41). Además, establece que las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía (artículo 4.2).

Posteriormente, se adoptó la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS), cuyo artículo 1 fija como objeto el establecimiento del *“marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud”*. Esta norma establece una serie de ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias, a saber: las prestaciones del SNS, la farmacia; los profesionales sanitarios; la investigación; el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario.

Por otro lado, cabe destacar la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, la cual establece las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas en materia de salud pública.

En el ámbito de la Comunitat Valenciana, el artículo 54.1 atribuye a la Generalitat la competencia exclusiva en materia de *“organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunitat Valenciana”*.

Con base en este título competencial y de conformidad con la legislación básica estatal se adoptó la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana (LSCV) la cual, como afirma su preámbulo, *“configura un nuevo marco regulador de la salud, para dar la respuesta más eficiente posible a las necesidades en esta materia de la población de la Comunitat Valenciana”*. Entre otros aspectos, esta norma regula en su Título III el Sistema Valenciano de Salud (SVS), el cual se define en el artículo 7.1 como *“el conjunto de todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunitat Valenciana, gestionados bajo la responsabilidad de la Generalitat, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la salud, que incluye tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones de salud pública”*.

En lo que a la atención primaria se refiere, la Generalitat ha adoptado diversas disposiciones, entre las cuales debemos destacar: por un lado, el Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, cuyo capítulo II está dedicado a las prestaciones asistenciales, entre las que destaca la atención primaria como una modalidad de la atención ambulatoria (artículo 11); y, por otro lado, la Orden de 20 de noviembre de 1991, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Reglamento de Organización y funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunitat Valenciana.

**2.** Sentado lo anterior, conviene hacer una referencia a los motivos que han justificado la elaboración y aprobación de esta norma. Según se afirma en el Informe justificativo de la necesidad y oportunidad de la aprobación del proyecto de decreto, emitido por la directora general de Atención Primaria, de fecha 22 de agosto de 2024:

*“El actual modelo de atención primaria en la Comunitat Valenciana viene regulado por Decreto 74//2007, de 18 de mayo, del Consell, Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana y la Orden de 20 de noviembre de 1991, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Reglamento de Organización y funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana.*

*Desde su instauración el modelo de atención se ha implementado a lo largo de estos años de forma adecuada, sin embargo los cambios producidos en la población, con la eclosión de la cronicidad como núcleo principal de atención en los sistemas de salud modernos, el incremento de la demanda poblacional hacia una atención sanitaria de alta calidad, los producidos en los profesionales con una excesiva presión asistencial, al que se suma las consecuencias de la pandemia por COVID, que produjo el agotamiento de los profesionales, la creación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, y la orientación de los servicios de salud hacia una actitud más proactiva basada en la prevención y promoción de la salud y la atención comunitaria, precisa de nuevos modelos organizativos que permitan profundizar en una atención pública de calidad que produzca mayor satisfacción tanto en la población que recibe la atención como en los profesionales que la prestan.*

*Es necesario incrementar la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales, así como fomentar la coordinación e integración de la asistencia sanitaria con la salud pública y los sectores sociosanitarios, fomentando los Consejos de Salud, las Comisiones de Salud Comunitaria y las Sociosanitarias, además de garantizar la orientación del sistema de salud hacia la cronicidad, basado en un modelo de continuidad de cuidados asistencial, que garantice el buen uso de la Atención Primaria.*

*El espíritu de la norma objeto de regulación es equiparar la estructura jerárquica del personal sanitario de atención primaria y comunitaria con el personal sanitario de atención hospitalaria, que permita prestigiar a todos los profesionales por igual, y para ello es necesario crear una estructura jerárquica realista y adecuada que permita la promoción profesional de todo el personal sanitario en el sistema valenciano de salud, se requiere una configuración más acorde con las necesidades asistenciales, haciéndola semejante a la estructura del ámbito hospitalario, configurando jefaturas de servicio y de sección de atención primaria y comunitaria.*

*Las nuevas estructuras van a permitir un mejor dimensionamiento de los equipos de trabajo de atención primaria y comunitaria, al tiempo que posibilitan la promoción profesional entre estos profesionales, haciendo más atractiva la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría de Atención primaria y comunitaria”.*

**3.** Finalmente, en cuanto al instrumento normativo empleado –Decreto del Consell– entendemos que éste es correcto de conformidad con lo dispuesto en los artículos 18, f) y 33 de la Ley 5/1983, de 30 de diciembre, del Consell (“Ley del Consell”), en relación con la disposición final primera de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, la cual *“faculta al Consell para dictar cuantas disposiciones reglamentarias resulten necesarias para el desarrollo y aplicación de lo dispuesto en esta ley”.*

Este proyecto de decreto se propone, además, por la persona titular de la Conselleria de Sanidad órgano competente por razón de las materias asignadas por el Decreto 16/2025, de 3 de diciembre, del president de la Generalitat, por el que se determinan el número y la denominación de las consellerias, y sus competencias, y el Decreto 186/2025, de 5 de diciembre, del Consell, por el que establece la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las consellerias de la Generalitat; todo ello, en relación con lo establecido en el artículo 28 c) de la Ley del Consell.

### **Tercera.- Procedimiento de elaboración del proyecto de decreto**

La elaboración y la tramitación de este proyecto de decreto se ajustó, con la salvedad a que después se hará referencia relativa al cumplimiento de lo establecido en el artículo 15.2 de la Ley 4/2023, de 13 de abril, al cauce y a los trámites que se establecen en el artículo 43 de la Ley del Consell que se desarrollaron y completaron por medio del Decreto 24/2009, de 13 de febrero, del Consell, de 13 de febrero, sobre la forma, la estructura y el procedimiento de elaboración de los proyectos normativos de la Generalitat (“Decreto 24/2009, de 13 de febrero”), así como a lo previsto, con carácter básico, en los artículos 127 a 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (“LPACAP”).

Previamente al examen de los distintos trámites que conforman el expediente remitido conviene formular una precisión. El artículo 10 de la Ley 6/2024, de 5 de diciembre, de simplificación administrativa, introduce la figura de la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, al señalar en su apartado 1 que *“A fin de garantizar que la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria de la Generalitat se ajustan a los principios de buena regulación, se establece la obligación de unificar toda la información sobre su justificación, oportunidad y necesidad y estimación de sus impactos en los diferentes ámbitos en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo correspondiente”.* En

el apartado 2 se regula el contenido que debe recoger, en todo caso, la citada Memoria. No obstante, con arreglo a la disposición final sexta, el legislador difiere la entrada en vigor del citado artículo 10, junto con los artículos 61 y 66, al día siguiente al de la publicación en el “*Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*” del acuerdo por el que apruebe la Guía metodológica para la elaboración de la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, por lo que no resulta de aplicación al presente procedimiento de elaboración del proyecto de decreto.

De los trámites realizados conviene, en particular, mencionar los siguientes:

**1.** El procedimiento se inició mediante la Resolución de 17 de julio 2024, del conseller de Sanidad, de inicio del procedimiento de elaboración y aprobación del proyecto de decreto ajustándose, por consiguiente, a lo dispuesto en el 39.1 del Decreto 24/2009, de 13 de febrero. En dicha resolución se encomendaba la tramitación de la norma proyectada, mediante la realización e impulso de los trámites necesarios para su aprobación, a la Dirección General de Atención Primaria.

**2.** La participación de los ciudadanos en el procedimiento de elaboración de normas con rango de reglamento se ajusta a dos momentos distintos, tal y como se recoge en el artículo 133 de la LPACAP.

Por un lado, el trámite de consulta pública previa, previsto tanto en el apartado 1 del citado artículo 133 de la LPACAP, como en los artículos 14 y 15 de la Ley 4/2023, de 13 de abril, de la Generalitat, de Participación Ciudadana y Fomento del Asociacionismo de la Comunitat Valenciana (“Ley 4/2023, de 13 de abril”). Consta realizado este trámite, tal y como se indica en el informe relativo al trámite de consulta pública previa del proyecto de decreto, emitido por la directora general de atención primaria, de fecha 22 de agosto de 2024.

Conforme al mencionado informe, esta consulta se publicó en la página web de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública el 19 de julio de 2024, durante un plazo de 15 días naturales a partir de la publicación del anuncio. Se presentaron 109 aportaciones realizadas por entidades y asociaciones, por personal sanitario, y por la sociedad civil. Entre ellas, el informe destaca las formuladas por las siguientes asociaciones y entidades: Consejo de Salud 1, ..., Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA), Colegio profesional de Técnicos Superiores Sanitarios de la Comunitat Valenciana, ..., Associació Veïns i Veïnes ..., Asociación Valenciana ..., Consell de Salut de los Centros de Salud 2, 3 y 4 (...), Confederación de Asociaciones Vecinales de la Comunitat Valenciana (CAVECOVA), Asociación Ciudadana para la Promoción y Defensa de la Salud del

País Valenciano (ACDESA), Asociación Vecinal de ... y la Sociedad Valenciana de farmacéuticos de Atención Primaria (VFAP).

No obstante, debemos apuntar que el artículo 15.2 de la Ley 4/2023, de 13 de abril establece que *“la apertura del trámite de consulta pública previa se publicará en el «Diari Oficial de la Generalitat Valenciana» al menos un día antes de su inicio, indicando el plazo en el que el trámite estará disponible”*, por lo que debería de haberse aportado al expediente el anuncio de publicación en el DOGV. Igualmente, el apartado 4 del mencionado precepto señala que, una vez haya finalizado el plazo de consulta, *“se dará publicidad a sus resultados en el portal de participación de la Generalitat”*. Coincidimos a este respecto con la Abogacía General de la Generalitat en cuanto a que el informe de 22 de agosto de 2024 resulta insuficiente a efectos de cumplir con lo dispuesto en el artículo 15.4, pues únicamente limita su contenido a señalar el número de aportaciones recibidas, por lo que desconocemos no solo su contenido –el cual no se aporta al expediente– sino, además, el hecho de si éstas han sido o no tomadas en consideración por el órgano encargado de la tramitación de la norma proyectada.

Por otro lado, el artículo 133.2 de la LPACAP y los artículos 14 y 16 de la Ley 4/2023, de 13 de abril, prevén la realización de un trámite de audiencia e información pública. Consta realizado este trámite, tal y como se indica en el informe de valoración de las aportaciones y alegaciones realizadas en el trámite de información pública respecto del proyecto de decreto, emitido por la Dirección General de Atención Primaria, de fecha 26 de diciembre de 2025.

El día 4 de diciembre de 2025 se publicó en el DOGV un anuncio en el que se informaba, a efectos de dar audiencia, de la tramitación del proyecto de decreto, el cual pudo consultarse en la página web de la Conselleria de Sanidad durante un plazo de 15 días naturales. Asimismo, en fecha 1 de diciembre de 2025, se realizó el requerimiento formal que exige el artículo 43 de la Ley del Consell, a las organizaciones y asociaciones legalmente constituidas existentes afectadas por el contenido de la disposición.

Según el citado informe, se presentaron diversas alegaciones por parte de varios particulares y asociaciones. Dentro de estas últimas formularon alegaciones el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia, la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària, el Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante, el Sindicato Médico de la Comunidad Valenciana CESM-CV, la Federación Sindical SIMAP, Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana CECOVA y el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, el Colegio Profesional de Técnicos Superiores Sanitarios de la Comunidad Valenciana, la Asociación Española de Trabajo y Salud, la Plataforma per la Defensa i Millora de la Sanitat Pública, el Colegio Oficial de Enfermería de València (COENV); la Associació de Veïns de ..., el Colegio Profesional de Higienistas Dentales de la Comunitat, ..., el Colegio de Ópticos-Optometristas

de la Comunitat Valenciana, el Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de la Comunitat Valenciana, la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica Farmaindustria y el Comité de Entidades representantes de Personas con Discapacidad de la Comunitat valenciana (CERMI-CV).

**3.** Se ha emitido informe sobre la necesidad y oportunidad del proyecto de decreto y la correspondiente memoria económica, tal y como dispone el artículo 43.1, a) de la Ley del Consell y el artículo 39.2 del Decreto 24/2009, de 13 de febrero. En cuanto al primero, su contenido ya ha sido expuesto en la consideración segunda de este Dictamen. Y, en lo que se refiere a la memoria económica, se dice expresamente lo siguiente:

*“La nueva estructura, organización y funcionamiento de la atención primaria y comunitaria requiere de la creación de plazas de jefaturas de servicio de atención primaria y comunitaria por ASI, la creación de plazas de jefaturas de sección por reclasificación de las actuales coordinaciones médicas de atención primaria, así como las Jefaturas de enfermería de atención primaria y comunitaria y las jefaturas de equipo de personal de gestión y servicios de atención primaria y comunitaria, por reclasificación de las actuales, existiendo incidencia en el Capítulo I, y comportando obligaciones económicas en los presupuestos de la Generalitat, tal y como se regula en las Disposiciones adicionales del decreto.*

*Hay que señalar, que lo regulado en el Decreto, tanto en el artículo 15, Actividades docentes en atención primaria y comunitaria, como en el 16, Actividades de investigación en atención primaria y comunitaria, se realizará con el propio personal que existe en la actualidad, de idéntica forma que en ámbito hospitalario, por lo que no supone gasto alguno, al no conllevar ni un incremento del número de puestos, ni un aumento salarial, no suponiendo incidencia alguna en el capítulo I. Dichas actividades docentes y de investigación responden al ámbito de autoorganización de la atención primaria y comunitaria.*

*Igualmente sucede con lo establecido en el Decreto, relativo a La figura de Enfermería escolar en el ámbito educativo, ya que lo que se desarrolla son sus funciones, siendo el personal actual de los centros sanitarios las que las asumen, como otra función profesional, que responden al ámbito de autoorganización de la atención primaria y comunitaria.*

*Por último, indicar, que en la actualidad quedan por reconvertir aproximadamente 4.000 puestos de enfermería de E.A.P, en enfermera/o especialista, y que dicha reconversión se irá produciendo en el tiempo, estimando que anualmente podrían ser unas 500 nuevas, por lo que es lo que se propone para el próximo ejercicio”.*

Por lo que concluye la citada memoria que: *“La dotación presupuestaria total del presente Decreto es de 2.569.325,85 euros anuales. El gasto se imputará al Capítulo I de los Presupuestos de la Generalitat de acuerdo con el siguiente programa presupuestario: G01100204 412B21 CAPÍTULO I”*.

Junto a esta memoria económica se ha aportado, asimismo, un informe económico, emitido por el director general de gestión económica, contratación e infraestructuras, de fecha 24 de septiembre de 2025, en el que se reitera que el proyecto de decreto tiene un impacto económico anual de 2.569.325,85 euros.

En relación con la memoria económica, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley 1/2015, de 6 de febrero, se emitió informe favorable por parte de la Dirección General de Presupuestos, de fecha 24 de septiembre de 2025.

**4.** Durante la tramitación del procedimiento, se recabarán todos aquellos informes que se consideren necesarios, tal y como dispone expresamente los artículos 43.1, d) y 53.1 de la Ley del Consell.

A propósito de lo anterior, se ha emitido por parte de la Dirección General de Atención Primaria un informe sobre impacto por razón de género, dando cumplimiento a lo previsto en el artículo 4 bis de la Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la igualdad entre mujeres y hombres. También constan los informes sobre impacto en la familia, la infancia y la adolescencia, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 22 quinquies de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección del Menor y en la disposición adicional décima de la Ley 40/2003, de Protección de las Familias Numerosas, todos ellos emitidos por la Dirección General de Atención Primaria.

En relación con los informes sobre impacto por razón de género, en la infancia, la adolescencia y la familia, como ya ha declarado reiteradamente este Consell en anteriores dictámenes sobre proyectos normativos, deberían haber sido emitido por los órganos de la Administración especializados y competentes en la materia (Dictámenes 569/2016, 773/2016 y 567/2021, entre otros).

Por otro lado, para que los informes de impacto resulten efectivos tienen que contener una serie de datos que permitan el análisis sobre la situación en el ámbito en el que la norma desplegará sus efectos. Reunida esta información se podría determinar si la norma de referencia tiene impacto positivo o negativo para, en caso de impacto negativo, adoptar las medidas pertinentes en el ámbito de la norma proyectada (Dictamen 383/2017, por todos).

Se ha incorporado, asimismo, el informe preceptivo de coordinación informática emitido por la DGTIC, de fecha 18 de diciembre de 2025, de conformidad con el artículo 94.1 del Decreto 220/2014, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento de administración electrónica, en su redacción dada por el Decreto 218/2017, de 29 de diciembre, del Consell.

Consta también el informe negativo de huella de los grupos de interés del proyecto de decreto, emitido por el subsecretario de la Conselleria de Sanidad, por lo que se da cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 18.1 de la Ley 25/2018, de 10 de diciembre, reguladora de la actividad de los grupos de interés de la Comunitat Valenciana y 21 del Decreto 172/2021, de 15 de octubre, del Consell, de desarrollo de la Ley 25/2018, de 10 de diciembre, reguladora de la actividad de los grupos de interés de la Comunitat Valenciana.

Asimismo, se ha emitido informe en materia de función pública por parte del conseller de Sanidad, de conformidad con el artículo 8.1, b) y 2 de la Ley 4/2021, de 16 de abril, de la Función Pública Valenciana.

También consta el certificado emitido por el secretario de la Mesa Sectorial de Sanidad, de fecha 26 de julio de 2025, en el que afirma que el proyecto de decreto ha sido objeto de negociación en las Mesas Técnicas de Atención Primaria y en la Mesa Sectorial de Sanidad.

En último lugar, se ha remitido el expediente a la Presidencia y Consellerias a efectos de que pudiesen alegar cuanto estimasen oportuno. A este respecto, consta informe sobre el resultado de este trámite, emitido por la directora general de atención primaria, de fecha 2 de julio de 2025, en el que se afirma que han recibido alegaciones por parte de los siguientes órganos: la Dirección General de Familia, Infancia, Adolescencia y Reto Demográfico; la Dirección General de Gestión del Sistema Sociosanitario y del Instituto Valenciano de Formación, Investigación y Calidad de los Servicios Sociales; y, la Delegación de Protección de Datos de la Generalitat.

**5.** Se ha incorporado al expediente el informe preceptivo de la Abogacía General de la Generalitat, de conformidad a los artículos 43.1, e) de la Ley del Consell y 5.2, a) de la Ley de la Generalitat 10/2005, de 9 de diciembre, de asistencia jurídica a la Generalitat. Asimismo, consta informe sobre las observaciones recibidas de la Abogacía de la Generalitat con relación al proyecto de decreto, emitido por la directora general de atención primaria de 27 de octubre de 2025.

#### **Cuarta.- Estructura y contenido**

El texto del proyecto de decreto consta de una parte expositiva, precedida de un índice, una parte dispositiva integrada por 78 artículos, cinco disposiciones adicionales, una transitoria, una derogatoria y tres finales.

El Índice que acompaña al texto es el siguiente:

## PREÁMBULO

### TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

#### Capítulo I. Objeto y ámbito de aplicación

##### Artículo 1. Objeto

##### Artículo 2. Ámbito de aplicación

### TÍTULO II. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

#### Artículo 3. Atención primaria y comunitaria

#### Artículo 4. Definiciones en atención primaria y comunitaria

#### Capítulo I. Ordenación territorial y estructura de la atención primaria y comunitaria

##### Artículo 5. Ordenación territorial de la atención primaria y comunitaria

##### Artículo 6. Estructura de la atención primaria y comunitaria

#### Capítulo II. Transformación digital en atención primaria y comunitaria

#### Artículo 7. Inteligencia artificial (IA) y plataformas de automatización de procesos

#### Capítulo III. Gestión clínica y calidad asistencial en atención primaria y comunitaria

##### Artículo 8. Gestión clínica en atención primaria y comunitaria

##### Artículo 9. Calidad asistencial en atención primaria y comunitaria

#### Capítulo IV. Accesibilidad y gestión de la demanda en atención primaria y comunitaria

##### Artículo 10. Accesibilidad en atención primaria y comunitaria

##### Artículo 11. Gestión de la demanda en atención primaria y comunitaria

#### Capítulo V. Garantía de no demora en atención primaria y comunitaria

##### Artículo 12. No demora en atención primaria y comunitaria

#### Capítulo VI. Capacidad de resolución en atención primaria y comunitaria

#### Artículo 13. Capacidad de resolución de problemas asistenciales en atención primaria y comunitaria

#### Capítulo VII. Docencia y formación en atención primaria y comunitaria

#### Artículo 14. Actividades de formación en atención primaria y comunitaria

##### Artículo 15. Actividades docentes en atención primaria y comunitaria

#### Capítulo VIII. Investigación, desarrollo e innovación en atención primaria y comunitaria

#### Artículo 16. Actividades de investigación en atención primaria y comunitaria

#### Capítulo IX. Acuerdos de gestión en atención primaria y comunitaria

##### Artículo 17. Acuerdos de gestión en atención primaria y comunitaria

### TÍTULO III. CARTERA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

Artículo 18. Prestaciones de la cartera de servicios de atención primaria y comunitaria

Artículo 19. Servicios de atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del paciente

Artículo 20. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Artículo 21. Actividad en materia de prevención, educación sanitaria, promoción de la salud en atención familiar y atención comunitaria

Artículo 22. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud

Artículo 23. Actividades de rehabilitación de atención primaria

Artículo 24. Actividades de atención a la infancia

Artículo 25. Actividades de atención a la adolescencia

Artículo 26. Actividades de atención a la mujer

Artículo 27. Actividades de atención a personas adultas, grupos de riesgo y personas enfermas crónicas

Artículo 28. Actividades de atención a pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes

Artículo 29. Actividades de atención sanitaria a personas con enfermedades de transmisión sexual

Artículo 30. Actividades de atención a personas con conductas de riesgo

Artículo 31. Actividades de atención a situaciones de riesgo o exclusión social

Artículo 32. Actividades de detección precoz, sospecha oncológica y otros cribados

Artículo 33. Actividades de atención a las personas mayores

Artículo 34. Actividades de detección y atención a la violencia de género y malos tratos

Artículo 35. Actividades de atención a personas enfermas en la etapa final de la vida

Artículo 36. Actividades de atención a la salud mental

Artículo 37. Actividades de atención a la salud bucodental

### TÍTULO IV. EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

Capítulo I. Equipo de atención primaria y comunitaria

Artículo 38. Composición del equipo de atención primaria y comunitaria

Artículo 39. Funciones en materia de atención primaria y comunitaria

Artículo 40. Unidades departamentales de atención primaria y comunitaria

Artículo 41. Unidades departamentales de rehabilitación

Artículo 42. Unidades departamentales de odontología

Artículo 43. Unidades departamentales de salud sexual y reproductiva

Artículo 44. Farmacia de atención primaria y comunitaria

Capítulo II. Asistencia sanitaria de atención primaria y comunitaria

Artículo 45. Actividades asistenciales  
Artículo 46. Consulta sanitaria en el centro  
Artículo 47. Interconsulta sanitaria  
Artículo 48. Consulta sanitaria en domicilio  
Artículo 49. Atención sanitaria urgente  
Artículo 50. Atención sanitaria no demorable  
Capítulo III. Coordinación sociosanitaria en atención primaria y comunitaria  
Artículo 51. Coordinación sociosanitaria  
Artículo 52. Historia sociosanitaria en atención primaria y comunitaria  
Artículo 53. Mapa común del espacio sociosanitario en atención primaria y comunitaria  
Capítulo IV. Organización y administración en atención primaria y comunitaria  
Artículo 54. Actividades de administración y gestión  
Capítulo V. Orientación a la comunidad en atención primaria y comunitaria  
Artículo 55. Orientación a la comunidad en atención primaria y comunitaria  
Artículo 56. Actividades en la comunidad en atención primaria y comunitaria  
Artículo 57. Niveles para la integración de la atención comunitaria  
Capítulo VI. Funciones de los profesionales en atención primaria y comunitaria  
Artículo 58. Funciones de los distintos profesionales de atención primaria y comunitaria  
Artículo 59. Funciones del personal facultativo especialista en medicina familiar y comunitaria  
Artículo 60. Funciones del personal especialista en pediatría de equipo de atención primaria y comunitaria  
Artículo 61. Funciones del personal especialista en enfermería familiar y comunitaria  
Artículo 62. Funciones del personal especialista en enfermería obstétrico-ginecológica  
Artículo 63. Funciones del personal farmacéutico de atención primaria y comunitaria  
Artículo 64. Funciones del personal fisioterapeuta de atención primaria y comunitaria  
Artículo 65. Funciones del personal de trabajo social de atención primaria y comunitaria  
Artículo 66. Funciones del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería de atención primaria y comunitaria  
Artículo 67. Funciones del personal auxiliar administrativo de atención primaria y comunitaria  
Artículo 68. Funciones del personal celador de atención primaria y comunitaria

## TÍTULO V. GOBERNANZA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

Artículo 69. Órgano de dirección y organización de la atención primaria y comunitaria

Artículo 70. Atención primaria y comunitaria en las agrupaciones sanitarias interdepartamentales

Artículo 71. Órganos directivos departamentales de atención primaria y comunitaria

Artículo 72. Dirección médica de atención primaria y comunitaria departamental

Artículo 73. Dirección de enfermería de atención primaria y comunitaria departamental

Artículo 74. Comité de atención primaria y comunitaria

Artículo 75. Jefaturas de servicio de atención primaria y comunitaria

Artículo 76. Jefatura de sección de atención primaria y comunitaria

Artículo 77. Jefatura de enfermería de atención primaria y comunitaria

Artículo 78. Jefatura de equipo de personal de gestión y servicios de atención primaria y comunitaria

### DISPOSICIONES ADICIONALES

DISPOSICION TRANSITORIA

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

DISPOSICIONES FINALES

A este respecto, se cumple con lo previsto en Título II del Decreto 24/2009, de 13 de febrero.

### **Quinta.- Análisis jurídico del proyecto de decreto**

#### **A) Observación general al proyecto de decreto, en lo que a su estructura y articulado se refiere**

En lo que se refiere a la estructura y articulado del texto, consideramos oportuno formular una serie de consideraciones.

El Título I está dedicado a las disposiciones generales y contempla un capítulo I, bajo la rúbrica de “Objeto y ámbito de aplicación”, que contiene, a su vez, dos artículos que regulan, respectivamente, el objeto y el ámbito de aplicación de la norma proyectada. A este respecto, carece de sentido insertar un capítulo I en este título habida cuenta de que es el único.

El Título II lleva por rubrica la “Atención primaria y comunitaria”. Este título resulta, sin embargo, excesivamente genérico, toda vez que el proyecto de decreto trata en general sobre la atención primaria y comunitaria, por lo

que debería de optarse por uno más específico que permitiera identificar qué aspectos concretos se abordarán en su articulado.

Por otro lado, el contenido que regula este título resulta demasiado heterogéneo. Ciertamente, encontramos materias dispares como son la ordenación territorial y estructural de la atención primaria y comunitaria (capítulo I), la transformación digital en atención primaria (capítulo II), la gestión clínica y calidad asistencial (capítulo III), la accesibilidad y gestión de la demanda en atención primaria y comunitaria (capítulo IV), la garantía de no demora en atención primaria y comunitaria (capítulo V), la capacidad de resolución en atención primaria y comunitaria (capítulo VI), la docencia y formación en atención primaria y comunitaria (capítulo VII), la investigación, desarrollo e innovación en atención primaria y comunitaria (capítulo VIII) y los acuerdos de gestión en atención primaria y comunitaria (capítulo IX). Hubiera sido más aconsejable agrupar las materias de forma más homogénea y coherente.

Adicionalmente, con carácter previo al capítulo I se introducen los artículos 3 y 4, dedicados, respectivamente, a la atención primaria y comunitaria y a las definiciones. En nuestra opinión, y sin perjuicio de lo que se expondrá en su momento, hubiera sido más adecuado desde un punto de vista sistemático incorporar las definiciones en la parte de las disposiciones generales, tal y como expresamente prevé 17.2 del Decreto 24/2009, de 13 de febrero.

El Título IV está dedicado al “*Equipo de atención primaria y comunitaria*” y se divide a su vez en 6 capítulos. Respecto a la ordenación de estos capítulos, compartimos la observación formulada por la Abogacía General de la Generalitat en su informe, en el sentido de que sería más aconsejable seguir un orden distinto y más coherente. Así, se sugiere el siguiente orden: en primer lugar, el EAPC (capítulo I); en segundo lugar, las funciones de los profesionales en atención primaria y comunitaria (capítulo VI); en tercer lugar, la asistencia sanitaria de atención primaria y comunitaria (capítulo II); en cuarto lugar, la organización y administración en atención primaria y comunitaria (capítulo IV); a este le seguiría la coordinación sociosanitaria en atención primaria y comunitaria (capítulo III); y, en último lugar, la orientación a la comunidad en atención primaria y comunitaria (capítulo V).

## **B) Observaciones y sugerencias al proyecto de decreto**

Esta Institución Consultiva, que es la última en informar, conforme a lo previsto en los artículos 2.4 de la Ley de la Generalitat Valenciana 10/1994, de creación de este Consell, y 5 del Decreto 37/2019, de 15 de marzo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana, examinado el texto del decreto proyectado, formula las siguientes observaciones.

## **Al preámbulo**

La parte expositiva del proyecto normativo objeto de consulta se ajusta, en términos generales, a lo dispuesto en el artículo 11.1 del Decreto 24/2009, de 13 de febrero, según el cual «*La parte expositiva del proyecto normativo declarará breve y concisamente los motivos que hayan dado lugar a su elaboración, los objetivos y las finalidades que se pretenden satisfacer. Aludirá a sus antecedentes y a las competencias en cuyo ejercicio se dicta, así como a las líneas generales de su contenido cuando sea preciso para su mejor entendimiento, haciendo mención a la incidencia que pueda tener en la normativa en vigor, con especial atención a los aspectos novedosos. En todo caso, se evitarán exhortaciones, declaraciones didácticas o laudatorias u otras análogas*». No obstante, conviene que formulemos una serie de observaciones en cuanto a su contenido.

En primer lugar, el preámbulo presenta una estructura desorganizada en la que se echa en falta una cierta coherencia y orden en la exposición de las ideas, lo cual dificulta la lectura y comprensión del texto. Por ello, se sugiere, de conformidad con el artículo 12 del citado Decreto 24/2009, dividir el preámbulo en apartados, al comienzo de cada uno de los cuales se utilizarán números romanos. Esto mejorará la estructura del texto y facilitará su lectura. Así, se propone la siguiente estructura: (i) un primer apartado en el que se aluda a los títulos competencias y a las principales normas que regulan esta materia. A las disposiciones que se citan ya, debería de añadirse, además, la LGS; (ii) un segundo apartado que esté dedicado a la atención primaria y en que se haga referencia a sus principios rectores, a sus valores fundamentales, así como a su conexión con los productos farmacéuticos y el ámbito educativo; (iii) un tercer apartado destinado a describir cuál es el objeto y motivos que han justificado la tramitación y aprobación del proyecto de decreto; y, (iv) un último apartado dedicado a los principios de buena regulación y a la fórmula de aprobación.

En segundo lugar, en el párrafo relativo al ámbito educativo se reproducen textualmente los apartados 5, 6 y 7 del artículo 59 de la LSCV. En nuestra opinión, la reproducción de este precepto es completamente prescindible, además de resultar contrario a lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 24/2009. Por tanto, bastaría únicamente con citar el mencionado artículo y relacionarlo con el desarrollo que prevé el proyecto de decreto.

En tercer lugar, consideramos que el preámbulo no expone de forma suficientemente clara y comprensiva el objeto que persigue la norma proyectada. No puede perderse de vista que la finalidad de toda parte expositiva es facilitar y contextualizar su parte dispositiva, de tal forma que el potencial destinatario de la norma esté en una mejor posición para comprender su contenido. A nuestro juicio, el párrafo destinado a exponer el

objeto de la norma no refleja suficientemente la totalidad de la regulación que pretende abarcar el proyecto de decreto, pues, se centra básicamente en la equiparación de la estructura jerárquica del personal sanitario. En cambio, la norma proyectada incorpora otras muchas regulaciones, como es la estructura y organización de la atención primaria y comunitaria, su cartera de servicios o los EAPC.

Precisamente, en lo que a los EAPC se refiere, la norma proyectada introduce una nueva regulación. Esta materia, sin embargo, está actualmente desarrollada en la Orden de 20 de noviembre de 1991, por lo que hubiera sido aconsejable una explicación de los motivos que han llevado al órgano proponente a plantear la actualización o modificación de ésta. Por todo ello sugerimos un mayor desarrollo de los principales cambios y regulaciones que introduce la norma, así como las razones que los han impulsado.

Finalmente, en lo que a los principios de buena regulación se refiere, compartimos la observación formulada por la Abogacía de la Generalitat, en el sentido de que la justificación dada resulta claramente mejorable. Decir que la necesidad y eficacia de la norma proyectada *“queda justificada en el contenido del propio Decreto”* no completa el mandato del artículo 59.4 de la Ley 1/2022, de 13 de abril, de Transparencia y Buen Gobierno de la Comunitat Valenciana, el cual establece, precisamente, que la adecuación a los principios de buena regulación *«debe de estar suficientemente justificada»* en el preámbulo.

### **A la fórmula de aprobación**

La fórmula de aprobación está compuesta de diversos elementos, y entre ellos la facultad de propuesta que corresponde a la persona titular de la Conselleria que insta la aprobación de la disposición que se elaboró en su departamento. Así pues, este es el primer elemento que debe constar al principio de la redacción de la fórmula de aprobación, en el presente caso tras la locución adverbial *“Por todo ello”*.

En la fórmula aprobatoria se hace alusión al artículo 28, c) de la Ley del Consell, el cual prevé la competencia de los consellers, como miembros del Consell y jefes del Departamento, para *“Preparar y presentar al Consell los anteproyectos de Ley, propuestas de acuerdo y proyectos de Decreto relativos a las cuestiones propias de su Departamento, y refrendar estos últimos una vez aprobados”*. Esta referencia no resulta errónea, en tanto que se alude previamente a la *“propuesta del conseller de Sanidad”*.

No obstante, hay que tener en cuenta que el artículo 13.2 del Decreto 24/2009, de 13 de febrero alude *“a la norma o normas que habiliten al órgano para dictar la disposición”*, que en este caso es el Consell. Por ello, se

recomienda añadir la referencia al artículo 18, f) de la Ley del Consell, en tanto que es este precepto el que habilita al órgano para dictar la disposición.

## **Al artículo 2. Ámbito de aplicación**

Este precepto contiene dos partes claramente diferenciadas.

En la primera de ellas se dice que *“El presente decreto será de aplicación al ámbito de la atención primaria y comunitaria del Sistema Valenciano de Salud definida en el artículo 3 del presente decreto”*. Sin embargo, esta remisión no aporta nada, pues, el artículo 3 del proyecto de decreto simplemente introduce un concepto de atención primaria y comunitaria, sus valores y su orientación. Por ello, consideramos que la remisión al artículo 3 es complementemente prescindible.

La segunda alude a la finalidad que persigue la atención primaria y comunitaria al añadir el precepto el siguiente inciso: *“(…) con la finalidad de garantizar la equidad en el acceso y mejorar la resolutivead, calidad en la atención y resultados en salud en todo el territorio de la Comunitat Valenciana, así como potenciar la docencia e investigación desde este ámbito asistencial”*. A nuestro juicio este inciso no tiene conexión con el ámbito de aplicación sino más bien con el de la finalidad u objetivos que pueda perseguir la atención primaria y comunitaria. Requiere, en consecuencia, de una ubicación distinta.

## **Al artículo 3. Atención primaria y comunitaria**

El primer párrafo del apartado 1 introduce una definición del concepto de *“atención primaria y comunitaria”*. Así, dice expresamente que *“La atención primaria y comunitaria, como eje vertebrador del sistema sanitario, es el nivel fundamental e inicial de atención que garantiza el mayor nivel posible de salud y bienestar a la población, mediante una atención centrada en las personas, las familias y la comunidad”*.

Sin embargo, no es la única vez que la norma define este concepto, pues, si acudimos al artículo 18.1 del proyecto de decreto encontramos otra propuesta de definición. En este caso se dice que *“La atención primaria y comunitaria es el eje fundamental e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actúa como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos”*.

Esta última definición es muy similar a la prevista en el artículo 12.1 de la LCCSNS, según el cual *“La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos”*.

En opinión de este Consell Jurídic Consultiu debería de establecerse una única definición de “*atención primaria y comunitaria*” y no dos como ocurre en este caso.

El segundo párrafo del apartado 1 está dedicado a los valores de la atención primaria y comunitaria. Consideramos que este párrafo debería de articularse en un apartado independiente, en tanto que no está vinculado con la definición de atención primaria y comunitaria. Además, en la enumeración que se hace, se incluyen algunos valores que en el preámbulo se identifican como “principios rectores”. Así ocurre con la sostenibilidad, la coordinación, la participación activa o la orientación, por lo que debería de precisarse esta cuestión. De forma análoga, se hace referencia al concepto de “longitudinalidad”, una palabra que no está recogida en el Diccionario de la RAE por lo que su referencia, además de resultar incorrecta desde un punto de vista ortográfico, puede acarrear problemas de inteligibilidad a los potenciales destinatarios de la norma. Por todo ello, consideramos que deberían de reformularse los valores incorporados a este apartado.

El tercer párrafo del apartado 1 introduce un contenido puramente descriptivo, sin conexión con los valores antes mencionados. Sería más conveniente adicionar este párrafo a la definición de “atención primaria y comunitaria” prevista en el párrafo primero.

#### **Al artículo 4. Definiciones**

La definición prevista en la letra g) para el “*Centro de salud acreditado para la formación sanitaria especializada y en ciencias de la salud*” es la siguiente: “*Se denomina de esta manera el centro de salud acreditado para la formación sanitaria especializada y en ciencias de la salud*”. Esta definición es tautológica por lo que, a menos que se reformule e incorpore más información, debería de removerse.

#### **Al artículo 5. Ordenación territorial de la atención primaria y comunitaria**

El apartado 1 recoge la definición de Agrupaciones Sanitarias Interdepartamentales (ASI) que contempla el artículo 8.1 del Decreto 2/2024, de 21 de febrero, del Consell, de medidas extraordinarias dirigidas a garantizar la asistencia sanitaria integral y en condiciones de equidad en el Sistema Valenciano de Salud. Sería más conveniente su ubicación en el artículo 4 relativo a las definiciones.

Lo anterior es extensible a la definición de “departamentos de salud” prevista en el apartado 2 –y que está ya recogida en el artículo 13.2 de la LSCV–, la cual debería de estar ubicada también en el artículo 4.

El apartado 3 prevé la posibilidad de establecer Zonas Básicas de Salud (ZBS) en atención a los criterios de integración de los recursos y de la variación de la población. Este apartado reproduce en similares términos lo dispuesto en el artículo 13.3 de la LSCV.

En consecuencia, el artículo 5 del proyecto de decreto no regula realmente nada nuevo, pues, las definiciones tanto de “ASI” como de “departamentos de salud” ya están recogidas en otras disposiciones normativas. Igualmente, la posibilidad de establecer ZBS está prevista en la LSCV. En cualquier caso, de optarse por mantener las definiciones, se recomienda su reubicación en el artículo 4 del proyecto de decreto, pero, con la referencia expresa a los artículos 8.1 del Decreto 2/2024, de 21 de febrero, y 13.2 y 3 de la LSCV, tal y como expresamente establece el artículo 3.6 del Decreto del Consell 24/2009, de 13 de febrero.

### **Al artículo 7. Inteligencia Artificial (IA) y plataformas de automatización de procesos**

A efectos de facilitar la lectura del texto y de mejorar la estructura del precepto, se sugiere la siguiente redacción alternativa:

*“1. La IA y las plataformas de automatización de procesos deberán orientarse al aumento de la capacidad de los sistemas de salud con el objeto de: mejorar la atención al paciente, proporcionar diagnósticos precisos, optimizar los planes de tratamiento, apoyar la preparación y respuesta frente a las pandemias, proporcionar apoyo a las decisiones de las políticas de la salud, asignar recursos en el marco de los sistemas de salud, y empoderar a los pacientes y los ciudadanos para que asuman el control sobre su propia atención sanitaria y comprendan las necesidades de cuidado de su salud en constante evolución.*

*2. La conselleria competente en materia de sanidad impulsará la automatización de procesos e introducirá de forma ordenada, segura, equitativa, ética, transparente y sostenible la IA para así poder incrementar la capacidad de los EAPC en los siguientes ámbitos:*

- a) Promoción de la salud y educación sanitaria.*
- b) Desarrollo de programas de prevención y cribado.*
- c) Apoyo al diagnóstico en la interpretación de pruebas diagnósticas de imagen médica.*
- d) Mejora de la gestión de la demanda.*
- e) Impulso los programas de gestión de pacientes crónicos.*
- f) Atención compartida de pacientes entre al ámbito de la atención hospitalaria y la atención primaria.*

3. *La conselleria competente en materia de sanidad impulsará la formación de los profesionales sanitarios, la investigación, la innovación y el impulso de una transformación digital ordenada y eficiente basada en el potencial uso del dato sanitario y la implementación de nuevas tecnologías*”.

### **Al artículo 12. No demora en Atención primaria y comunitaria**

El apartado 1, párrafo segundo, dice que *“se promoverá la gestión integral e integrada de las agendas de todos los profesionales de atención primaria y comunitaria y la implementación de nuevas tecnologías, incluido el uso de inteligencia artificial (IA), estableciéndose una demora máxima en pruebas de imagen médica y pruebas de laboratorio”*.

Debería especificarse quién establecerá la demora máxima y cómo se establecerá o, en todo caso, qué parámetros se tendrán en cuenta para su cálculo, pues, de lo contrario, nos encontramos ante un concepto excesivamente vago e indeterminado.

### **Al artículo 14. Actividades de formación en atención primaria y comunitaria**

El apartado 1 de este precepto establece que los miembros de los EAPC *“deberán participar en aquellas actividades de formación que se programen en su departamento de salud y agrupación sanitaria interdepartamental (ASI), coordinadas por la unidad administrativa competente en materia de docencia y formación del personal del Sistema Valenciano de Salud”*.

En materia de formación del personal estatutario conviene tener en cuenta lo dispuesto en los artículos 17, c) y 19, c) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. El primero de ellos establece como derecho del personal estatutario la *“formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones”*, mientras que el segundo prevé como deber el de *“Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada”*.

Así, el Estatuto Marco prevé para el personal estatutario –y en lo que al ámbito formativo se refiere– una dimensión subjetiva, esto es, el derecho a la formación, que debe cohererse con una dimensión objetiva que se corresponde con el deber de mantener actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento. De tal modo que el legislador, al conectar el deber del personal estatutario de los

servicios de salud de mantenerse actualizado con el correcto ejercicio de la profesión, lo que está pretendiendo es garantizar en última instancia la adecuada asistencia sanitaria a los pacientes. Una asistencia que, en la práctica, supone seguir básicamente los protocolos y guías médicas más actualizadas.

Sin embargo, ese deber de mantenerse debidamente actualizado no implica para el personal estatutario la obligación de participar necesariamente en todas y cada una de las actividades formativas que se programen en su departamento de salud y ASI, como propone el proyecto de decreto. Conviene tener presente que esos *“conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento”* a los que alude el artículo 19, c) pueden lograrse por diversas vías, siendo una de ellas –pero no la única– las actividades de formación que programen los centros sanitarios. Esto se desprende de forma clara del propio artículo 19 c), *in fine*, del Estatuto Marco, al encomendar a los centros sanitarios la función de “facilitar” el desarrollo de actividades de formación continuada. Dentro de este mandato, la administración sanitaria puede, entre otras cosas, establecer libremente la oferta de actividades formativas que considere más adecuada en función de sus necesidades y recursos disponibles, así como promover la participación del personal estatutario en aquellas, pero no la de fijar esta obligatoria.

En consecuencia, el personal de los EPAC solamente tiene el deber genérico de mantenerse actualizado para prestar un servicio sanitario adecuado. Para ello, podrá hacer uso de aquellos medios formativos que estime más oportunos y convenientes, siendo uno de ellos –pero no el único– la participación en las actividades formativas que programe su departamento de salud y ASI. De igual modo, la administración sanitaria tiene la obligación de facilitar el desarrollo de actividades de formación continuada, pero no de fijar su realización como en todo caso de obligatoria para su personal. De ahí que este Órgano consultivo entienda que este apartado, en los términos en que está redactado, contraviene lo dispuesto en el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Por ello, deberá reformularse el apartado de tal forma que se ajuste su redacción a lo que determina el referido artículo 19 c) de la Ley 55/2003, expresando que los miembros de los EPAC *“mantendrán debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, mediante la participación en aquellas actividades de formación que se programen en su departamento de salud y agrupación sanitaria interdepartamental (ASI), coordinadas por la unidad administrativa competente en materia de docencia y formación del personal del Sistema Valenciano de Salud”*.

Esta observación es **esencial** a los efectos del artículo 77.3 del Reglamento de este Consell Jurídic Consultiu.

Por otro lado, en el apartado 2 de este precepto debería de especificarse qué órgano será el competente para elaborar el programa anual de formación continuada.

### **Al artículo 18. Prestaciones de la cartera de servicios de atención primaria y comunitaria**

Conviene eliminar la definición de atención primaria y comunitaria que incorpora el apartado 1, en línea con lo expuesto respecto del artículo 3 del proyecto de decreto.

Por otro lado, en el apartado 3 falta la referencia a la “atención a la salud mental”, la cual constituye una prestación de la atención primaria, tal y como expresamente prevé el artículo 12.2 de la LCCSNS.

### **Al artículo 33. Actividades de atención a las personas mayores**

Dada la extensión y la heterogeneidad de aspectos que se regulan se recomienda la división de este precepto en apartados, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26.1 del Decreto 24/2009. Cada apartado debería referirse a un aspecto concreto, a saber: las actividades de atención a las personas mayores en busca de un envejecimiento saludable, la actividad de atención a personas mayores inmovilizadas y el desarrollo de herramientas basadas en la IA.

Por otro lado, en los párrafos tercero y sexto se alude al “plan integrado de cuidados sanitarios” y al “programa de atención a personas mayores inmovilizadas”. Se desconoce si actualmente estos instrumentos se han adoptado ya o, por el contrario, se crean *ex novo* con el proyecto de decreto. En este último caso, debería de especificarse el órgano competente para su aprobación.

En el párrafo quinto deberían eliminarse las dos primeras oraciones en tanto que incorporan una serie de valoraciones que no aportan nada al objeto del precepto. Son puramente descriptivas. Además, el contenido de este párrafo está más relacionado con las actividades de atención a las personas mayores en busca de un envejecimiento saludable que con la actividad de atención a personas mayores inmovilizadas, por lo que se recomienda su reubicación.

En cualquier caso, se sugiere la siguiente redacción del precepto:

*“1. Las actividades de atención a las personas mayores en busca de un envejecimiento saludable incluirán: actividades de promoción y prevención con relación a alimentación saludable y ejercicio físico, identificación de conductas*

*de riesgo, prevención de caídas y otros accidentes, detección precoz del deterioro cognitivo y funcional, detección precoz del deterioro físico, con especial énfasis en el cribado de hipoacusia, déficit visual e incontinencia urinaria, consejo y seguimiento del paciente polimedicado y con pluripatología.*

*Se potenciará la identificación precoz de la fragilidad, para implementar intervenciones dirigidas a fomentar un envejecimiento saludable y así disminuir el riesgo de institucionalización, discapacidad funcional, hospitalización frecuente, deterioro en la calidad de vida, aparición de enfermedades crónicas y mortalidad prematura.*

*Se realizará un especial seguimiento de la persona anciana de riesgo incluyendo la valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Esta valoración conlleva la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención hospitalaria y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada.*

*2. La actividad de atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas incluirá la información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente a la persona cuidadora principal.*

*El programa de atención a personas mayores inmovilizadas comprenderá la valoración integral de las necesidades del paciente, incluyendo las causas de su inmovilización, el establecimiento de un plan de cuidados, médicos y de enfermería, que incluya medidas preventivas, instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales, así como la coordinación con los servicios sociales, el acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos no realizables en el domicilio del paciente, la realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente y la información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente a la persona cuidadora principal.*

*La identificación de pacientes se efectuará a través de un índice de valoración geriátrica, que permitirá identificar pacientes inmovilizados y a aquellos pacientes crónicos con alto riesgo de presentar descompensaciones, susceptibles de ser incorporados al programa de atención domiciliaria para aplicar intervenciones preventivas y terapéuticas específicas que aborden los efectos adversos asociados con la fragilidad y mejorar los resultados en salud.*

*Se potenciará la identificación del paciente frágil y se establecerán protocolos de actuación y de derivación con las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD) para asegurar la atención a la complejidad y la mayor calidad de vida posible de los pacientes vulnerables.*

3. La conselleria competente en materia de sanidad impulsará el desarrollo de herramientas basadas en IA que ayuden a identificar de forma más precisa y ágil a estos pacientes, a la vez que introducirá nuevas tecnologías, para el desarrollo la atención remota de los pacientes que complemente la atención presencial en el domicilio con el objetivo de incrementar la intensidad de los cuidados en los casos necesarios en favor de una mayor estabilidad de los pacientes y la consecución de una mejor calidad de vida”.

### **Al artículo 38. Composición del equipo de atención primaria y comunitaria**

En el párrafo segundo del apartado 2 se dice: “La conselleria competente en materia de sanidad podrá incluir otras categorías profesionales en un futuro, ampliación de la cartera de servicios o modificación de las necesidades en la población”. Falta un conector o expresión que enlace la oración y le dé sentido.

El apartado 3 dice que “También forman parte de los equipos de atención primaria los farmacéuticos de atención primaria que realicen sus tareas en el ámbito de atención primaria y comunitaria y el personal sanitario y no sanitario de las unidades departamentales de atención primaria y comunitaria”. No se comprende por qué razón no se incluye a este personal en la enumeración del apartado 2 y se opta, por el contrario, por preverlos en un apartado distinto. Conviene tener en cuenta que la separación de los artículos en apartados se realiza en función de que éstos traten aspectos que se hayan de diferenciar (artículo 26.1 del Decreto 24/2009 y, en este caso, no hay ningún motivo aparente que aconseje su previsión en un apartado distinto.

### **Al artículo 39. Funciones en materia de atención primaria y comunitaria**

La letra a), en su redacción propuesta, contempla no una sino varias funciones, por lo que deberían desglosarse. Ahora bien, si lo que se quiere decir es que todas ellas están conectadas con la función genérica de “prestar atención a la población”, se recomienda entonces incluir un conector de la siguiente forma: “a) Prestar atención a la población, por el profesional sanitario que mejor pueda dar respuesta a sus necesidades en el ámbito de sus competencias, mediante la promoción de la salud dirigida a la población sana, la prevención en personas con factores de riesgo que garantice la continuidad de cuidado, y la planificación de la atención a las personas con enfermedad crónica compleja y paliativas y de sus personas cuidadoras con el tiempo suficiente para cubrir las necesidades de la ciudadanía”.

En la letra b) se incluyen dos funciones distintas que deben ser desglosadas en dos letras, pues, una cosa es “potenciar el autocuidado del

*paciente” y otra bien distinta es la de “potenciar la capacidad de cada profesional de la atención primaria y comunitaria sin menoscabar la interrelación entre ellos”.*

La letra c) plantea una observación pareja a la realizada respecto a la letra a). Para el caso de que se estén contemplando varias funciones, debería procederse a desglosarlas en varias letras. En cambio, si todas ellas se refieren a la función genérica de “garantizar la equidad”, debería de incorporarse el correspondiente conector.

Igualmente ocurre en la letra h). En este caso parece que ambas funciones estarían conectadas por lo que se recomienda la inclusión de un conector o expresión. En este sentido, se sugiere la siguiente redacción: “*h) Acercar el sistema sanitario a la ciudadanía. Para ello, se favorecerá la participación ciudadana en el diseño de la acción comunitaria a través de los consejos de salud de la zona básica de salud y las comisiones de salud comunitaria de cada departamento de salud”.*

#### **Al artículo 45. Actividades asistenciales**

El apartado 1, además de presentar una errata, contiene una tautología, por lo que, salvo que se reformule para dar una mayor aclaración respecto a qué se entiende por actividades de asistencia sanitaria, debería de eliminarse.

#### **Al artículo 52. Historia sociosanitaria en atención primaria y comunitaria**

Este precepto podría removerse y su contenido ubicarse en otros preceptos más idóneos. Así, el apartado 1, al incorporar la definición de “historia sociosanitaria”, podría reconducirse al artículo 4 relativo a las definiciones en atención primaria. Y el apartado 2, en tanto que vincula el desarrollo de la historia sociosanitaria con el objetivo de garantizar la calidad asistencial, podría incorporarse al artículo 9, que aborda la calidad asistencial en atención primaria y comunitaria. De esta forma, no solo se lograría una mayor cohesión sistemática en el texto, sino que, además, se eliminaría un precepto que por sí solo no aporta nada al articulado del proyecto de decreto.

#### **Al artículo 55. Orientación a la comunidad en atención primaria y comunitaria**

El primer párrafo de este precepto incorpora la definición de “trabajo con la comunidad” y establece como objetivos de éste los “*educativos, de participación o asistenciales*”. Sin embargo, el párrafo segundo prevé también una enumeración de objetivos que procurará alcanzar la administración sanitaria con la participación activa de la ciudadanía.

Se recomienda reagrupar todos los objetivos en un único párrafo. Aun así, debemos señalar que la referencia que se hace a los objetivos en el primer párrafo no es del todo correcta, pues, en puridad, no se está estableciendo ningún objetivo concreto, sino simplemente se añade a la palabra “objetivos” una mera adjetivación. Por ello, sugerimos que esta referencia que se hace en el párrafo primero se elimine.

#### **Al artículo 56. Actividades en la comunidad en atención primaria y comunitaria**

El párrafo primero dice: *“Las actividades de promoción de la salud y prevención se prestan, tanto en el centro sanitario, como en el ámbito domiciliario y comunitario, en relación con las necesidades de salud y las fortalezas y recursos de la población de su ámbito geográfico (...)”*. Esta afirmación se contradice con lo dispuesto en el artículo 55, según el cual el trabajo con la comunidad es aquél que se realiza entre el EAPC y la población, en el centro de salud o fuera de él, pero no en el domicilio. Por tanto, debe procederse a su subsanación.

#### **Al artículo 57. Niveles para la integración de la atención comunitaria**

El artículo establece tres niveles para la integración de la atención comunitaria. Más allá del esfuerzo clasificatorio que se realiza, no se vislumbra qué consecuencias o implicaciones tienen los diferentes niveles para la atención comunitaria. Desconocemos qué se quiere decir con *“atención individual con orientación comunitaria”*, *“atención grupal con orientación comunitaria”* y *“atención comunitaria”*, pues, en el capítulo IV, dedicado a la orientación a la comunidad en atención primaria y comunitaria no se contempla ninguna otra referencia a los niveles. De ahí que, salvo mayor aclaración o justificación, consideramos que este precepto carece de sentido en el texto.

#### **Al artículo 58. Funciones de los distintos profesionales de atención primaria y comunitaria**

Este precepto limita su contenido a repetir la clasificación que hace el artículo 38.2 y 3 del proyecto de decreto, respecto del personal que integra el EPAC, pero añadiendo además la alusión a las funciones. En otras palabras, afirma que los miembros del EPAC ejercen una serie de funciones que serán definidas en los artículos posteriores (59 a 68). Estamos, por tanto, ante un precepto vacío de contenido, pues, más allá de afirmar que los miembros del EPAC ejercen funciones, no aporta nada significativo.

### **Al artículo 60. Funciones del personal especialista en pediatría de equipo de atención primaria y comunitaria**

La letra b) no prevé propiamente una función atribuible al personal facultativo especialista en pediatría, sino que, más bien, establece una especificación o aclaración sobre la asistencia médica. Entendemos que, en tanto que se refiere a la cuestión concreta de la asistencia médica, esta aseveración debería de adicionarse a la letra a).

### **Al artículo 65. Funciones del personal trabajador social de atención primaria y comunitaria**

La letra a) prevé como función “*Identificar los activos sociales de su zona estableciendo, mantener y asegurar la efectividad de los canales de participación y comunicación a la población y a los distintos grupos sociales existentes en la zona*”. Esta redacción carece de sentido, por lo que debe reformularse la oración.

La letra b) prevé como función “*Potenciar la formación y desarrollo de grupos sociales con finalidad de promoción de salud, rehabilitación o reinserción social. Mapa de Activos*”. Esta última adición carece de sentido y vinculación con la primera oración, por lo que debe aclararse su previsión.

### **Al artículo 66. Funciones del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería de atención primaria y comunitaria**

Se sugiere la siguiente redacción para la letra d): “*Colaborar en la recogida y registro de la información clínica y epidemiológica, en especial la recogida de datos clínicos*”.

### **Al artículo 70. Atención Primaria y comunitaria en las agrupaciones sanitarias interdepartamentales**

El apartado 1 de este precepto no guarda relación alguna con el título en que se inserta –“*Gobernanza de la atención primaria y comunitaria*”– ni con el apartado 2, que se refiere al personal directivo de atención primaria y comunitaria. Aborda, por el contrario, un aspecto más propio de la organización y estructura de la atención primaria y comunitaria pero no de su gobernanza.

### **Al artículo 74. Comité de atención primaria y comunitaria**

El apartado 1 prevé la constitución de un comité de atención primaria y comunitaria y, además, establece su composición. En este sentido, prevé la figura de la presidencia, que corresponderá a la dirección médica de atención primaria y comunitaria; y los restantes miembros, que se corresponderán con

quienes ocupen la dirección de enfermería de atención primaria y comunitaria, la jefatura de servicio, sección de atención primaria y comunitaria, y las jefaturas de enfermería de atención primaria.

Sin embargo, no prevé la figura del secretario. A este respecto, cabe recordar que el artículo 16 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público establece que “*Los órganos colegiados tendrán un Secretario que podrá ser un miembro del propio órgano o una persona al servicio de la Administración Pública correspondiente*”.

Aunque se prevea el posterior desarrollo reglamentario de la composición, organización y funcionamiento, consideramos que la figura del secretario, en tanto que debe existir en todo órgano colegiado, debería no solo de adicionarse al apartado, sino que, además, convendría especificar quién ocupará este cargo.

#### **Al artículo 75. Jefaturas de servicio de atención primaria y comunitaria**

El párrafo segundo del apartado 2, relativo a la provisión de estas plazas, debería ir en un apartado distinto en la medida en que no guarda relación con las funciones que realiza la jefatura de servicio.

#### **Al artículo 78. Jefatura de equipo de personal de gestión y servicios de atención primaria y comunitaria**

En el apartado 1 de este precepto se prevén como funciones de la jefatura de equipo de personal de gestión y servicios de atención primaria y comunitaria, las de “a) *Adecuada atención en el mostrador a pacientes y usuarios*” y “b) *Correcta gestión de la demanda de los usuarios a los profesionales*”

Conviene prescindir de los adjetivos “adecuada” y “correcta” en tanto que no constituyen en sí mismo un elemento intrínseco de la función. Por el contrario, suponen una valoración subjetiva que excede de la propia función descrita. Así pues, ambas expresiones deben reemplazarse por: “a) *Atender en el mostrador (...)*” y “b) *Gestionar la demanda de (...)*”.

#### **A la disposición derogatoria única**

Esta disposición establece que “*Quedan derogadas cuantas disposiciones del mismo o inferior rango se opongan a lo dispuesto en el presente Decreto*”.

En opinión de este Órgano consultivo la redacción dada a esta disposición derogatoria no es correcta y ello por los motivos que se exponen a continuación.

En primer lugar, debemos partir de lo dispuesto en el artículo 32.1 del Decreto 24/2009, según el cual: *“En los proyectos normativos se incluirá en una disposición derogatoria única una relación cronológica y exhaustiva de todas las disposiciones derogadas, cerrándose la lista con una cláusula general de salvaguardia que acotará la materia objeto de derogación y que será del siguiente tenor: «Asimismo, quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en...», indicando a continuación el tipo de norma”*. De lo anterior se sigue que la cláusula general de salvaguarda se añade a la relación cronológica y exhaustiva de disposiciones derogadas, pero en ningún caso puede actuar como sustituto de aquella.

Además, conviene apuntar –como ya hizo en su momento el Consejo de Estado en su Dictamen 88/2011, de 17 de febrero– que venir a decir ahora simplemente que se derogan cuantas disposiciones del mismo o inferior rango se opongan a lo dispuesto en este decreto *“no es nada correcto, puesto que no solo ese efecto derogatorio genérico ya opera directamente -sin necesidad de decir nada- a través del artículo 2.2 del Código Civil sino que mal se compadece la seguridad jurídica con una mención derogatoria en la que hay que decir qué se deroga ‘en concreto’”*. A lo que añade este Alto Órgano consultivo que *“serviría mucho mejor a la obligada certidumbre de la norma aplicable el que se hubiera realizado un esfuerzo mucho más acabado (...) sobre cuál sea exactamente el conjunto de preceptos (...) afectados por el futuro texto”*.

Precisamente, en el caso objeto de dictamen dicho esfuerzo deviene más relevante aun siquiera en tanto que existen dos disposiciones, como son, en particular, el Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana y la Orden de 20 de noviembre de 1991, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Reglamento de Organización y funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana, que regulan aspectos que se abordan de forma clara en el proyecto de decreto.

En consecuencia, consideramos que esta disposición derogatoria, en los términos en que se ha redactado, además de no cumplir con las reglas de técnica normativa establecidas en el artículo 32.1 del Decreto 24/2009, contribuye a una evidente confusión normativa que supone una afectación al principio de seguridad jurídica. Es necesario, por tanto, que dicha disposición especifique de forma clara si se derogan o no, ya sea total o parcialmente, el decreto y la orden antes citadas.

Esta observación es **esencial** a los efectos del artículo 77.3 del Reglamento de este Consell Jurídic Consultiu.

### **Sexta.- Cuestiones de técnica normativa y aspectos de redacción.**

Con carácter general, el centro directivo encargado de la elaboración y de la tramitación de este proyecto de decreto, que fue la Dirección General de Atención Primaria, atendió el cumplimiento de los criterios de sistemática y de técnica normativa establecidos en los preceptos y en las reglas del Decreto del Consell 24/2009.

En cuanto a la redacción del texto del proyecto normativo, se constata que ha sido bastante cuidadosa y atenta, utilizando un lenguaje administrativo moderno, inclusivo y sin aparente discriminación de género, lo que sin duda influye en la calidad de este proyecto de decreto, si bien este reconocimiento no impide que debamos plantear algunas mejoras del texto.

#### **1. Citación de normas.**

A lo largo del articulado se citan diversas normas, algunas de ellas varias veces. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.7 del Decreto 24/2009, de 13 de febrero, la primera vez que se cite una norma debe ser con su título completo, mientras que en las citas posteriores deberá emplearse una fórmula acotada que las identifique, de tal forma que se facilite y agilice la lectura del texto. Además, se recomienda emplear siempre la misma cita para aludir a una norma. Esto ocurre, a título de ejemplo, con la LSCV.

En línea con lo anterior, en el párrafo decimosegundo del preámbulo se dice *“el Capítulo II del título VII del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios”*. Esto no es correcto, pues, este real decreto legislativo tiene un artículo único. El capítulo II del título VIII lo es del texto refundido. Por tanto, debe revisarse esta cita y sustituirse por la siguiente: *“(...) el Capítulo II del Título VII del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio”*.

#### **2. Citación de órganos.**

Según el artículo 3.8 del Decreto 24/2009, de 13 de febrero, *“las citas de los órganos superiores y directivos se realizarán de forma genérica con referencia a las funciones que tengan atribuidas”*. Por ello, cuando se haga referencia al departamento competente deberá de emplearse la fórmula de la *“conselleria competente en materia de sanidad”* y en minúsculas. A este respecto se recomienda revisar los artículos 4, b), 7.2, 9, g), 13.1, 20.2, 38.2, 43.2, g), 60, e) y 75.2, l), entre otros.

### 3. Aspectos de redacción.

El artículo 3.1 del Decreto 24/2009, establece que *“el texto ha de ser claro y de fácil comprensión tanto por la terminología como por la redacción empleadas. No se redactarán apartados cuya extensión o complejidad dificulten la interpretación de su contenido”*.

A lo largo del texto se opta por emplear determinadas estructuras sintácticas que resultan un tanto alambicadas y que, por consiguiente, dificultan la lectura del texto. Ello ocurre, concretamente, en el párrafo quinto del preámbulo el cual, además de resultar excesivamente largo, adolece de una clara incoherencia sintáctica, por lo que se recomienda su reformulación.

Lo mismo ocurre con el uso de los gerundios. En efecto, a lo largo del texto se constata un abuso del gerundio en la construcción de las oraciones lo cual dificulta y entorpece la lectura del texto. Por ello, recomendamos su revisión y, en la medida de lo posible, su eliminación.

Por otro lado, en algunas ocasiones se advierte la repetición de palabras en el mismo párrafo. Sería conveniente reemplazar estas palabras por sinónimos o expresiones similares. Así ocurre con la palabra “objetivo” (artículo 4, b), párrafo 2º); o “población” (artículo 38.1).

Asimismo, se observa que en algunas ocasiones se utilizan las comillas angulares («»), por ejemplo, en el párrafo cuarto del preámbulo; y otras las inglesas (“”). Se recomienda emplear siempre el mismo tipo de comillas, siendo más recomendable a este respecto las angulares.

### 4. Faltas de ortografía.

A lo largo del texto se constatan diferentes faltas de ortografía. Sin perjuicio de las que a continuación se exponen, se recomienda una revisión del texto en su conjunto.

a) Faltan los correspondientes signos de puntuación. A este respecto, véase: el preámbulo (entre *“atención primaria”* y *“En aplicación de”*). En el artículo 66, f), sin embargo, debe substituirse el signo de puntuación por la conjunción “y”.

b) Omisión de palabras. A este respecto, véase: el párrafo séptimo del preámbulo (falta el pronombre “se” entre las palabras “OMS” y “propone”); el párrafo vigesimosexto del preámbulo (falta el artículo “la” entre “son” e “historia clínica única”); el párrafo segundo del artículo 4, b) (falta la palabra “es” entre “Conselleria” y “dotar”); el artículo 8.1, párrafo 2º (después de “evidencia”, falta “científica”); en el artículo 9 (después de “atención primaria”,

debe añadirse “y comunitaria”); en el artículo 11.2 (falta la conjunción “y” entre “sanidad” y “participado”); en el artículo 43.2 (falta añadir a continuación de “salud” las palabras “sexual y reproductiva”; y, el artículo 77.4, o) (falta la preposición “de” entre “elaboración” y “la”).

c) En el párrafo decimotercero se insertan las siglas “(LOFVal)” para referirse a la Ley 6/1998, de 22 de junio, de la Generalitat, de Ordenación Farmacéutica de la Comunitat Valenciana, lo cual resulta prescindible en tanto que esta disposición no vuelve a ser citada en ninguna otra ocasión.

d) En el artículo 8.2 debe sustituirse, entre las palabras “además” y “conseguir”, la preposición “para” por “de”.

e) En el artículo 9, c) debe eliminarse la utilización del signo “/” entre las palabras “centros”, “servicios” y “unidades”. Esto mismo es extensible al artículo 36.2, cuando se dice “infancia/adolescencia”.

f) En el artículo 11.2, a) las palabras “elaborado” y “actualizado” deben ir en femenino ya que se refieren a la “clasificación de la demanda”. Lo mismo ocurre en el apartado 3 respecto de “encargados”, pues se refiere a las “jefaturas”.

g) En el artículo 13.1, debe sustituirse en la primera línea la preposición “de” por el artículo “la”. Igualmente, en este mismo apartado debe sustituirse la expresión “*impulsará mejorar en el proceso de atención primaria y comunitaria*” por la de “*impulsará la mejora del proceso (...)*”.

h) Sugerimos evitar el anglicismo “y/o”, que se sustituirá por la conjunción disyuntiva “o”. A este respecto, véanse los artículos 18.3, 35.3, 37.2, 61, a), b) y k).

i) En el artículo 46.4, a) debe decirse “*establecerá*” y no “*establecerán*”.

j) En el artículo 49.2 existe una errata en la segunda oración. Debe sustituirse la palabra “*ésos*” por “*éstos*”.

k) En el artículo 51.1, se dice “*en la Ley de la Generalitat, Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat*”. Debe eliminarse la expresión subrayada.

l) En el artículo 52.2 se dice “*objetico*” cuando debería decir “*objetivo*”.

m) En el artículo 59, e) la palabra “*adecué*” no debe estar acentuada.

n) En el artículo 64, a) se dice “*atender la atención de rehabilitación (...)*”. Debería decir “*atender la rehabilitación (...)*”.

o) El artículo 66, c) debe decir “colaborar” y no “colaborará”.

p) En el artículo 71.1, c) se repite dos veces la palabra “comunitaria”, por lo que debe de removerse del texto una de ellas.

q) En el artículo 78.1 se repite dos veces la palabra “equipo” por lo que debe de removerse del texto una de ellas.

r) En la disposición adicional quinta se dice “con un rango de +/- 10%”. Esta expresión no es correcta, se recomienda emplear en su lugar la locución “con un rango de aproximadamente el 10%”.

## **5. Uso de mayúsculas y minúsculas.**

A lo largo del texto se advierten erratas en relación con el uso de las mayúsculas y minúsculas. A este respecto, véase: el párrafo vigesimocuarto del preámbulo (se escribe la palabra “Criterio”, cuando no requiere de mayúscula); el título del artículo 12 (la palabra “Atención”); el artículo 44 (las palabras “Atención” y “Primaria”); en el artículo 61, n) (la palabra “Promocionar”); el artículo 65, d) (la palabra “Informar”); artículos 69 y 70 (en el título se escribe “Atención Primaria y Comunitaria”, cuando debe ir en minúscula); el artículo 76.4, r) (la palabra “Memoria”); artículo 77.4, o) (la palabra “Memoria”); y en la disposición adicional tercera (la palabra “Enfermería”).

## **6. Empleo de siglas.**

De optarse por una sigla si para identificar un concepto concreto, recomendamos emplear éste las restantes veces que aparezca en el texto, y no el nombre completo. Así, una vez referenciada la correspondiente sigla, las restantes veces deberá de emplearse esta forma y no el nombre completo. Esto ocurre en los artículos 4, e) y f), 5.2, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.2, 11.1, 12.1, 12.2, 13.2, 14.1, 15.2, 16.3, 17.1, 20.4, 26, a), 33, 35.4 y 5, 37.3, 38.2, 46.3, 47.1 y 3, 49.2, 51.1 y 2, 54.1, 55, 56, a), 59, b) y c), 60, a), 60, f), 62, f), 67, a), 70.1, 75.1, 76.1, 76.4, r), y 77.1 y 2.

## **7. Lenguaje inclusivo.**

A la hora de referirse a personas o profesionales se recomienda emplear expresiones neutras. A este respecto, en el artículo 9, g) debe sustituirse la expresión “los/las profesionales” por “las personas profesionales”. Esto resulta igualmente extensible, entre otros, a los artículos 11.2, a), 15.1, 23, 24.2, 33, o 61, n).

Tras el examen del proyecto de decreto, del Consell, por el que se establece la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Valenciano de Salud, este Consell Jurídic Consultiu estima que es conforme con el ordenamiento jurídico, siempre que se atiendan las observaciones **esenciales** que se han formulado en el presente dictamen.

### **III CONCLUSIÓN**

Por cuanto queda expuesto, el Pleno del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana es del parecer:

Que el proyecto de decreto, del Consell, por el que se establece la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Valenciano de Salud, se ajusta al principio de legalidad y es conforme con el ordenamiento jurídico, siempre que se atiendan las observaciones **esenciales** realizadas.

V.H., no obstante, resolverá lo procedente.

València, 14 de enero de 2026

EL SECRETARIO GENERAL

LA PRESIDENTA

**HBLE. SR. CONSELLER DE SANITAT**