



**CONSELL JURÍDIC CONSULTIU
DE LA
COMUNITAT VALENCIANA**

Dictamen **235/2026**
Expedient **197/2026**

Presidenta

Hble.

Sra. Margarita Soler Sánchez

Conselleres i consellers

Il·lmes. i il·lms.

Sr. Enrique Fliquete Lliso

Sr. Joan Carles Carbonell Mateu

Sr. Francisco Javier de Lucas Martín

Sra. Fernanda María Lapresta Gascón

Secretari general

Il·lm.

Sr. Joan Tamarit i Palacios

Molt Excma. Sra.:

El Ple del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana, en sessió celebrada el dia 1 d'abril de 2026, sota la Presidència de l'Hble. Sra. Margarita Soler Sánchez, i amb l'assistència dels senyors i les senyores que al marge s'expressen va emetre, per unanimitat, el dictamen següent:

De conformitat amb la comunicació de V.M.E., de data 12 de març de 2026 (Registre d'entrada del dia 13 de març) el Ple del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana ha examinat la petició de dictamen formulada per Les Corts Valencianes, sobre la proposició de llei d'iniciativa popular per a la modificació de la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de salut de la Comunitat Valenciana.

I ANTECEDENTS

De l'examen de l'expedient administratiu tramés se'n desprèn el següent:

Primer. Amb data 14 de maig de 2025 es va presentar una iniciativa legislativa popular (ILP) per a la modificació de la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de salut de la Comunitat Valenciana, per a la promoció d'una sanitat pública de qualitat.

La iniciativa estava subscripta per tres persones físiques en nom propi i dues persones físiques en nom de X...

En el tràmit de presentació de la iniciativa, els promotors van presentar, mitjançant compareixença presencial en l'oficina del Registre de Les Corts Valencianes, un escrit on figura la sol·licitud d'admissió a tràmit; la referència a la comissió promotora, formada per tres persones físiques en nom propi i el partit polític X..., en representació del qual signen dues persones físiques; la fonamentació de la ILP; i el text articulat de la proposició de llei.

Segon. En data 15 de maig de 2025 es va emetre informe per l'Assessoria Jurídica de les Corts, en el qual es va examinar aquesta iniciativa legislativa, en particular, el seu contingut, la normativa d'aplicació, l'objecte de la proposta, la intervenció de la Mesa, així com els requisits formals d'admissibilitat.

Després d'aquesta anàlisi es conclou en l'informe que *“Del análisis realizado de la documentación presentada se concluye que la propuesta de iniciativa legislativa popular para la modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, promovida por X..., cumplió, con los requisitos de admisibilidad exigidos en la Ley 10/2017, de 11 de mayo, de la Generalitat, por la que se regula la iniciativa legislativa popular ante Les Corts”* y que *“En consecuencia, puede ser admitida a trámite por la Mesa y, por tanto, ser enviada a la Junta Electoral de la Comunidad Valenciana a los efectos previstos en el artículo 8 de la Ley 10/2017”*.

Tercer. Vist l'informe de l'Assessoria Jurídica, la Mesa de Les Corts va acordar, en la sessió del dia 20 de maig de 2025, admetre a tràmit la proposta d'iniciativa legislativa popular i remetre l'expedient a la Junta Electoral de la Comunitat Valenciana i a les oficines del Cens Electoral de Castelló, València i Alacant, en compliment del que estableix l'article 8.1 de la Llei 10/2017,

d'11 de maig, de la Generalitat, per la qual es regula la iniciativa legislativa popular davant les Corts Valencianes.

Quart. Després de l'oportuna certificació de la Junta Electoral de la Comunitat Valenciana que va acreditar que s'havien superat les 10.000 signatures vàlides recollides per la comissió promotora de la proposta d'iniciativa legislativa popular per a la modificació de la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de salut de la Comunitat Valenciana (RE núm. 52.091), la Mesa de Les Corts Valencianes, en la reunió de 24 de febrer de 2026, va acordar:

“Primero. Iniciar la tramitació parlamentaria de la iniciativa legislativa popular para la modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de salud de la Comunitat Valenciana (RE núm. 52.091).

Segundo. Requerir la emisión del criterio del Consell sobre la iniciativa y sobre si ésta implica un incremento de gastos o disminución de ingresos presupuestarios para la Generalitat y ordenar la publicación de la iniciativa en el Butlletí Oficial de Les Corts Valencianes.

Tercero. Publicar el presente acuerdo en el Butlletí Oficial de Les Corts Valencianes y ponerlo en conocimiento de la comisión promotora de la iniciativa legislativa popular”.

Cinqué. Mitjançant escrit de 10 de març de 2026, els respectius síndics de dos grups parlamentaris de Les Corts van sol·licitar a la Mesa de Les Corts recaptar el dictamen del Consell Jurídic Consultiu, de conformitat amb l'article 11 de la Llei 10/1994, de 19 de desembre, de creació de l'esmentada institució i amb la Resolució de Presidència 8/X, de 2 de març de 2021.

Sisé. La Mesa de Les Corts, en la reunió del 12 de març de 2026, vista la sol·licitud esmentada, va acordar sol·licitar al Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana, amb caràcter urgent, dictamen sobre la proposta de normativa fruit de la iniciativa legislativa popular per a la modificació de la Llei 10/2014, de Salut de la Comunitat Valenciana.

Seté. Consten a l'expedient tramés els documents següents:

1. Sol·licitud de la Comissió Promotora de la Iniciativa Legislativa Popular sobre l'admissió a tràmit per la Mesa de Les Corts Valencianes de la proposta d'iniciativa legislativa popular de modificació de la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de salut de la Comunitat Valenciana, per a la promoció d'una sanitat pública de qualitat, presentada el dia 14 de maig de 2025 (RE-Número 52.091).

2. Informe de l'Assessoria Jurídica de Les Corts Valencianes, de 15 de maig de 2025.

3. Acord 1387/XI, de la Mesa de Les Corts Valencianes, de data 20 de maig de 2025, d'admissió a tràmit de la iniciativa.

4. Comunicacions de l'AM 1.387/XI.

5. Correcció d'errades (RE núm. 52.591).

6. Correcció d'errades (RE núm. 52.755).

7. Acord 1403/XI, de la Mesa de Les Corts Valencianes, de 28 de maig, d'admissió a tràmit de les correccions d'errors.

8. Comunicacions AM 1403/XI.

9. Resolució 69/2025, de la Junta Electoral de la Comunitat Valenciana.

10. Certificació del recompte de signatures.

11. Acord 1863/XI, de la Mesa de Les Corts Valencianes, d'inici de la tramitació parlamentària de la ILP i publicació de la ILP.

12. Comunicacions AM 1863/XI.

13. Nota sobre la sol·licitud de dictamen al Consell Jurídic Consultiu.

14. Acord 1890/XI, d'obertura de termini per a la sol·licitud de dictamen al Consell Jurídic Consultiu.

15. Comunicacions AM 1890/XI.

16. Sol·licitud de petició del dictamen (RE núm. 67.807).

17. Acord 1.924/XI, de la Mesa de Les Corts Valencianes, sobre la petició de dictamen al Consell Jurídic Consultiu.

18. Comunicacions AM 1.924/XI.

II CONSIDERACIONS

Primera. Caràcter del dictamen

La Llei 10/1994, de 19 de desembre, en la seua redacció inicial, no va disposar de forma expressa la possibilitat que Les Corts Valencianes puguen sol·licitar dictamen facultatiu a aquesta institució sobre qualsevol assumpte que estimaren convenient, preveient únicament la disposició addicional segona que *"Excepcionalment, i per al cas que les Corts Valencianes debaten la possibilitat de formular recurs d'inconstitucionalitat en conflictes competencials, podran aquelles demanar del Consell Jurídic Consultiu un dictamen urgent i previ"*.

La Llei 10/1994, després de la modificació operada per la Llei 11/2018, de 21 de maig, disposa en l'article 11 (intitulat *"Consultes facultatives a proposta de les Corts"*), paràgraf tercer, que, *"Admesa a tràmit una iniciativa legislativa popular, la Mesa de les Corts la sotmetrà al dictamen del Consell Jurídic Consultiu, de conformitat amb el procediment establert a l'apartat anterior. El dictamen incidirà en aspectes de tècnica normativa i en l'adequació del text de la proposició legislativa a les normes internes de superior jerarquia, les normes europees i la legislació bàsica aplicable a la matèria objecte de regulació. La sol·licitud del dictamen suspèn la tramitació de la iniciativa legislativa popular en els termes previstos en l'article 22.1.d de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques"*.

Amb caràcter previ, procedeix efectuar una interpretació de l'esmentat paràgraf tercer de l'article 11 de la Llei del Consell Jurídic Consultiu, en relació amb la naturalesa -preceptiva o facultativa- del dictamen en el supòsit de les iniciatives legislatives populars.

Doncs bé, des d'una interpretació sistemàtica, l'article 11, paràgraf tercer, de la Llei del Consell Jurídic Consultiu s'ha d'analitzar atenent conjuntament la seua rúbrica (*"Consultes facultatives a proposta de Les Corts"*), a la seua estructura interna i a la seua connexió amb la normativa parlamentària, en particular, la Resolució de Presidència 8/X, de 2 de març de 2021, tot això sota el prisma del principi d'autonomia parlamentària. L'esmentada Resolució 8/X disposa, en l'apartat quart, que *"1. Admesa a tràmit una proposició de llei d'iniciativa legislativa popular, dos o més grups parlamentaris que representen la meitat o més de grups de la cambra o la majoria de diputats o diputades podran sol·licitar l'emissió de dictamen del Consell en un termini no inferior a dos dies ni superior a cinc, posteriors a la publicació de la proposició de llei en el Butlletí Oficial de Les Corts Valencianes, perquè es pugui formular aquella sol·licitud."*

2. *La Mesa de Les Corts Valencianes, amb l'acord de la Junta de Síndics, sol·licitarà el dictamen al Consell Jurídic Consultiu i la suspensió del termini per a l'emissió del criteri del Consell. D'aquest acord es donarà trasllat a la comissió promotora i al Consell, i es publicarà en el Butlletí Oficial de Les Corts Valencianes i en la web de la institució (...)*".

Exposat l'anterior, la rúbrica de l'article 11 de la Llei 10/1994 constitueix un element interpretatiu rellevant (article 3.1 CC), ja que revela la voluntat del legislador ordinari d'enquadrar les consultes promogudes per Les Corts en l'àmbit de les consultes facultatives. Aquesta dada sistemàtica no pot ser ignorada en interpretar el paràgraf tercer, que, tot i utilitzar una formulació aparentment imperativa ("*la Mesa... la sotmetrà al dictamen*"), s'ha de posar en relació amb l'incís final que remet expressament al fet que la tramitació es realitzarà "*de conformitat amb el procediment establert en l'apartat anterior*".

Aquesta remissió no és merament formal, sinó que comporta la incorporació del règim d'activació previst per a les proposicions de llei parlamentàries, basat en la iniciativa qualificada dels grups o de la majoria de diputats o diputades. En conseqüència, el mandat contingut en el verb "sotmetrà" no es pot interpretar com una imposició automàtica i incondicionada del dictamen, sinó com una previsió que opera una vegada activat el mecanisme conforme a aquest procediment.

Aquesta interpretació resulta, a més, compatible amb el principi d'autonomia parlamentària, que reserva al Reglament i normes internes de la Cambra l'ordenació del procediment legislatiu. Una lectura literal que configurara el dictamen com a preceptiu *ex lege* suposaria admetre que una llei ordinària pot imposar tràmits interns de l'íter parlamentari, la qual cosa podria excedir de l'àmbit material propi i envair la potestat d'autoorganització de Les Corts, mitjançant els instruments normatius corresponents (Reglament de Les Corts, Resolucions de Presidència).

En aquest context, la Resolució de Presidència 8/X adquireix un paper determinant, en concretar que el dictamen del Consell Jurídic Consultiu en les iniciatives legislatives populars "podrà sol·licitar-se" pels subjectes legitimats i configurar així un sistema d'activació facultativa. Només una vegada efectuada la sol·licitud, la Mesa, amb l'acord de la Junta de Síndics, queda obligada a recaptar el dictamen i es produirà la seua integració necessària en el procediment, amb efectes com la suspensió de la tramitació. L'anterior permet conciliar el tenor de l'article 11 -interpretat a la llum de la seua rúbrica i de la remissió procedimental que conté- amb la regulació interna de les Corts.

De la interpretació conjunta de tot l'anterior es desprén, a més, que ens trobem davant d'un supòsit *sui generis*. Així, la petició de dictamen és

facultativa en la seua sol·licitud (o activació), en dependre de la iniciativa dels subjectes parlamentaris legitimats conforme en l'article 11 de la Llei 10/94 i a la Resolució 8/X, però és preceptiva en la seua tramitació una vegada sol·licitat, en integrar-se necessàriament en el procediment legislatiu amb efectes propis dels tràmits obligatoris. En qualsevol cas, la petició de dictamen formulada es qualifica, des de la perspectiva i des de funcionament d'aquest Consell, com a facultativa, en no estar imposada de forma automàtica per llei.

Com consta en antecedents, la Mesa de les Corts Valencianes, va acordar, en la reunió del 12 de març de 2026, sol·licitar a aquest Consell Jurídic, amb caràcter urgent, dictamen sobre la proposició de llei fruit de la iniciativa legislativa popular per a la modificació de la Llei 10/2014, de salut de la Comunitat Valenciana.

Atenent al que s'ha exposat, s'ha formulat la consulta d'acord amb l'article 11, paràgraf tercer, de la Llei d'aquesta institució en relació amb l'apartat quart de la Resolució 8/X, de 2 de març. A més, la petició de dictamen s'ha formulat amb caràcter **urgent**.

Segona. Objecte de la proposició de llei i marc normatiu.

I. La proposició de llei, d'iniciativa popular, sotmesa a consulta, té per objecte la modificació de la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de salut de la Comunitat Valenciana. En la seua part expositiva assenyalava que *“Esta proposición de ley se enmarca en el compromiso de garantizar una sanidad pública que responda a las necesidades de la ciudadanía, priorizando la equidad, la calidad y la sostenibilidad del sistema. Asimismo, se busca fortalecer la participación ciudadana en la toma de decisiones sanitarias y garantizar la transparencia en la gestión de los recursos públicos”*.

II. Pel que fa al marc normatiu, la distribució de competències en matèria de sanitat respon a un model en el qual concorren competències estatals i autonòmiques articulades a partir de la constitució, els estatuts d'autonomia i la legislació sanitària bàsica.

Des del punt de vista constitucional, el punt de partida es troba en l'article 149.1.16 de la Constitució Espanyola, que atribueix a l'Estat competències exclusives en tres àmbits essencials: la sanitat exterior, la fixació de les "bases i coordinació general de la sanitat" i la legislació sobre productes farmacèutics. Aquest títol competencial configura una competència estatal de caràcter normatiu bàsic, l'objectiu de la qual és garantir un marc comú i uniforme en tot el territori nacional i assegurar la igualtat en les condicions d'accés a la protecció de la salut.

En aquest sentit, la jurisprudència constitucional ha assenyalat que les "bases" constitueixen un mínim normatiu comú que permet a les comunitats autònomes desenvolupar les seues pròpies polítiques sanitàries dins d'aquest marc.

Aquesta funció estatal es concreta, entre altres normes, en la Llei 14/1986, general de sanitat, que articula el Sistema Nacional de Salut i estableix els seus principis estructurals, així com en la Llei 16/2003, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, orientada a garantir la coordinació i l'equitat entre territoris. En conseqüència, l'Estat no gestiona directament la sanitat ordinària, però sí que fixa els elements estructurals, les bases del sistema, la cartera comuna de serveis i els mecanismes de coordinació interterritorial.

Per la seua banda, les comunitats autònomes -i en particular la Comunitat Valenciana- tenen les competències de desplegament legislatiu, execució i gestió de la sanitat en el seu territori. Aquesta atribució deriva de l'article 148 de la Constitució, que permet a les comunitats autònomes assumir competències en matèria de sanitat, així com dels seus respectius Estatuts d'Autonomia. En el cas de la Comunitat Valenciana, l'Estatut d'Autonomia (49.1.11a i 54) reconeix la competència de la Generalitat en matèria de sanitat, en el marc de la legislació bàsica estatal.

La concreció normativa d'aquestes competències es troba en la legislació autonòmica, especialment, en la Llei 10/2014, de salut de la Comunitat Valenciana, que configura el Sistema Valencià de Salut. Aquesta norma atribueix a la Generalitat la determinació de la política sanitària, la planificació, l'organització dels serveis i la gestió de les prestacions sanitàries, així com la coordinació dels recursos en el seu àmbit territorial.

En aquest context, es pot afirmar que la competència sanitària és una competència compartida o concurrent, en la qual l'Estat estableix les bases i garanteix la cohesió del sistema, mentre que la Generalitat exerceix la competència executiva i de desplegament normatiu. De fet, la mateixa legislació estatal reconeix que les comunitats autònomes són les responsables de la gestió ordinària dels serveis sanitaris i els correspon l'organització i prestació efectiva de l'assistència sanitària a la població.

En definitiva, el model sanitari respon a un equilibri en el qual l'Estat assegura un marc comú que garanteix la igualtat i la cohesió del sistema, mentre que la Generalitat Valenciana, en virtut del seu Estatut i la seua legislació pròpia, desenvolupa, organitza i gestiona la sanitat en el seu territori i l'adapta a les necessitats específiques de la seua població dins del respecte a la normativa bàsica estatal.

Tercera. OBSERVACIONS DE CARÀCTER GENERAL A LA PROPOSICIÓ DE LLEI D'INICIATIVA POPULAR

I. Conveniència de memòries, informes previs i participació en la tramitació de la proposició de llei d'iniciativa popular

Com s'ha exposat, aquesta proposició de llei té per objecte la modificació de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana amb la finalitat de reforçar el sistema sanitari públic i incideix en àmbits d'especial rellevància com el finançament, les condicions laborals del personal sanitari, l'organització del sistema, la cartera de serveis o la intervenció pública en el sector farmacèutic. Es tracta, per tant, d'una iniciativa normativa d'ampli abast estructural, amb incidència directa en l'organització del sistema sanitari i en una pluralitat de sectors i agents afectats.

Referent a això, cal destacar que, a diferència dels projectes de llei impulsats pel Consell, les proposicions de llei -i singularment les d'iniciativa popular- no s'acompanyen ordinàriament de memòries, informes ni estudis previs, la qual cosa limita la disponibilitat d'elements d'anàlisi tècnica i d'avaluació d'impacte.

Des d'una perspectiva material, la regulació projectada incideix en àmbits especialment sensibles -finançament públic, condicions laborals, cartera de serveis sanitaris, organització administrativa o règim farmacèutic- que requereixen una avaluació rigorosa del seu impacte jurídic, econòmic i organitzatiu. L'absència de memòries o informes previs dificulta valorar adequadament qüestions essencials, com ara: la viabilitat pressupostària de mesures com la fixació de percentatges de despesa sanitària o l'ampliació de prestacions; l'impacte en l'ocupació pública sanitària i en el règim estatutari del personal; la incidència en sectors regulats, com el farmacèutic.

En aquesta línia, haguera estat recomanable acompanyar la iniciativa d'informes o estudis d'impacte, tant *ex ante* com prospectius, que permeteren analitzar els objectius perseguits, les alternatives possibles i les conseqüències previsibles sobre els diferents sectors implicats, així com el seu encaix en el marc normatiu estatal i europeu.

Així mateix, tractant-se d'una norma amb incidència directa en professionals sanitaris, pacients, entitats del sector i administracions públiques, resulta especialment rellevant la participació dels agents afectats. Els mecanismes de transparència i participació no només reforcen la legitimitat de la norma, sinó que permeten incorporar coneixement expert i valorar l'impacte real de les mesures proposades.

No obstant això, cal assenyalar que la fase parlamentària permet, en part, suplir aquestes mancances. Les Corts poden sol·licitar informes a òrgans

del Consell, recaptar l'opinió d'experts i articular compareixences en comissió d'organitzacions i entitats afectades, així com canalitzar aportacions dels diferents sectors a través dels grups parlamentaris. Aquesta fase adquireix, per tant, una rellevància singular en les proposicions de llei d'iniciativa popular, com a instrument per enriquir el contingut de la norma.

Amb tot, des de la perspectiva d'aquest òrgan consultiu, haguera estat convenient disposar, des de l'inici, de memòries, informes i estudis d'impacte, així com de la participació estructurada dels sectors implicats. Aquests instruments permeten una millor comprensió de la norma, faciliten l'avaluació de la seua viabilitat i contribueixen, en darrera instància, a millorar la seua qualitat material, proporcionalitat i adequació a l'interés general, aspectes especialment rellevants en una regulació de l'abast de la present proposició de llei.

II. Observació general a l'estructura de la proposició de llei d'iniciativa legislativa popular (PLILP).

Des de la perspectiva de l'estructura, la proposició de llei conté 30 articles que incideixen de forma significativa sobre la Llei 10/2014, abordant una pluralitat de matèries (finançament, personal, organització, cartera de serveis, salut pública, farmàcia, etc.) mitjançant modificacions puntuals o mitjançant la introducció de preceptes nous. Això suposa una intervenció fragmentària sobre la llei vigent que requereix, des de la tècnica normativa, una especial exigència d'ordenació i sistematicitat que, tanmateix, no s'observa plenament en el text.

Així, s'observen deficiències en la tècnica de modificació normativa, particularment, en la numeració i inserció dels nous preceptes.

Entre d'altres:

1. L'article 1 de la PLILP assenyala que es "crea un article" en la Llei 10/2014 que s'enumera com a "article 1", quan aquesta norma ja conté un article 1 relatiu a l'objecte de la llei. La duplicitat de numeració vulnera les regles de tècnica legislativa i pot generar inseguretat jurídica i problemes interpretatius, en ordre a la modificació o no de l'article 1 vigent. En aquests casos, l'adequat seria introduir un nou precepte amb una numeració correlativa o bis (per exemple, "article 1 bis") o ubicar-lo sistemàticament en el lloc adequat dins de la llei, respectant la seua estructura interna i evitant alteracions innecessàries en la numeració vigent.

2. L'article 5 de la PLILP introdueix l'article 10 bis (Pla de reversió de concessions sanitàries privades) després de l'article 10 de la Llei 10/2014, referit a la qualitat i seguretat, la qual cosa no resulta adequada, ja que el contingut del nou article 10 bis es refereix, en rigor, al model de gestió del

sistema sanitari, per la qual cosa si es manté el precepte, s'hauria de reubicar en l'àmbit corresponent de la Llei 10/2014.

3r. L'article 6 de la PLILP proposa "crear" un nou article 11 bis en la Llei 10/2014, quan aquesta norma ja conté un article 11 bis relatiu a la garantia d'universalitat i accessibilitat. La duplicitat de numeració no s'ajusta, com s'ha dit, a les regles bàsiques de tècnica legislativa i pot generar inseguretats jurídica, per la qual cosa s'hauria d'optar per una numeració diferent o per la modificació expressa de l'article 11 vigent.

4. L'article 9 de la PLILP introdueix l'article 13 bis (transport sanitari en zones rurals) en la Llei 10/2014, després de l'article 13 -dedicat als departaments de salut-, i amb anterioritat als articles 14 -mapa sanitari de la Comunitat Valenciana- i 15 -òrgans de direcció i gestió del departament de salut-, la qual cosa no s'estima adequat. El contingut del precepte proposat no es refereix a l'organització territorial del sistema, sinó a una prestació específica i al seu model de gestió, per la qual cosa trobaria millor encaix en un títol relatiu a prestacions sanitàries, transport sanitari o, si és el cas, organització de serveis complementaris del sistema de salut. La ubicació proposada pot generar una certa disfunció en l'estructura interna de la llei.

5. L'article 11 de la PLILP introdueix un nou article 92 en la llei, malgrat que aquest precepte ja existeix en la normativa vigent (article 92, "infraccions", ubicat en el títol IX, capítol I, relatiu al règim d'infraccions). A més, el fa fora de la seqüència lògica: en l'article 11 de la PLILP, quan l'article 10 de la PLILP introdueix l'article 16 bis i l'article 12 de la PLILP introdueix l'article 17 bis. Aquesta alteració trenca la coherència interna de la proposició i genera confusió jurídica.

6è. L'article 15 de la PLILP afegeix l'article 20 bis (Observatori de transparència sanitària) a la Llei 10/2014.

La seua inclusió després de l'article 20, dins del capítol VI -referit a la "participació ciutadana"-, no s'estima adequada, ja que el seu contingut respon principalment a un instrument de transparència i no a un mecanisme de participació en sentit estricte. Tot i que preveu l'accés de la ciutadania a la informació i la possibilitat de formular propostes, el seu nucli és la publicitat de dades i el control de la gestió sanitària, la qual cosa l'aproxima més a l'àmbit del bon govern.

Aquesta possible ubicació podria generar confusió sistemàtica, en barrejar òrgans de participació institucionalitzada (com els consells de salut) amb instruments de transparència, que tenen diferent naturalesa jurídica. A més, el seu contingut guarda major coherència amb la normativa autonòmica de transparència, en particular la Llei 1/2022, de 13 d'abril, de transparència i bon govern de la Comunitat Valenciana. Per això, des de la tècnica

legislativa, seria més adequat situar el precepte en un bloc específic relatiu a transparència o avaluació del sistema sanitari.

7. L'article 18 de la PLILP introdueix en l'article 35 de la Llei 10/2014, sobre salut laboral, un apartat 5 referit a la jubilació anticipada. Doncs bé, aquest apartat es considera incorrectament ubicat des d'una perspectiva sistemàtica, sent més propi d'una norma relativa al règim del personal, però no d'un precepte sobre salut laboral.

8. L'article 19 de la PLILP afegeix l'article 35 bis a la Llei 10/2014. Ara bé, la ubicació de l'esmentat article no resulta adequada, ja que s'insereix a continuació de l'article 35 dedicat a la salut laboral, el contingut de la qual se centra en la prevenció de riscos i la protecció de la salut en l'àmbit de treball. Tanmateix, el nou article regula de forma àmplia les condicions laborals del personal sanitari, incloent-hi aspectes relatius a la jornada, retribucions, cotització, conciliació o règim de dedicació, matèries que excedeixen de l'àmbit propi de la salut laboral i s'incardinen, més prompte, en el règim jurídic del personal. Per això, resultaria més adequat ubicar aquest tipus de previsions en el bloc específic relatiu a l'estatut del personal sanitari.

9. L'article 29 de la PLILP afegeix a la Llei 10/2014 un article 90 (Pla d'emergències sanitàries) com aquesta Llei ja conté un article 90 referit a la prohibició de comercialització o retirada del mercat de productes (que no modifica ni deroga expressament). La introducció d'un nou article amb la mateixa numeració generaria una duplicitat i una clara disfunció sistemàtica, en barrejar matèries heterogènies sota una mateixa numeració. En conseqüència, el precepte proposat hauria de ser renumerat i ubicat, si és el cas, en el títol corresponent a la planificació sanitària o la salut pública, per evitar la seua inserció en un bloc de preceptes aliens al seu contingut.

Quarta. OBSERVACIONS AL TEXT NORMATIU PROPOSAT

Amb caràcter previ procedeix recordar que, d'acord amb l'article 11 de la Llei 10/1994 i la Resolució del Presidència 8/X, la funció consultiva d'aquest Consell Jurídic Consultiu se circumscriu a l'examen de la proposició de llei des de la perspectiva de la tècnica normativa i de la seua adequació a l'ordenament jurídic, en particular, en relació amb les normes de rang superior, el Dret de la Unió Europea i la legislació bàsica estatal aplicable. En aquest sentit, l'anàlisi s'adreça a verificar la correcció jurídica del text, la seua coherència sistemàtica, la precisió de la seua formulació i la seua compatibilitat amb el repartiment competencial vigent.

A LA PART EXPOSITIVA

La part expositiva de la proposta de llei persegueix contextualitzar i justificar la iniciativa legislativa. No obstant això, des d'una perspectiva tecnicojurídica, l'exposició manté un enfocament predominantment valoratiu que no té suport objectiu explícit (dades, informes o referències institucionals), la qual cosa debilita la seua funció justificativa.

Així mateix, la formulació d'objectius com una sanitat "universal, gratuïta en el moment del seu ús" s'ha d'interpretar en el marc de la legislació bàsica estatal, en particular, de la Llei 16/2003, que configura l'accés a les prestacions sanitàries -com es veurà- conforme als seus articles 3, 3 bis i 3 ter. Per això, l'exposició adopta una formulació àmplia, sense matisar els seus límits normatius.

Finalment, la referència a principis com l'equitat, la qualitat, la participació i la transparència és coherent amb el marc ja existent en la Llei 10/2014 de salut, però es formulen sense una clara aportació innovadora en termes de justificació normativa.

A l'article 1. Creació d'un nou article sobre el finançament del sistema de salut valencià

Es crea un article que regula específicament el finançament del sistema de salut valencià per a garantir la qualitat del servei a través de la garantia de dotacions mínimes de recursos suficients, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 1. Financiación del sistema sanitario público

1. La Generalitat garantizará una financiación mínima del 10% del PIB de la Comunidad Valenciana para la sanidad pública.

2. El aumento del presupuesto sanitario se destinará exclusivamente a fortalecer el sistema sanitario público, y evitará la fragmentación y la derivación de fondos a centros privados con financiación pública.

3. El Sistema Valenciano de Salud garantizará que la financiación de la atención primaria represente, al menos, el 25 % del presupuesto total de la Conselleria de Sanidad, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)”.

En relació amb l'apartat 1, la qüestió que suscita no rau en el fet que la Generalitat no pugui reforçar financerament la sanitat pública, sinó en el fet d'imposar un finançament mínim del 10% del PIB de la Comunitat Valenciana. Així, el PIB és una magnitud macroeconòmica externa al sistema pressupostari, mentre que el pressupost de la Generalitat s'articula jurídicament a través de crèdits pressupostaris, ingressos previstos i autoritzacions de despesa, conforme al règim establert en la Llei 1/2015,

d'Hisenda Pública de la Generalitat. Per això, tot i que una llei pot formular un mandat dirigit al seu torn al legislador pressupostari autonòmic per prioritzar el finançament sanitari, la fixació d'un llindar rígid del 10% del PIB suscita algunes objeccions.

En primer lloc, introdueix una regla permanent i tancada que condiciona la configuració del pressupost anual, l'aprovació del qual s'ha d'acomodar cada exercici a la realitat dels ingressos disponibles, als objectius d'estabilitat i deute i al conjunt de prioritats públiques concurrents. En segon lloc, aquesta referència al PIB pot generar disfuncions tècniques, en vincular el nivell de despesa a una variable macroeconòmica fluctuant que no respon necessàriament ni a les necessitats sanitàries reals ni a l'estructura del pressupost. I, en tercer lloc, una previsió d'aquest tipus no vincula de manera absoluta el legislador pressupostari, però sí que suposa una autolimitació intensa, en la mesura que pretén predeterminar de manera rígida el contingut de futures lleis de pressupostos, la configuració de les quals s'ha d'adaptar anualment al marc econòmic i als principis d'estabilitat pressupostària.

En conseqüència, si manté la finalitat de reforçar el finançament sanitari, resultaria preferible articular-la com un mandat de prioritat, de suficiència financera o d'orientació per a l'elaboració dels pressupostos de la Generalitat, però no com una garantia rígida formulada en termes de percentatge del PIB.

En relació amb el que disposa l'apartat 2, l'expressió "destinar exclusivament" introdueix una excessiva rigidesa, en imposar una vinculació absoluta de l'"increment pressupostari" que no s'ajusta a la necessària flexibilitat de la planificació de la despesa ni a la situació vigent, en la qual coexisteixen fórmules de gestió directa amb mecanismes de col·laboració publicoprivada, com concerts o concessions sanitàries.

D'altra banda, la clàusula "*evitará la fragmentación y la derivación de fondos a centros privados con financiación pública*" resulta imprecisa. El concepte de "fragmentació" manca de definició jurídica clara i la referència a la "derivació de fons" és ambigua i es pot interpretar com una prohibició general de finançament a entitats privades, la qual cosa no es correspon amb la situació actual. Aquesta redacció no delimita si es tracta d'una prohibició, una limitació o un mer criteri de política sanitària.

En definitiva, tot i que la finalitat de l'apartat és enfortir el sistema sanitari públic, la seua redacció és rígida, per la qual cosa seria preferible reformular el seu contingut com un criteri de prioritat del sistema públic, delimitant amb major precisió el seu abast.

Pel que fa a l'apartat 3, la prioritització de l'atenció primària constitueix, dins les competències autonòmiques, una opció legislativa de política sanitària.

Ara bé, el precepte proposat, en establir un percentatge mínim del 25% del pressupost de la Conselleria de Sanitat, introdueix de nou una rigidesa poc compatible o desitjable amb la naturalesa anual i flexible del pressupost anual, que s'ha d'adaptar, com s'ha dit, a les necessitats canviants del sistema i a les disponibilitats financeres de cada exercici. Així mateix, la referència a les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut no té valor normatiu vinculant, per la qual cosa no hauria de servir com a fonament d'una obligació imperativa, sinó, més prompte, per reforçar un caràcter orientatiu de la previsió. El precepte conté un mandat imperatiu ("garantirà") quan hauria de ser, preferiblement, una directriu de política pressupostària, que s'ha de determinar per la corresponent Llei de Pressupostos Generals de la Generalitat.

Aquesta observació és **essencial**, als efectes del que disposen l'article 77.3 del Reglament d'aquest Consell.

A l'article 2. Modificació de l'article 4 *quinquies* de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

S'afegeixen nous punts en l'article 4 *quinquies* de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 4 quinquies. Atención a la salud mental

[...]

4. La atención a la salud mental será un eje prioritario del Sistema Valenciano de Salud.

5. Se incluye la atención psicológica en la cartera de servicios de atención primaria y comunitaria, por lo que se garantizará la presencia de psicólogos clínicos y psicólogas clínicas en los equipos de atención primaria, y se asegurará que cada zona básica de salud cuente con al menos un o una profesional de esta especialidad.

6. Se fomentará la desmedicalización de los trastornos mentales comunes y se promoverá la terapia psicológica como primera opción de tratamiento”.

La proposició de llei inclou tres nous apartats en l'article 4 *quinquies*. Aquest precepte està integrat, actualment, pels apartats 1 a 3, que configuren el concepte, el model organitzatiu i els principis rectors de l'atenció a la salut mental. En aquest context, l'apartat 4 -que declara la salut mental com a eix prioritari- resulta coherent amb article 4 *quinquies* en reforçar el caràcter estratègic d'aquesta política, tot i que presenta un contingut programàtic.

Tanmateix, els apartats 5 i 6 proposats introdueixen un canvi qualitatiu important. L'apartat 5, en preveure la inclusió de l'atenció psicològica en l'atenció primària i garantir la presència de professionals de psicologia clínica en cada zona bàsica de salut, incorpora una determinació organitzativa concreta i de caràcter estructural, que excedeix del nivell directriu que caracteritza l'actual contingut de l'article 4 *quinquies*. Es tracta d'una mesura que incideix directament en la planificació de recursos humans i en l'organització del sistema sanitari, àmbits que, si bé són competència autonòmica, solen ser objecte de regulació en títols específics d'ordenació del sistema sanitari o de gestió de recursos, per la qual cosa s'hauria de reconsiderar la seua ubicació.

Per la seua banda, l'apartat 6, relatiu al foment de la desmedicalització i a la promoció de la teràpia psicològica com a primera opció, no es pot entendre com una regla imperativa que condicione o substituïska el criteri clínic del professional sanitari o científic, ni que establisca una jerarquia obligatòria de tractaments, ja que les decisions terapèutiques s'han d'adoptar de manera individualitzada, d'acord amb decisió mèdica i a les circumstàncies del pacient. En conseqüència, l'apartat 6 s'ha de configurar com una directriu de política sanitària orientadora, sense incidència directa sobre la llibertat de prescripció ni sobre l'adequació clínica de les decisions mèdiques.

A l'article 3. Nou article sobre l'atenció a trastorns neurodegeneratius

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 4 octies. Gestor o gestora de casos para enfermedades neurodegenerativas

1. Se incorporará la figura del gestor o gestora de casos en el Sistema Valenciano de Salud para mejorar la atención a pacientes con enfermedades neurodegenerativas y oncológicas.

2. Su función será facilitar el acceso a pruebas diagnósticas, tratamientos y consultas, y asegurar un seguimiento continuo y coordinado”.

L'article 4 de la Generalitat proposat s'emmarca en l'àmbit competencial de la Generalitat, pel que fa a l'organització dels serveis sanitaris, la coordinació assistencial i l'ordenació de recursos del Sistema Valencià de Salut.

Ara bé, la figura del "gestor o gestora de casos" s'introdueix sense precisar la seua naturalesa jurídica, adscripció orgànica, perfil professional ni funcions concretes de coordinació, més enllà d'una descripció genèrica de suport a l'accés a proves, tractaments i consultes. D'altra banda, l'acumulació en un mateix precepte de malalties neurodegeneratives i oncològiques respon

a una lògica funcional, però agrupa situacions assistencials diferents, la qual cosa aconsellaria una major justificació. En qualsevol cas, la incorporació d'aquesta figura organitzativa s'efectua sense determinar el seu règim d'implantació, cobertura territorial o integració en els equips assistencials, per la qual cosa la seua redacció exigiria una major precisió normativa, a fi de concretar el model organitzatiu, les seues funcions i la seua articulació efectiva en el sistema sanitari valencià.

A l'article 4. Modificació de l'article 10 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

S'afegeixen dos nous punts en l'article 10 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 10. Garantía de calidad y seguridad

[...]

3. Todos los centros sanitarios que reciban financiación pública deberán cumplir las ratios de personal y estándares de calidad establecidos para la sanidad pública, y garantizar la equidad en la atención independientemente de la gestión del centro.

4. Todos los centros sanitarios públicos o que reciban financiación pública deberán contar con perspectiva de género tanto en la asistencia sanitaria como en la investigación, tener en cuenta las diferencias clínicas y evitar posibles sesgos entre hombres y mujeres”.

En relació amb el que disposa l'apartat 3, l'exigència de ràtios de personal i estàndards de qualitat no pot operar de manera directa i abstracta per la sola llei quan la prestació es canalitza a través de centres privats que reben finançament públic, sinó que s'ha de concretar i fer exigible a través dels instruments jurídics que articulen la corresponent relació jurídica; en particular, en els plecs, les prescripcions tècniques, els criteris d'adjudicació, les condicions especials d'execució, en definitiva, en el mateix clausulat del concert, contracte o conveni. Així, des de la perspectiva de la contractació pública, no n'hi ha prou amb una proclamació legal genèrica, ja que cal traduir-la en obligacions contractuals objectives, proporcionades i vinculades al servei contractat.

En conseqüència, l'apartat 3, si es manté, hauria de redactar-se no com una imposició automàtica autosuficient, sinó com un mandat a l'òrgan competent perquè incorpore en els concerts, contractes o instruments de finançament públic de què es tracte les condicions de personal, qualitat i equitat que procedisquen en cada cas, amb respecte a la normativa de contractació pública.

Pel que fa a l'apartat 4, en la mesura que imposa a tots els centres sanitaris públics o finançats amb fons públics la incorporació de la

perspectiva de gènere en l'assistència sanitària i en la recerca, presenta una problemàtica similar a la de l'anterior apartat 3.

Així, l'obligació es formula de manera general, abstracta i automàtica, sense concretar el seu contingut material ni els instruments a través dels quals s'ha de fer efectiva. Expressions com "comptar amb perspectiva de gènere", "tindre en compte les diferències clíniques" o "evitar biaixos" constitueixen mandats oberts, i aquesta exigència no pot operar de forma directa i autosuficient per la mera previsió legal, sinó que s'ha d'incorporar i concretar, de la mateixa manera, a través dels corresponents instruments - concerts, contractes o convenis-.

En conseqüència, l'apartat 4 s'ha de configurar com un mandat d'integració a través dels instruments de planificació i contractació corresponents.

A l'article 5. Nou article sobre la reversió de concessions sanitàries privades

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 10 bis. Plan de reversión de concesiones sanitarias privadas

1. La Generalitat desarrollará un plan de reversión de las concesiones sanitarias privadas con el objetivo de recuperar la gestión pública de los centros hospitalarios y centros de salud externalizados, así como de los servicios (cocina, lavandería, seguridad, transporte sanitario, etcétera).

2. Se establecerá un calendario de reversión progresiva basado en estudios de viabilidad técnica y económica”.

El l'article 10 bis proposat afecta la forma de gestió dels serveis sanitaris que s'integra en les competències en matèria de sanitat. A més, la seua previsió és coherent amb la Llei 10/2014, ja que l'article 3.3 expressa la preferència per la gestió pública del sistema sanitari, mentre que l'article 6.4 admet la provisió de serveis tant per mitjans propis com mitjançant fórmules de col·laboració amb entitats privades. D'això se'n desprén que la Generalitat pot redefinir el model de gestió i afavorir processos de reversió cap a formes de gestió directa.

No obstant això, l'apartat 1 de l'article 10 bis s'ha d'interpretar en el marc jurídic de la contractació pública. D'aquesta manera, la reversió de concessions o de serveis externalitzats s'ha d'ajustar a la situació jurídica de cada contracte o concessió vigent, respectant els seus terminis, causes d'extinció i, si és el cas, els efectes indemnitzatoris que procedisquen. Per això, l'apartat 1 habilita una línia d'actuació política, la qual cosa s'hauria d'aclarir en la proposta.

Per la seua banda, l'apartat 2 introdueix un element de racionalitat en supeditar la reversió a un calendari progressiu basat en estudis de viabilitat tècnica i econòmica.

A l'article 6. Nou article 11 bis de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

Es creen l'article 11 bis de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 11 bis. Plan estratégico de reducción de listas de espera

1. La Generalitat implementará un plan estratégico de reducción de listas de espera que priorizará la ampliación de recursos humanos y materiales dentro del sistema sanitario público.

2. Se evitará la derivación con financiación pública de pacientes a centros privados y se garantizará la máxima eficiencia en la gestión del tiempo quirúrgico y de consulta”.

La previsió d'un nou article 11 bis s'ha d'analitzar en connexió amb el vigent article 11 de la Llei 10/2014, que ja estableix un règim jurídic de "garantia de no demora en l'assistència sanitària".

Així, l'article 11 vigent no només proclama l'obligació de no demorar l'assistència, sinó que articula mecanismes concrets per a la seua efectivitat: fixació de terminis màxims conforme a criteris del Sistema Nacional de Salut, dret del pacient a ser atés en un altre centre finançat públicament en cas de demora, anàlisi de les causes del retard i adopció de mesures correctores. Per la seua banda, l'apartat 1 de l'article 11 bis proposat es limita a preveure l'elaboració d'un pla estratègic, amb un contingut programàtic.

D'altra banda, l'apartat 2 introdueix una previsió que pot resultar contradictòria amb l'article 11 vigent. Així, mentre l'esmentat article 11 reconeix expressament que, superats els terminis màxims, la Generalitat finançarà l'assistència en el centre que trie el pacient dins del sistema valencià de salut -la qual cosa, en la pràctica, pot incloure centres de titularitat privada integrats en la xarxa o concertats—, el precepte proposat disposa que “*se evitará la derivación con financiación pública de pacientes a centros privados*”. Aquesta formulació, a més d'imprecisa, pot entrar en tensió amb el mecanisme de garantia de l'article 11, que precisament preveu el finançament de l'assistència fora del centre inicialment assignat com a instrument per evitar demores.

Aquesta eventual contradicció exigeix una reformulació expressa del règim de l'article 11 o, almenys, un aclariment de l'abast de la nova previsió. Així mateix, l'expressió "*evitar la derivació*" presenta una indeterminació, en

no precisar si es tracta d'una prohibició, una limitació condicionada o un criteri de política sanitària.

Quant a la referència a l'eficiència en la gestió del temps quirúrgic i de consulta, es tracta d'una clàusula programàtica.

En conseqüència, s'estima necessària la reconsideració o reformulació de l'article 11 bis proposat per assegurar la coherència interna de la llei.

A l'article 7. Nou article sobre la transparència en llistes d'espera

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 11 ter. Transparencia en listas de espera

La Generalitat garantizará la publicación periódica y accesible de las listas de espera en tiempo real, desglosadas por especialidad, departamento de salud, tiempo medio de espera y patología prioritaria (incluyendo oncología y salud mental)”.

L'article 11 ter proposat afecta l'organització del sistema sanitari, la gestió de la informació assistencial i la garantia de drets dels pacients, així com les obligacions de transparència de l'actuació pública. En aquest sentit, la previsió resulta coherent amb el dret ja reconegut en l'article 11.4 de la Llei 10/2014 que garanteix als pacients el coneixement de la seua situació a les llistes d'espera, reforçant ara la seua dimensió col·lectiva i de publicitat.

No obstant això, l'exigència de publicació "en temps real" introdueix una obligació de difícil concreció jurídica i operativa, en no definir-se què s'ha d'entendre per tal expressió ni els estàndards tècnics exigibles. L'actualització permanent de dades sanitàries pot plantejar limitacions pràctiques, organitzatives i tecnològiques, per la qual cosa la utilització d'aquesta fórmula genera incertesa sobre el seu abast i exigibilitat.

D'altra banda, el precepte no preveu els límits derivats de la protecció de dades personals, especialment rellevants en l'àmbit sanitari. Tot i que la publicació es preveu desagregada per categories (especialitat, departament, temps d'espera), caldria garantir que aquesta informació s'oferira de forma anonimitzada i agregada, evitant qualsevol possibilitat d'identificació indirecta de pacients. A més, la previsió presenta una certa indeterminació en el seu contingut mínim, en no establir els instruments de publicació, periodicitat concreta (més enllà de la referència al temps real), ni els mecanismes de verificació, control o actualització de les dades.

Per tant, s'estima necessari una reformulació o reconsideració del contingut de l'article en els termes exposats.

A l'article 8. Modificació de l'article 13 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

S'afegeixen punts nous en l'article 13 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 13. Departamentos de salud

[...]

4. Se establecerá la figura del o de la psiquiatra infantojuvenil por departamento de salud.

5. La Generalitat garantizará la equidad en la asistencia sanitaria en todas las zonas de la Comunitat Valenciana a través de la dotación de recursos económicos, humanos, materiales y de otra índole a otros departamentos y zonas básicas de salud.

6. Se implementarán incentivos económicos y laborales para el personal sanitario en plazas de difícil cobertura en zonas rurales y periféricas, así como la apertura de nuevos centros de salud donde la accesibilidad sea insuficiente.

7. Se promoverán y establecerán en la atención primaria y comunitaria equipos multidisciplinares con profesionales sanitarios de distintos ámbitos, con el fin de ofrecer un mejor servicio”.

Els nous apartats de l'article 13 s'incardinen en matèria d'organització i planificació sanitària. No obstant això, des de la perspectiva de la tècnica normativa, combinen determinacions rígides -com la previsió d'un professional per departament (apartat 4)- amb mandats de caràcter programàtic -equitat territorial, incentius, equips multidisciplinaris (apartats 5 a 7)- que no tenen concreció quant a criteris d'aplicació, instruments d'execució o mecanismes d'avaluació, la qual cosa limita la seua operativitat.

Així mateix, alguna previsió, com la relativa a incentius laborals (apartat 6), requereix la seua necessària vinculació, mitjançant remissió, al marc bàsic estatal en matèria d'ocupació pública. Finalment, des del punt de vista sistemàtic, el precepte introdueix continguts heterogenis recursos humans, organització assistencial i polítiques d'equitat, en un article destinat a l'ordenació territorial del sistema sanitari, desdibuixant el contingut inicial de l'article 13 de la Llei 10/2014.

En conclusió, es tracta d'un precepte que combina rigidesa i indeterminació i presenta un encaix sistemàtic poc adequat, la qual cosa aconsella la seua reformulació o una major precisió tècnica per garantir la seua efectiva aplicació.

A l'article 9. Nou article sobre el transport sanitari en zones rurals

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 13 bis. Transporte sanitario en zonas rurales

La Generalitat procederá a la reversión de la privatización del transporte sanitario y la Conselleria de Sanidad asumirá su gestión directa, así como garantizará la existencia de transporte sanitario de emergencia en todas las zonas rurales y de difícil acceso, asegurará tiempos de respuesta adecuados y ajustará los recursos a la dispersión geográfica de la población”.

L'article 13 bis proposat s'ha d'analitzar des de la doble perspectiva del seu encaix competencial i de la seua adequació sistemàtica en la Llei 10/2014.

Des del punt de vista competencial, la previsió de garantir la cobertura en zones rurals, ajustar els recursos a la dispersió geogràfica i assegurar temps de resposta adequats s'incardina en la planificació sanitària i en els principis d'accessibilitat i equitat competència de la Generalitat.

No obstant açò, l'incís relatiu a la "reversió de la privatització del transport sanitari" i a l'assumpció de la seua gestió directa per la Conselleria planteja qüestions anàlogues a les ja examinades anteriorment en relació amb la reversió de concessions o concerts sanitaris. Per això es reitera que, si bé la Generalitat pot optar per fórmules de gestió directa, aquesta decisió no pot operar de forma automàtica ni general, sinó que ha de respectar el règim jurídic dels contractes i concessions vigents, conforme a la normativa de contractació pública. En conseqüència, la previsió proposada s'ha d'interpretar com una directriu de política pública.

D'altra banda, el precepte presenta una barreja de continguts heterogenis. D'una banda, incorpora una decisió sobre el model de gestió (reversió i gestió directa); i, de l'altra, estableix objectius de planificació i prestació del servei (cobertura territorial, temps de resposta, adequació a la dispersió poblacional). A més, aquests últims es formulen en termes amplis, sense concretar indicadors, estàndards ni mecanismes d'avaluació, la qual cosa els atribueix un contingut indeterminat.

D'acord amb l'anterior, procedeix reconsiderar el contingut de l'article 13 bis proposat atenent el que s'ha exposat.

A l'article 10. Nou article sobre l'estabilitat laboral del personal sanitari

S'afegeix un nou article en el capítol IV (Mitjans personals) de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la següent redacció:

“Artículo 16 bis. Estabilidad laboral del personal sanitario

1. La Generalitat garantizará que las contrataciones en el Sistema Valenciano de Salud sean estructurales y evitará la temporalidad y la precarización del personal sanitario.

2. Se convocarán anualmente ofertas públicas de empleo (OPE) suficientes para cubrir la demanda estructural de profesionales sanitarios, con transparencia y estableciendo un plazo máximo de resolución de dichas OPE.

3. La Generalitat establecerá ratios mínimas de personal sanitario para garantizar una asistencia de calidad:

-1.300 pacientes por médico o médica de familia.

-1.500 pacientes por profesional de enfermería.

-800 pacientes por pediatra.

-Ratios adecuadas para fisioterapia, salud mental, odontología y logopedia, según la realidad poblacional”.

Aquest precepte afegeix l'esmentat article 16.bis en la Llei 10/2014, establint, en essència, tres mesures: la garantia que les contractacions siguen estructurals i no precàries, la convocatòria periòdica d'ofertes públiques d'ocupació i la fixació de ràtios mínimes de personal sanitari.

La previsió relativa a l'estabilitat de l'ocupació, orientada a evitar la temporalitat estructural, se situa dins l'àmbit de desenvolupament i execució autonòmica. A més, aquesta orientació resulta coherent amb les mesures dirigides a reduir la temporalitat en l'ocupació pública.

En relació amb la previsió de convocatòries periòdiques d'ofertes públiques d'ocupació planteja una qüestió més complexa. Si bé la Generalitat té competències per a la gestió del seu personal i la planificació de recursos humans, l'accés a l'ocupació pública es troba subjecte a les bases estatals, que inclouen, entre altres elements, les limitacions derivades de la legislació pressupostària -especialment en matèria de taxa de reposició-. Per tant, l'apartat s'hauria de completar incorporant una fórmula que subordine l'obligació de convocatòria als límits derivats de la legislació bàsica, és a dir, *amb respecte en tot cas a la legislació bàsica estatal en matèria de funció pública i als límits establerts per la normativa pressupostària.*

Aquesta observació és **essencial** conforme en l'article 77.3 del Reglament d'aquest Consell.

Finalment, la fixació de ràtios mínimes de personal sanitari s'emmarca en la competència autonòmica d'organització dels serveis sanitaris, sense que l'Estat haja establert, amb caràcter bàsic, estàndards tancats de dotació de personal. No obstant això, aquestes ràtios s'han d'interpretar com a criteris organitzatius.

A l'article 11. Nou article sobre la creació d'una direcció general d'atenció primària i comunitària.

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 92. Dirección general de atención primaria y comunitaria

1. Se creará una dirección general de atención primaria y comunitaria dentro de la estructura administrativa sanitaria dotada de autonomía y recursos suficientes para su gestión.

2. A tal dirección general le corresponderá la organización y gestión específica de los servicios de atención primaria, en las materias humanas y materiales que le competan de acuerdo con lo establecido por la ley y de acuerdo con lo desarrollado en los consecuentes reglamentos, así como la función de velar de manera efectiva por el correcto funcionamiento del servicio y el cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación del servicio”.

Des del punt de vista competencial, la creació d'una direcció general s'incardina en la potestat d'autoorganització de la Generalitat. No obstant això, aquesta potestat s'exerceix ordinàriament a través de normes de caràcter organitzatiu -decrets del Consell- i no mitjançant una llei sectorial, llevat que es tracte de la fixació d'elements estructurals essencials. En aquest sentit, la previsió legal de crear un òrgan administratiu concret pot resultar atípica des de la tècnica normativa.

Pel que fa al contingut del precepte, l'apartat 1 proposa la creació de la direcció general amb autonomia i recursos suficients, formulació que presenta un caràcter indeterminat, en no precisar l'abast d'aquesta autonomia ni els mecanismes de dotació de recursos.

L'apartat 2 atribueix a aquesta direcció general funcions d'organització i gestió de l'atenció primària, així com de control del funcionament i qualitat del servei. La formulació d'aquestes funcions resulta genèrica, en la mesura que remet al que "*li competeixen d'acord amb la llei i el seu desplegament reglamentari*", sense concretar competències pròpies diferenciades, la qual cosa reforça la idea que la seua definició s'hauria de realitzar per via reglamentària.

En conseqüència, si es manté aquest precepte proposat, resulta necessària la seua revisió.

A l'article 12. Nou article 17 bis de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

S'afegeix l'article 17 *bis* de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 17 bis. Historia clínica electrónica única

1. Se implementará una historia clínica electrónica única, accesible para todos los centros sanitarios públicos y para aquellos privados con concierto con la Generalitat.

2. Se garantizará la interoperabilidad entre atención primaria y especializada”.

Des del punt de vista competencial, el contingut de l'article 13 ter s'incardina en l'organització dels serveis sanitaris, la gestió dels sistemes d'informació i la planificació dels recursos tecnològics, que formen part de la potestat d'autoorganització de l'Administració sanitària autonòmica.

Ara bé, l'esmentat article presenta una formulació oberta, centrada en la digitalització o modernització del sistema sanitari sense una delimitació precisa del seu abast, la qual cosa dificulta tant la seua aplicació pràctica com el seu control jurídic i pot quedar reduït a un contingut programàtic.

Per això, resultaria necessari completar i desplegar l'article 13 ter per dotar-lo de major precisió normativa. En particular, el precepte hauria de concretar el contingut material de l'actuació administrativa i especificar els objectius i àmbits de la digitalització sanitària -com la implantació de sistemes d'informació interoperables, la integració de la història clínica electrònica o la millora de la coordinació assistencial-, així com els instruments d'execució, com ara plans o programes específics. Així mateix, es considera imprescindible incorporar una clàusula expressa de subjecció a la legislació bàsica estatal i garantir la compatibilitat amb els estàndards d'interoperabilitat del Sistema Nacional de Salut i amb la normativa en matèria de protecció de dades.

D'altra banda, atesa l'especial sensibilitat de la informació sanitària, el precepte s'hauria de reforçar mitjançant la previsió de garanties jurídiques adequades, en particular, en relació amb la confidencialitat, la seguretat i l'accés a les dades clíniques, en línia amb la normativa estatal i europea aplicable.

En definitiva, l'actual redacció de l'article 17 bis imposa una reformulació que precise el seu contingut i incorpore les necessàries garanties per a evitar riscos d'inseguretat jurídica.

A l'article 13. Nou article sobre la digitalització i l'accés a la informació

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 17 ter. Modernización de los sistemas informáticos

Se llevará a cabo una modernización de los sistemas informáticos de la sanidad pública valenciana y se garantizará la agilidad en la gestión de citas, pruebas diagnósticas e historiales médicos”.

El precitat article 17 ter s'incardina, així mateix, en les competències reconegudes en l'esmentat article 54 de l'Estatut d'Autonomia.

No obstant això, des de la perspectiva de la tècnica normativa, el precepte presenta una formulació molt genèrica, limitada a enunciar un objectiu de política pública -la modernització dels sistemes informàtics i l'agilització de la gestió sanitària- sense concretar, de nou, el seu abast material, els instruments per a la seua execució ni les obligacions jurídiques que se'n deriven. Per això, s'estima convenient, bé mitjançant la seua reformulació legislativa, bé a través del seu posterior desplegament normatiu, dotar el precepte de major precisió i especificar els àmbits d'actuació (com la interoperabilitat de sistemes, la digitalització de processos o la gestió clínica), els instruments d'execució (plans, programes o estratègies) i les garanties jurídiques aplicables, especialment en matèria de protecció de dades.

A l'article 14. Modificació de l'article 20 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

Es modifica l'article 20 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 20. Participación ciudadana en la sanidad valenciana

1. La participación ciudadana en la sanidad valenciana se articulará a través de consejos de salud en cada departamento sanitario, con representación de asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios y colectivos ciudadanos.

2. Dichos consejos tendrán capacidad consultiva y podrán proponer mejoras en la gestión del sistema de salud”.

L'article 20 de la proposició de llei proposa substituir l'actual regulació vigent de l'article 20 de la Llei 10/2014 de Salut de la Comunitat Valenciana, sobre participació ciutadana.

En efecte, la nova redacció projectada suposa una modificació substancial i podria ser interpretada com a regressiva, respecte del model actualment vigent, si no s'acompanya d'una justificació de l'esmentada modificació. I això perquè el vigent article 20 estableix un sistema de participació ciutadana, que inclou no només els consells de salut en diferents nivells territorials (autonòmic, departamental i bàsic), sinó també altres instruments com el Comitè de Pacients i Persones Usuàries, així com previsions sobre desenvolupament reglamentari, col·laboració institucional i participació en polítiques de salut local. Tanmateix, el nou precepte redueix la participació a l'existència de consells de salut en cada departament sanitari i els atribueix una funció consultiva i de proposta. Aquesta simplificació implicaria la supressió de nivells essencials de participació, com el Consell de Salut de la Comunitat Valenciana i els consells de salut bàsics, així com la desaparició d'altres instruments de participació institucionalitzada.

Així mateix, la regulació proposada presenta una insuficiència normativa, en no precisar elements com la composició dels òrgans, el seu règim de funcionament, els procediments de designació dels seus membres o l'abast efectiu de les seues funcions. Per això, es troba a faltar la previsió expressa d'un desplegament reglamentari que concrete l'organització, composició i funcionament dels òrgans de participació.

En definitiva, la nova redacció de l'article 20 suposa, a falta d'una justificació, una possible minva del model participatiu existent, a més de patir de manca de precisió i completitud normativa. Per això, resultaria recomanable una reformulació que, almenys, definisca amb més claredat l'estructura i funcions dels òrgans previstos.

A l'article 15. Nou article sobre l'auditoria i el control de la despesa sanitària

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 20 bis. Observatorio de transparencia sanitaria

1. Se creará un observatorio de transparencia sanitaria, que publicará informes periódicos sobre la ejecución del presupuesto de la sanidad valenciana.

2. Se habilitará un portal web donde la ciudadanía podrá acceder a estos datos y realizar propuestas de mejora”.

L'article 20 bis s'incardina en les competències de desplegament legislatiu i execució en matèria de sanitat de l'article 54 de l'Estatut d'Autonomia, així com en la seua potestat d'autoorganització administrativa.

Ara bé, el contingut del precepte incideix directament en l'àmbit material regulat per la Llei 1/2022, de Transparència i Bon Govern de la Comunitat Valenciana, que imposa a les administracions públiques valencianes l'obligació de difondre informació rellevant -inclosa la de caràcter pressupostari i financer- a través de portals de transparència i de garantir l'accés de la ciutadania a aquesta informació.

En aquest context, la creació d'un observatori de transparència sanitària pot solapar-se amb els mecanismes ja previstos en la legislació autonòmica de transparència, com ara el portal de transparència, els sistemes de publicitat activa o els òrgans de control existents (com el Consell Valencià de Transparència). En conseqüència, el precepte hauria d'aclarir la seua funció específica per evitar duplicitats i garantir la seua integració en el sistema general de transparència i bon govern de la Generalitat.

D'altra banda, l'article es limita a preveure la creació de l'observatori i la publicació d'informes sense concretar aspectes com la seua naturalesa jurídica, adscripció orgànica, composició, funcions detallades o mecanismes de coordinació amb els òrgans ja existents en matèria de transparència. Així mateix, la previsió d'un portal web per a l'accés a la informació resulta redundant en la mesura que la normativa vigent ja exigeix l'existència de portals de transparència amb obligacions específiques de publicitat activa.

Per tant, l'article 20 bis exigeix una reformulació que assegure la seua coherència amb la legislació autonòmica de transparència i bon govern, evite duplicitats i dote el precepte de la necessària precisió normativa per garantir la seua eficàcia real.

A l'article 16. Modificació de l'article 34 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

S'afegeixen nous punts en l'article 34 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 34. Plan de acción sanitaria frente a la emergencia climática

[...]

3. La Generalitat desarrollará un plan de acción sanitaria frente a la emergencia climática, con medidas para proteger la salud frente a la contaminación atmosférica, el aumento de temperaturas y la crisis climática.

4. Se reforzará la vigilancia epidemiológica sobre enfermedades relacionadas con el cambio climático”.

Des del punt de vista material, els nous apartats 3 i 4 resulten coherents amb la regulació vigent, ja que l'article 34 configura la sanitat ambiental com un àmbit ampli d'identificació, avaluació i gestió de riscos derivats de l'entorn. En aquest sentit, la referència a l'emergència climàtica

constitueix una concreció d'aquest concepte, especialment, en relació amb la contaminació atmosfèrica, l'augment de temperatures i les malalties associades.

No obstant això, des de la perspectiva de la tècnica normativa, ambdós apartats presenten certa indeterminació i caràcter programàtic, en no precisar el contingut, naturalesa ni instruments del pla d'acció sanitària, ni concretar els mecanismes de reforç de la vigilància epidemiològica. Així mateix, seria convenient aclarir la seua integració en els instruments de planificació ja previstos a l'apartat 2 i preveure el seu desplegament reglamentari.

El precepte requereix d'una major concreció per garantir la seua eficàcia normativa.

A l'article 17. Nou article sobre la reducció de l'impacte ambiental del sistema sanitari

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 34 bis. Plan de descarbonización del sistema sanitario

1. El Sistema Valenciano de Salud adoptará un plan de descarbonización para reducir su impacto ambiental.

2. Se priorizará el uso de energías renovables en los centros sanitarios, la reducción del uso de plásticos y la optimización de residuos hospitalarios”.

Aquest precepte troba la seua justificació en la dimensió ambiental de la salut, ja reconeguda en l'article 34 de la Llei 10/2014, que configura la sanitat ambiental com el conjunt d'actuacions dirigides a previndre riscos derivats de l'entorn. En aquesta línia, la descarbonització del sistema sanitari -mitjançant la reducció d'emissions, l'ús d'energies renovables o la gestió sostenible de residus- no constitueix una política aliena, sinó una mesura de prevenció en salut pública, ja que contribueix a reduir factors ambientals que incideixen directament en la salut de la població. Així mateix, es projecta sobre la pròpia activitat del sistema sanitari, l'impacte ambiental del qual resulta rellevant.

Ara bé, l'esmentat precepte es formula en termes amplis i presenta, en línia amb altres preceptes proposats, un caràcter programàtic, en limitar-se a preveure l'adopció d'un pla i a enunciar línies generals d'actuació sense concretar el seu contingut, naturalesa, objectius, terminis ni mecanismes d'execució o seguiment. Tampoc es precisa la seua integració en els instruments de planificació ja previstos en matèria de sanitat ambiental ni es preveu expressament el seu desplegament reglamentari.

A l'article 18. Modificació de l'article 35 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

S'afegeixen nous punts en l'article 35 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 35. Salud laboral del personal sanitario

[...]

4. La Generalitat garantizará la evaluación periódica de los riesgos psicosociales del personal sanitario y promoverá medidas para evitar la sobrecarga laboral y el síndrome de desgaste profesional.

5. Se implementará la jubilación anticipada voluntaria a los sesenta años para aquellos profesionales sanitarios que acumulen más de treinta y cinco años de servicio”.

En relació amb el nou apartat 4, resulta plenament coherent amb el contingut de l'article 35 vigent, que ja configura la salut laboral com un conjunt d'actuacions dirigides a la vigilància, protecció i promoció de la salut dels treballadors. Així mateix, s'alinea amb la normativa bàsica estatal en matèria de prevenció de riscos laborals, que inclou els riscos psicosocials dins del seu àmbit d'aplicació.

No obstant això, l'apartat 4 presenta, de nou, indeterminació, en no concretar els instruments, periodicitat o procediments d'avaluació, ni les mesures específiques a adoptar. Seria recomanable, per això, preveure el seu desplegament reglamentari o la seua integració en els instruments de planificació en matèria de salut laboral ja previstos en el mateix article.

Pel que fa a la previsió de l'apartat 5, relativa a la jubilació anticipada voluntària als seixanta anys per a determinats professionals sanitaris, es planteja un problema d'encaix competencial. Així, el règim de Seguretat Social -incloent-hi l'edat de jubilació, les seues modalitats i requisits- és competència exclusiva de l'Estat (article 149.1.17 CE). En conseqüència, una norma autonòmica no pot establir, per si mateixa, un règim de jubilació anticipada diferent del previst en la legislació estatal. En aquest punt, el precepte incorre en una invasió competencial.

Per tant, la previsió de l'apartat 5 relativa a la jubilació anticipada envaeix competències estatals en matèria de Seguretat Social, per la qual cosa s'ha de suprimir.

Atès que aquest apartat compromet la plena observança de l'ordenament jurídic, s'efectua, d'acord amb l'article 77.3 del Reglament d'aquesta institució, l'observació amb caràcter **essencial**.

A l'article 19. Nou article sobre el temps de treball i la conciliació

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 35 bis. Condiciones laborales del personal sanitario y conciliación familiar

1. Las horas de guardia del personal sanitario serán computadas como tiempo de trabajo efectivo y se equiparán en términos de cotización a la jornada ordinaria.

2. Se establecerán medidas de conciliación familiar y se garantizará la posibilidad de reducciones de jornada sin penalización económica.

3. La Generalitat velará por la mejora de las condiciones laborales del personal sanitario y garantizará tiempos adecuados de descanso, medidas de conciliación familiar y reducción de la sobrecarga asistencial.

4. Se priorizará la contratación estable en lugar de contratos temporales.

5. Se implementará un complemento de exclusividad para el personal sanitario que se dedique de forma obligatoria exclusivamente a la sanidad pública, con el objetivo de retener talento y evitar la fuga de profesionales a otros sistemas de salud”.

a) En relació amb l'apartat 1, la previsió que les hores de guàrdia "seran computades com a temps de treball efectiu" s'ha de posar en relació amb la Llei 55/2003, de 16 de desembre, de l'Estatut Marc del personal estatutari dels serveis de salut, que té caràcter bàsic ex article 149.1.18 CE.

L'Estatut Marc ja conté una regulació específica del temps de treball del personal estatutari. Així, l'article 46 defineix el "temps de treball" com el període en el qual el personal roman en el centre sanitari, a disposició d'aquest i en exercici efectiu de la seua activitat i funcions; l'article 47 regula la jornada ordinària; i, sobretot, l'article 48 configura les guàrdies com a jornada complementària per a la prestació d'atenció continuada, distingint-les expressament de la jornada ordinària. A més, l'article 48.2 disposa que la durada màxima conjunta de la jornada ordinària i la complementària serà de 48 hores setmanals de treball efectiu de mitjana en còmput semestral, i l'article 48.3 estableix que la jornada complementària "no tindrà en cap cas la condició ni el tractament establert per a les hores extraordinàries". A això s'afegeixen els límits de jornada i descans dels articles 51 i 58, que completen un règim estatal tancat en aquesta matèria.

D'aquest marc normatiu es desprén que les guàrdies no són alienes al concepte de temps de treball, però tampoc poden ser simplement reconduïdes per una llei autonòmica a la jornada ordinària, perquè el legislador estatal ha optat per una construcció jurídica diferent: són temps de treball quant a prestació efectiva, però integrat en una categoria pròpia, la jornada complementària, amb el seu règim específic de límits, descansos i

compensació. Per això, una formulació autonòmica que pretenga equiparar sense matisos les guàrdies a la jornada ordinària desdibuixa una distinció bàsica establerta per la Llei 55/2003 i, en aquesta mesura, resulta contrària a normativa bàsica estatal.

En particular, la clàusula segons la qual les guàrdies "*s'equipararan en termes de cotització a la jornada ordinària*" incideix directament en una matèria reservada a l'Estat per l'article 149.1.17 CE, relativa al règim econòmic de la Seguretat Social. El text refós de la Llei General de la Seguretat Social, aprovat pel Reial decret legislatiu 8/2015, disposa en l'article 19 que les bases i tipus de cotització seran els que estableixi cada any la corresponent Llei de Pressupostos Generals de l'Estat, i en l'article 147 que la base de cotització estarà constituïda per la remuneració total, qualsevol que siga la seua forma o denominació, que tinga dret a percebre el treballador o assimilat per raó del treball. A més, la normativa anual de cotització distingeix el règim específic de les hores extraordinàries, sotmeses a cotització addicional, mentre que les guàrdies del personal estatutari no tenen, per mandat de l'article 48.3 de l'Estatut Marc, la condició d'hores extraordinàries.

En conseqüència, la comunitat autònoma no pot establir un règim propi de cotització de les guàrdies ni "equiparar-les" autònomament a la jornada ordinària a efectes de Seguretat Social, perquè aquesta determinació correspon al legislador estatal.

Per tant, l'apartat 1, tal com està redactat, no s'acomoda a l'ordenament bàsic estatal, per la qual cosa s'ha de suprimir la referència a l'"equiparació en termes de cotització", o reconduir-se a una clàusula de remissió expressa al règim estatal vigent.

Atés que la redacció actual d'aquest apartat compromet la plena observança de l'ordenament jurídic, s'efectua, d'acord amb l'article 77.3 del Reglament d'aquesta institució, l'observació amb caràcter **essencial**.

b) L'apartat 2 de l'article 35 bis proposat, en disposar que "*se establecerán medidas de conciliación familiar y se garantizará la posibilidad de reducciones de jornada sin penalización económica*", s'ha d'examinar en el marc bàsic estatal aplicable al personal estatutari dels serveis de salut i de les possibilitats de desplegament autonòmic en aquesta matèria.

Així, la Llei 55/2003, de l'Estatut Marc, no regula autònomament un règim complet de conciliació, però sí que conté dues remissions decisives: d'una banda, l'article 60.4 disposa que al personal estatutari li resulten aplicables els supòsits de reducció de jornada establerts per als funcionaris públics en les normes aplicables en la corresponent comunitat autònoma, per a la conciliació de la vida familiar i laboral; d'altra banda, l'article 61.1 reconeix el dret a gaudir del règim de festes i permisos que s'estableix a cada

comunitat autònoma, i l'article 61.2 afegeix que el personal estatutari té dret al règim de permisos i llicències establert per als funcionaris públics per la normativa de conciliació i per la llei orgànica d'igualtat. És a dir, l'Estatut Marc admet un marge de desplegament autonòmic, però ho fa sobre la base del règim general de funció pública, no al marge d'aquest.

Aquest règim general es conté, amb caràcter bàsic, en el text refós de la Llei de l'Estatut Bàsic de l'Empleat Públic, aprovat per Reial decret legislatiu 5/2015. En particular, els articles 48 i 49 regulen els permisos dels funcionaris públics i els permisos per motius de conciliació de la vida personal, familiar i laboral, establint un elenc mínim de drets i condicions.

Partint de l'anterior, la primera part de l'apartat ("*s'establiran mesures de conciliació familiar*") és, en abstracte, compatible amb l'ordenament jurídic, ja que enllaça amb l'article 44 de la Llei orgànica 3/2007, que reconeix els drets de conciliació en termes que fomenten la corresponsabilitat, i amb l'article 56, que preveu un règim d'excedències, reduccions de jornada, permisos o altres beneficis per protegir la maternitat i facilitar la conciliació. Tanmateix, la seua formulació és indeterminada, ja que no especifica quines mesures s'introduirien ni per quin instrument normatiu o convencional s'implantarien. Com a clàusula d'orientació resulta admissible.

La segona part del precepte ("*garantirà la possibilitat de reduccions de jornada sense penalització econòmica*") planteja majors objeccions. En el marc bàsic estatal, la regla general és que la reducció de jornada porta aparellada la corresponent reducció retributiva, llevat de supòsits taxats. Així es desprèn del mateix article 49 del TREBEP; per exemple, per tindre cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu, el funcionari té dret a la percepció de les retribucions íntegres mentre dure la reducció de jornada si concorren les condicions legals, i només en cas contrari opera la reducció amb la consegüent reducció de retribucions. Fora d'aquests casos específicament prevists, la normativa bàsica no consagra un dret general a reduir jornada sense minva econòmica.

Per això, la redacció proposada formulada en termes generals comporta una garantia que l'ordenament bàsic estatal només reconeix per a supòsits concrets. La Comunitat Autònoma pot millorar el règim de conciliació del seu personal estatutari, però aquestes millores s'han d'inserir en el marc fixat pels articles 60.4 i 61 de l'Estatut Marc i pels articles 48 i 49 del TREBEP. El que no resulta conforme amb el marc bàsic és proclamar, de forma general, reduccions de jornada "sense penalització econòmica" per a qualsevol supòsit de conciliació, sense que se subjecte al que s'estableix en la normativa bàsica.

En definitiva, en la seua redacció actual, el precepte proposat, pel que fa a la reducció de jornada "sense penalització" econòmica, excedeix del marc

bàsic estatal, per la qual cosa, si es mantenen, s'ha de subjectar a la normativa bàsica.

Aquesta observació es formula amb caràcter **essencial** d'acord amb l'article 77.3 del Reglament.

c) L'apartat 3 presenta un caràcter programàtic.

D'altra banda, quant als temps de descans, la Llei 55/2003, de l'Estatut Marc fixa en l'article 51 un descans mínim de 12 hores entre jornades i l'article 52 un descans setmanal mínim de 24 hores, amb mecanismes de compensació en l'article 54. Aquests estàndards constitueixen mínims indisponibles, per la qual cosa l'expressió "temps adequats de descans" de l'apartat 3 resulta indeterminada i manca de connexió expressa amb aquests paràmetres estatals.

Respecte a la millora de les condicions laborals i la reducció de la "sobrecàrrega assistencial", l'ordenament bàsic articula de la mateixa manera aquestes matèries a través d'instruments específics. Així, l'article 47 de la Llei 55/2003 remet l'ordenació de la jornada a normes, pactes o acords, i l'article 48 regula la jornada complementària dins de límits màxims de treball. Al seu torn, els articles 37 i 38 del TREBEP configuren la jornada, horaris i condicions de treball com a matèries pròpies de negociació col·lectiva. D'altra banda, s'empra el concepte de "sobrecàrrega assistencial", alié com a categoria jurídica al marc estatal.

En definitiva, l'apartat 3 de l'article 35 bis proposat resulta indeterminat i programàtic.

d) Respecte de l'apartat 4, que prioritza la contractació estable davant la temporalitat, en la seua redacció actual, es limita a formular una directriu de política pública.

e) Finalment, l'apartat 5 ("Se implementará un complemento de exclusividad para el personal sanitario que se dedique de forma obligatoria exclusivamente a la sanidad pública...") planteja objeccions.

En primer lloc, s'ha d'aclarir què significa jurídicament un complement d'exclusivitat. Referent a això, en el règim del personal estatutari, no es tracta d'una figura autònoma aliena al sistema vigent, sinó d'una modalitat de retribució complementària vinculada a la dedicació exclusiva o a la incompatibilitat. La base estatal és a la Llei 55/2003, de l'Estatut Marc, l'article 41 del qual distingeix entre retribucions bàsiques i complementàries, i l'article 43.1, b) de la qual preveu el complement específic per retribuir les condicions particulars de determinats llocs en atenció, entre altres factors, a la dedicació. A més, el règim d'incompatibilitats del personal al servei de les

administracions públiques es regeix per la Llei 53/1984, l'article 1 de la qual estableix la incompatibilitat general amb un segon lloc o activitat quan pugua comprometre el compliment del deure públic, i l'article 16.1 impedeix reconèixer compatibilitat al personal que perceba complement específic o concepte equiparable quan aquest retribuisca precisament aquesta especial dedicació.

En segon lloc, des de la perspectiva autonòmica, la Comunitat Valenciana ja preveu un règim de complement vinculat a la dedicació exclusiva. El article 54 de la Llei 11/2000, de 28 de desembre, de mesures fiscals, de gestió administrativa i financera, i d'organització de la Generalitat Valenciana, distingeix tres modalitats de complement específic del personal d'institucions sanitàries: el complement específic B, destinat a retribuir, a més d'altres conceptes, la dedicació exclusiva o incompatibilitat; i el complement específic C, que retribueix la dedicació de vesprades i no comporta exclusivitat. El article 55 de la mateixa llei permet al personal mèdic optar entre aquestes modalitats en els termes legalment previstos.

Per tant, parlar d'"implementar" un complement d'exclusivitat suggereix la creació *ex novo* d'una figura que, almenys en part, ja es reflecteix en l'ordenament valencià.

En tot cas, cal tindre en compte que no té competències el legislador autonòmic per imposar al personal que "*es dedique de forma obligatòria exclusivament a la sanitat pública*". El règim jurídic del personal estatutari dels serveis de salut es troba regulat amb caràcter bàsic per l'esmentada Llei 55/2003, de 16 de desembre, de l'Estatut Marc. Aquesta norma estableix un sistema de compatibilitats i incompatibilitats que no configura l'exclusivitat com un règim obligatori general, sinó com una opció vinculada, si és el cas, a la percepció de determinats complements retributius. En conseqüència, de mantindre el precepte, s'hauria de modificar en termes més precisos, preveient que la Generalitat podrà establir o ampliar, en el marc de la normativa bàsica estatal i del règim retributiu autonòmic vigent.

La imposició per una comunitat autònoma d'un règim de dedicació exclusiva obligatori suposaria envair la competència estatal en matèria de règim estatutari del personal públic.

En aquest sentit, la Sentència del Tribunal Constitucional 197/2012, de 6 de novembre, relativa a la Llei del Principat d'Astúries 15/2002, va declarar la inconstitucionalitat de previsions autonòmiques que, a la pràctica, imposaven un règim d'exclusivitat mitjançant la configuració irrenunciable del complement específic, per vulnerar la normativa bàsica estatal en matèria d'incompatibilitats del personal sanitari.

Així, en aquesta sentència, l'alt Tribunal va argumentar el següent:

“(…) El personal médico facultativo tiene carácter de personal estatutario y se le aplica la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas de reforma de la función pública. Tras citar las SSTC 63/1986, de 21 de mayo; 385/1993, de 23 de diciembre y 103/1997, de 20 de mayo afirma que este Tribunal Constitucional ha declarado que los artículos 23 y 24 de la Ley 30/1984, que regulan la estructura retributiva de los funcionarios públicos, constituyen legislación básica, dentro de la misma distingue, entre retribuciones básicas y complementarias, a las que pertenece el complemento específico. El complemento específico se define en atención a una serie de características objetivas del puesto de trabajo, que deberán respetar las Comunidades Autónomas, y retribuye las condiciones específicas de algunos puestos de trabajo en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. En este punto destaca la STC 103/1997, de 20 de mayo, sobre el carácter básico del complemento específico del artículo 23.3 b) de la Ley 30/1984, de medidas para la función pública. Por otro lado las especialidades del régimen retributivo del personal médico se recogen fundamentalmente en el Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto nacional de la salud que regula, entre las retribuciones complementarias, el denominado complemento específico y lo define en términos muy similares a los establecidos en la Ley 30/1984.

Argumenta el Abogado del Estado que aunque la regulación del complemento específico, en sus términos literales, no presuponía una dedicación exclusiva ni una incompatibilidad para el desempeño de otras actividades, públicas o privadas, el Tribunal Supremo declaró que no cabía percibir el complemento específico si no había compromiso expreso de dedicación exclusiva, porque el Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre adaptó las retribuciones del personal estatutario al propio de las Administraciones públicas, de modo que su artículo 2.3 b) no era sino la transposición del artículo 23.3 b) de la Ley 30/1984, de medidas de la función pública, y en ambos sistemas es obligado respetar el tenor literal de los artículos 2.1 f) y 16.1 de la Ley 53/1984, de 23 de diciembre, de incompatibilidades para el personal al servicio de las Administraciones públicas. Este último declara que “no podrá autorizarse o reconocerse compatibilidad alguna al personal que desempeñe puestos que comporten la percepción de complementos específicos o complementos equiparables”, si bien, con carácter excepcional, el apartado 4 de este artículo 16.1 (redactado por la Ley 31/1991, de 30 de diciembre) admite que pueda reconocerse compatibilidad para el ejercicio de funciones privadas al personal que perciba complemento específico, siempre que su cuantía no supere el 30 por 100 de sus retribuciones básicas, excluidos los trienios.

El citado Real Decreto-Ley 3/1987 fue modificado por el artículo 53 de la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del

orden social, resultando desde entonces evidente, porque así se dice expresamente, que el complemento específico “tendrá carácter personal por lo que podrá renunciarse al mismo”. En definitiva la regulación estatal del complemento específico tendría carácter básico en la función pública y en el ámbito de los servicios de salud y la Ley de incompatibilidades tendría asimismo ese carácter básico. Tras su modificación el artículo 2.3 b) del Real Decreto-ley 3/1987 establece que “[e]l complemento específico que corresponda al personal facultativo adscrito a Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social dependientes del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) tendrá carácter personal por lo que podrá renunciarse al mismo”. Y en desarrollo de esta norma se dictó la resolución de 13 de febrero de 1998, de la Presidencia ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se aprueban los procedimientos de renuncia y acreditación del complemento específico del personal facultativo del Instituto Nacional de la Salud. Pero también la normativa autonómica asturiana de aplicación remite directamente a las bases estatales, como sucede en el artículo 45 de la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias”.

Tot l’anterior porta a concloure al Tribunal que “el carácter obligatorio e irrenunciable que la disposición adicional primera de la Ley 15/2002 del Principado de Asturias atribuye al complemento específico correspondiente al personal facultativo que se incorpore en las instituciones sanitarias dependientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias, vulnera la legislación básica en materia de retribuciones del personal facultativo del Sistema nacional de salud, contenida en el Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre régimen retributivo del personal estatutario, por el que se califica dicho complemento como personal y, por ello, renunciabile”.

Per tant, s’ha de suprimir l’incís “que se dedique de forma obligatoria exclusivamente a la sanidad pública...”.

Aquesta observació és **essencial** d’acord amb l’article 77.3 del Reglament d’aquest Consell.

A l’article 20. Nou article 36 bis de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana.

S’afegeix l’article 36 bis de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 36 bis. Prevención y promoción de la salud en el ámbito escolar y comunitario

1. La Generalitat desarrollará programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito escolar y comunitario.

2. Se implementará la figura de enfermero o enfermera escolar en todos los centros educativos públicos con el objetivo de mejorar la educación en salud y la detección temprana de problemas de salud infantil”.

L'article 36 bis que es proposa addicionar a la Llei 10/2014 presenta dos plans diferenciats.

Així, l'apartat 1, que es limita a preveure que la Generalitat desenvoluparà programes de prevenció i promoció de la salut en l'àmbit escolar i comunitari, enllaça directament amb les funcions de salut pública, prevenció i promoció de la salut ja assumides per la legislació valenciana. No obstant això, la seua formulació és molt oberta, ja que no precisa el contingut mínim d'aquests programes, el seu abast, els seus instruments d'execució ni la seua articulació amb la planificació sanitària ja prevista en la Llei 10/2014. Per això, seria convenient una major concreció o, almenys, una remissió expressa al seu desplegament reglamentari o als corresponents instruments de planificació.

D'altra banda, l'apartat 2, implanta la figura del personal d'infermeria escolar en tots els centres educatius públics, la qual cosa pot trobar justificació en les competències autonòmiques en matèria de sanitat i també en la capacitat de la Generalitat per articular polítiques de coordinació entre salut pública i sistema educatiu.

Ara bé, la redacció proposada no delimita la naturalesa jurídica d'aquesta figura ni el marc administratiu en què s'integra; és a dir, no s'aclareix si es tracta de personal sanitari adscrit al sistema valencià de salut, de personal integrat funcionalment en els centres educatius, o d'una fórmula de coordinació entre tots dos àmbits. Aquesta indefinició és important en la mesura que, si bé el precepte s'insereix en la Llei de Salut, desplega els seus efectes directament sobre l'organització de tots els centres educatius públics. En segon lloc, la imposició generalitzada d'aquesta figura "*en tots els centres educatius públics*" introdueix un mandat de gran intensitat organitzativa i pressupostària, sense preveure o sense que consten els criteris d'implantació, prioritats, modalitats de cobertura ni coordinació amb la normativa educativa i sanitària aplicable.

S'aprecia, per tant, en aquest segon apartat, una manca de precisió sobre l'encaix de la infermeria escolar i l'absència d'una articulació expressa amb l'organització del sistema educatiu i sanitari, que afectaria el principi de seguretat jurídica de les normes per la seua excessiva indeterminació.

A l'article 21. Nou article sobre reforç de la salut pública i vigilància epidemiològica

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 36 ter. Refuerzo de la vigilancia epidemiológica

1. Se reforzará la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública con mayor dotación presupuestaria y personal especializado.

2. Se impulsará un plan de prevención de pandemias que garantice la preparación ante futuras emergencias sanitarias, con una reserva estratégica de material sanitario y protocolos de respuesta rápida”.

L'apartat 1 proposa una mesura organitzativa que entra dins del marge d'actuació autonòmic, si bé la seua formulació presenta un caràcter genèric.

En relació amb l'apartat 2, respon a una finalitat de preparació davant emergències sanitàries, especialment, a la llum d'experiències recents, si bé limitada a enunciar objectius -reforç de la xarxa, elaboració d'un pla, creació de reserves- sense concretar el seu contingut mínim, naturalesa jurídica, mecanismes d'execució ni criteris d'avaluació. Tampoc es preveu expressament el seu desplegament reglamentari ni la seua integració amb els instruments de planificació ja existents en matèria de salut pública.

A l'article 22. Modificació de l'article 50 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

S'afegeixen nous punts en l'article 50 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

“Artículo 50. Derecho a una atención personalizada

[...]

5. El tiempo de consulta en atención primaria será suficiente para garantizar una atención de calidad y deberá evitarse la sobresaturación de agendas.

6. Se establecerá un límite de treinta pacientes, atendidos de manera presencial, por médico o médica de familia, y veinte por pediatra en jornada ordinaria, y se garantizan al menos diez minutos por consulta”.

Des del punt de vista material, l'apartat 5 presenta un caràcter programàtic, en establir la suficiència del temps de consulta i l'evitació de la sobresaturació d'agendes sense concretar estàndards ni mecanismes d'aplicació. Per la seua banda, l'apartat 6 introdueix, en canvi, una regulació de major intensitat en fixar límits màxims de pacients i temps mínims de consulta, la qual cosa suposa la imposició de paràmetres rígids i uniformes d'organització assistencial, sense atendre la diversitat de situacions ni la planificació de recursos, i que pot dificultar la seua aplicació pràctica.

A l'anterior cal afegir que la fixació d'aquests criteris d'actuació en una norma amb rang de llei resulta poc aconsellable, en tractar-se d'aspectes propis de la planificació sanitària, la gestió organitzativa o el desplegament reglamentari, dotats de major flexibilitat. Així mateix, la seua ubicació en l'article 50 -relatiu a drets dels pacients- no s'estima totalment adequada, en referir-se principalment a l'organització del servei més que a un dret directament exigible.

Per tant, si es manté el precepte, s'hauria de reconsiderar d'acord amb el que s'indica anteriorment.

A l'article 23. Nou article sobre l'accés universal a la sanitat

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 50 quater. Acceso universal a la sanidad

Se garantizará el acceso universal al Sistema Valenciano de Salud a todas las personas residentes en la Comunitat Valenciana, independientemente de su situación administrativa”.

En relació amb l'article 50 quater, cal recordar que l'accés a l'assistència sanitària es configura en la normativa estatal com un model d'universalitat, en el qual el dret es reconeix amb caràcter general, però dins d'un marc normatiu que delimita les seues condicions subjectives i procedimentals, incloent expressament les persones estrangeres en situació irregular sota els requisits establerts en l'article 3 de la Llei 16/2003, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

Aquest precepte estatal assenyala que *“1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1.*

2. La citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos:

a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable.

b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.

c) No existir un tercero obligado al pago.

(...)

3. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento

certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.

En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en situación de estancia temporal de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas.

4. Las comunidades autónomas deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan en aplicación de lo previsto en este artículo”.

Exposat l'anterior, el vigent article 11 bis de la Llei 10/2014 disposa que "*La Generalitat, de conformitat amb la legislació vigent, establirà les vies i mecanismes necessaris per garantir les prestacions sanitàries i de salut pública en tota la població, sense que es produïsquen discriminacions per cap motiu, eliminant les barreres arquitectòniques i de comunicació en totes les institucions sanitàries, facilitant una accessibilitat total i real a totes les persones*".

Aquest precepte resulta plenament coherent amb el marc normatiu estatal, en garantir l'accés a les prestacions sanitàries a tota la població "*de conformitat amb la legislació vigent*", la qual cosa implica incloure en aquest incís o clàusula el règim estatal d'accés. Aquesta clàusula actua com un element de connexió i respecte a l'ordre competencial, assegurant que la normativa autonòmica s'integre en el sistema bàsic estatal sense desbordarlo.

La proposta de supressió del vigent article 11 bis per la proposició de llei (article 6) i la seua substitució per una formulació (article 50) que garanteix l'accés "*independentment de la situació administrativa*" introdueix un canvi important. Així, desapareix la referència expressa al marc normatiu estatal i se substitueix per una clàusula autònoma que, interpretada literalment, podria suposar una desvinculació del règim estatal d'accés, en eliminar qualsevol menció als requisits i procediments establerts per la legislació bàsica (article 3 ter de la Llei 16/2003). La Comunitat Autònoma pot desenvolupar i facilitar aquest accés, però no pot redefinir autònomament l'àmbit subjectiu del dret al marge d'aquest marc bàsic.

Per tant, s'estima necessari mantindre o reintroduir una clàusula de subjecció a la legislació estatal (*de conformitat amb la legislació vigent*), a fi de preservar la coherència del sistema i evitar possibles conflictes competencials.

Atés que la redacció actual d'aquest precepte pot comprometre la plena observança de l'ordenament jurídic, s'efectua l'observació, d'acord amb l'article 77.3 del Reglament d'aquesta institució, amb caràcter **essencial**.

A l'article 24. Nou article sobre l'ampliació de la cobertura de salut bucodental

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

*“Artículo 57 ter. Atención bucodental en la sanidad pública
Se incorporará progresivamente la atención bucodental al Sistema Valenciano de Salud y se garantizará la gratuidad de los tratamientos para toda la población”.*

Les prestacions d'atenció de salut bucodental incloses en la cartera comuna de serveis del Sistema Nacional de Salut (SNS) s'estableixen dins de l'apartat 9 de l'annex II, relatiu a la cartera de serveis comuns d'atenció primària, del Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seua actualització. A més, en aquest apartat es defineix l'"Atenció bucodental" com *"el conjunt d'activitats diagnòstiques, terapèutiques i de prevenció de la malaltia, així com aquelles de promoció i d'educació per a la salut, dirigides a la millora de la salut bucodental de la població"*.

Per la seua banda, la Comunitat Valenciana regula en l'article 57 bis de la Llei 10/2014 el dret a la salut bucodental en el qual assenyala que *"la Generalitat Valenciana ha de treballar per a garantir la salut bucodental dels nens, nenes i adolescents, concretament ampliar els tractaments ortodòndics que no tinguen una finalitat exclusivament estètica. La conselleria competent estudiarà i impulsarà l'ampliació progressiva de la cartera pública dels serveis d'atenció bucodental del Sistema Valencià de Salut, així com la possibilitat d'estendre el seu accés a la resta de la població"*.

En aquest context normatiu, el nou article 57 ter s'incardina en l'àmbit competencial de la Generalitat quan permet l'ampliació de prestacions sanitàries, conforme al marc bàsic estatal establert en el Reial decret 1030/2006. No obstant això, introdueix una expansió substancial en preveure la seua incorporació progressiva al sistema i, especialment, en garantir la gratuïtat dels "tractaments" per a "tota la població".

Així, el precepte empra el terme "tractaments" en sentit ampli i indiferenciat. No delimita el contingut de les prestacions incloses, la qual cosa, en l'àmbit de l'atenció bucodental, pot abastar una gran heterogeneïtat d'actuacions, des d'intervencions preventives i bàsiques fins a tractaments complexos, reconstructius o ortodòndics, incloent-hi aquells de finalitat estètica. Aquesta manca de precisió impedeix determinar l'abast real del dret reconegut, generant inseguretats jurídiques tant per a l'Administració com per als usuaris del sistema. A més, en no establir criteris de prioritització,

delimitació per tipologies de tractament ni identificació de col·lectius preferents, el precepte s'aparta del model habitual de configuració de la cartera de serveis, que s'articula sobre la base de prestacions definides, indicacions clíniques i, si és el cas, col·lectius protegits (com passa en la normativa estatal i en el mateix article 57 bis de la Llei 10/2014).

Tant des del punt de vista jurídic com organitzatiu, la indeterminació o excessiva amplitud del precepte pot dificultar la planificació sanitària, l'assignació eficient de recursos i l'avaluació de l'impacte econòmic de la mesura, en no existir paràmetres normatius clars que n'orienten la implementació.

Per això, la redacció de l'esmentat article 57 ter proposat resulta excessivament àmplia i indeterminada, altera l'enfocament progressiu del sistema vigent i manca de la necessària concreció jurídica i econòmica, la qual cosa afecta el principi de seguretat jurídica en l'elaboració i aplicació de les normes.

A l'article 25. Nou article sobre l'atenció òptica i l'optometria en la sanitat pública

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

*“Artículo 57 quater. Atención óptica y optometría en la sanidad pública
El Sistema Valenciano de Salud incorporará revisiones oftalmológicas gratuitas para toda la población y garantizará progresivamente el acceso a gafas o lentes de contacto para toda la población”.*

El precepte proposa una ampliació significativa de prestacions, en preveure, d'una banda, revisions oftalmològiques gratuïtes per a tota la població i, de l'altra, l'accés progressiu a productes òptics. El finançament d'ulleres o lents de contacte suposa una extensió rellevant de la cartera de serveis, amb implicacions organitzatives i pressupostàries d'abast possiblement considerable, desconeixent-se, per part d'aquest Consell, la seua repercussió en la sostenibilitat financera i l'impacte econòmic de la mesura, la qual cosa resulta especialment rellevant atesa la universalitat de la cobertura projectada. Tampoc s'articula amb instruments de planificació sanitària ni amb una definició detallada de la prestació.

A més, el precepte, com succeeix amb l'atenció bucodental, utilitza formulacions àmplies i indeterminades, en no delimitar el contingut de les prestacions, ni establir criteris clínics, condicions d'accés o col·lectius prioritaris. En particular, la referència genèrica a "ulleres o lents de contacte per a tota la població" manca de precisió i pot abastar des de necessitats

terapèutiques fins a supòsits de caràcter funcional o fins i tot estètic, la qual cosa imposa una determinació més precisa de l'abast d'aquest precepte.

A l'article 26. Nou article sobre l'atenció sanitària a persones trans

S'afegeix un nou article en la Llei de sanitat de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 59 ter. Unidades de referencia en salud trans

Se crearán unidades de referencia en salud trans dentro del Sistema Valenciano de Salud y se garantizará la atención integral en hormonación, cirugías de reasignación y salud mental especializada para personas trans”.

El precepte respon a una finalitat d'atenció integral i especialitzada a les persones *trans*, coherent amb els principis de qualitat assistencial, equitat i no discriminació. Així, d'una banda, la previsió d'unitats de referència s'alinea amb models organitzatius habituals en el sistema sanitari per a patologies o col·lectius que requereixen una atenció multidisciplinària i altament especialitzada. Ara bé, la seua formulació presenta una certa indeterminació, en no concretar el nombre, distribució territorial, criteris d'accés ni el règim organitzatiu d'aquestes unitats, ni la seua integració en la xarxa assistencial existent.

D'altra banda, la garantia d'una atenció integral que inclou "*hormonació, cirurgia de reassignació i salut mental especialitzada*" suposa la configuració d'un contingut prestacional concret. En aquest cas, la referència a la "garantia" de determinades prestacions no delimita el seu abast ni les seues condicions clíniques, cosa que pot generar incertesa sobre la seua efectivitat i exigibilitat.

En definitiva, el precepte combina una mesura organitzativa (creació d'unitats de referència) amb la definició de prestacions específiques, la qual cosa introdueix una certa heterogeneïtat normativa i és convenient distingir entre ambdós plànols: organització del servei i contingut de la cartera assistencial. A més, ambdós aspectes tenen una evident incidència en la planificació de recursos humans, materials i pressupostaris, aspecte que no es delimita i que resulta essencial.

A l'article 27. Modificació de l'article 80 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana

S'afegeixen nous punts en l'article 80 de la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, que queda redactat de la següent manera:

*“Artículo 80. Investigación e innovación en salud
[...]*

6. *La Generalitat impulsará la investigación en salud a través de la financiación estable de institutos de investigación biomédica públicos.*

7. *Se desarrollará un plan de retorno de talento para recuperar profesionales sanitarios formados en la Comunitat Valenciana que hayan emigrado a otras comunidades autónomas o a otros países”.*

El nou apartat 6 resulta coherent amb el contingut de l'article 80 vigent que ja preveu el desenvolupament d'instituts de recerca sanitària, la coordinació d'estructures d'R+D+I i l'establiment de marcs estratègics plurianuals. No obstant això, la previsió es pot estimar innecessària, en la mesura que es limita a reforçar una línia d'actuació ja existent, sense introduir elements substancialment nous ni concretar mecanismes de finançament, o altres aspectes.

Per la seua banda, l'apartat 7, relatiu al desenvolupament d'un "pla de retorn de talent", introdueix una mesura de política pública orientada a la recuperació de professionals sanitaris, que troba encaix en l'article 80.5 vigent, el qual ja preveu la mobilitat, l'intercanvi de professionals i el foment de l'activitat investigadora. En aquest sentit, el nou apartat suposa una concreció d'aquestes polítiques. No obstant això, el precepte presenta absència de concreció, en no definir els instruments d'actuació, els incentius previstos, els col·lectius destinataris ni les condicions d'execució del pla, mancant així de suficient contingut normatiu.

A l'article 28. Nou article sobre la formació MIR, EIR, BIR, QIR, FIR i PIR

S'afegeix un nou article en la Llei de Sanitat de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 80 bis. Formación MIR, EIR, BIR, QIR, FIR y PIR

1. La Generalitat aumentará progresivamente las plazas de formación MIR, EIR, SIR, QIR, FIR y PIR en función de las necesidades asistenciales de la Comunitat Valenciana.

2. Se establecerán acuerdos con universidades y centros de formación para garantizar una planificación a largo plazo”.

En relació amb l'apartat 1 d'aquest precepte, cal recordar que la Llei 44/2003, d'ordenació de les professions sanitàries, estableix que la formació especialitzada en ciències de la salut s'organitza pel sistema de residència (article 20.2) i que l'accés a les places s'efectua mitjançant convocatòria anual de caràcter nacional, segons l'article 22.1 de l'esmentada Llei. A l'apartat 5 de l'esmentat article 22 s'assenyala que "*L'oferta de places de la convocatòria anual es fixarà, previs informes del Consell Nacional d'Especialitats en Ciències de la Salut i del Ministeri d'Educació, Cultura i Esport, per la Comissió de*

Recursos Humans del Sistema Nacional de Salut, atenent les propostes realitzades per les comunitats autònomes, a les necessitats d'especialistes del sistema sanitari i a les disponibilitats pressupostàries". Al seu torn, el Reial decret 183/2008, de 8 de febrer, desenvolupa el sistema de formació sanitària especialitzada sobre la base de centres i unitats docents acreditades, comissions de docència i una estructura comuna del sistema formatiu.

En aquest marc, la Generalitat no pot augmentar unilateralment les places MIR, EIR, BIR, QIR, FIR i PIR en sentit estricte, perquè la determinació final de l'oferta correspon al sistema estatal de convocatòria nacional. El que sí que pot fer, dins de les seues competències en matèria d'organització sanitària i planificació de recursos humans, és identificar necessitats assistencials, acreditar o promoure l'acreditació d'unitats docents, proposar l'oferta formativa i col·laborar en la planificació de places que hagen d'integrar-se en la convocatòria estatal. Per això, la redacció proposada no es pot interpretar en el sentit d'atribuir a la Generalitat una potestat decisòria en l'increment de les respectives places de formació que no s'acomoda al repartiment competencial vigent.

Per això, perquè l'esmentat precepte, si es manté, no suscite problemes competencials en la seua interpretació, s'ha de completar mitjançant una clàusula expressa de subjecció al marc estatal i deixar clar que l'increment de places es promourà de conformitat amb la normativa estatal reguladora de la formació sanitària especialitzada i a través dels mecanismes de proposta, acreditació i planificació que corresponguen.

Atés que la redacció actual d'aquest apartat pot comprometre la plena observança de l'ordenament jurídic, s'efectua, d'acord amb l'article 77.3 del Reglament d'aquesta institució, l'observació amb caràcter **essencial**.

En relació amb l'apartat 2, relatiu a l'establiment d'acords, s'incardina en l'àmbit competencial autonòmic, pel que fa a la coordinació institucional i planificació de recursos humans. No obstant això, presenta un contingut genèric i indeterminat, en no precisar, d'alguna manera, l'abast, el contingut ni els efectes d'aquests acords.

D'altra banda, la inclusió d'aquests dos nous apartats en l'article 80 bis, dins del títol relatiu a recerca i innovació, no s'estima adequada, ja que la formació sanitària especialitzada es vincula més pròpiament a la planificació de recursos humans i a l'ordenació del sistema sanitari que a la recerca en sentit estricte.

A l'article 29. Nou article sobre la planificació davant crisis sanitàries i emergències

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 90. Plan de emergencias sanitarias

1. Se implementará un plan de emergencias sanitarias para garantizar la capacidad de respuesta ante pandemias, crisis sanitarias o catástrofes naturales.

2. Este plan incluirá la creación de una reserva estratégica de material sanitario, la mejora de la coordinación entre hospitales y la formación específica del personal sanitario”.

El nou article 90 s'incardina en la competència sobre planificació davant de riscos sanitaris. Ara bé, l'apartat 1 es limita a preveure la implementació d'un pla sense definir els seus elements essencials, com ara la seua naturalesa jurídica, procediment d'aprovació, mecanismes d'activació, òrgans competents o sistemes d'avaluació. Per la seua banda, l'apartat 2 introdueix algunes mesures (reserva estratègica, coordinació hospitalària i formació), però de forma merament enunciativa i indeterminada, sense concretar el seu abast ni la seua articulació amb altres instruments existents en matèria de salut pública i protecció civil.

A l'article 30. Nou article sobre la producció pública de medicaments essencials

S'afegeix un nou article en la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, amb la redacció següent:

“Artículo 91. Empresa pública valenciana de producción farmacéutica

1. Se creará una empresa pública valenciana de producción farmacéutica para garantizar el acceso a medicamentos esenciales a precios asequibles, reducir la dependencia del mercado privado y garantizar el suministro en situaciones de crisis.

2. Se creará una oficina de farmacia pública en los centros de atención primaria y comunitaria”.

L'apartat 1, quan preveu la creació d'una empresa pública valenciana de producció farmacèutica, troba cobertura en la potestat d'autoorganització de la Generalitat i en la seua capacitat d'intervenció en l'activitat econòmica. No obstant això, aquesta previsió s'ha de situar en el marc de la legislació bàsica estatal en matèria de medicaments, en particular, el text refós de la Llei de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, aprovat pel Reial decret legislatiu 1/2015, que regula aspectes essencials com

l'autorització, fabricació, distribució, finançament i règim de preus dels medicaments.

En aquest sentit, la fabricació de medicaments està subjecta a autorització administrativa i control públic, i el finançament i fixació de preus dels medicaments dispensats amb càrrec a fons públics s'integra en un sistema estatal d'intervenció, que inclou el sistema de preus de referència i l'actuació de la Comissió Interministerial de Preus dels Medicaments.

Aquest marc no exclou la participació pública en el sector farmacèutic, com posa de manifest la creació de la societat publicoprivada Terafront Farmatech, impulsada per l'Estat en el context del PERTE per a la salut d'avantguarda. Aquesta entitat, participada pel sector públic a través del CDTI i per empreses privades, té per objecte el desenvolupament, producció i comercialització de teràpies avançades, evidenciant que la intervenció pública en aquest àmbit és jurídicament possible, però sempre articulada dins del marc estatal i europeu aplicable.

En context, la referència a la "*producció farmacèutica*" resulta excessivament àmplia i imprecisa, en no delimitar si es refereix a activitats de fabricació industrial -subjectes a autorització-, a funcions d'aprovisionament o a participació en projectes estratègics, cadascuna d'elles sotmesa a un règim jurídic diferenciat dins del marc estatal. Així mateix, la utilització del terme "*garantir*" introdueix una ambigüitat important, en la mesura que sembla atribuir a l'eventual empresa pública la funció d'assegurar l'accés a medicaments essencials a preus assequibles i el subministrament en situacions de crisi. Tanmateix, aquests objectius no depenen exclusivament de l'actuació autonòmica, ja que elements essencials com la fixació de preus finançats públicament, la inclusió en la prestació farmacèutica o les condicions de comercialització corresponen a l'Estat en el marc de l'esmentada normativa bàsica.

Per tant, tot i que la creació d'una empresa pública és jurídicament possible, el precepte proposat presenta una insuficient delimitació del seu objecte i una formulació que pot induir a una interpretació expansiva incompatible amb el repartiment competencial. Si es manté aquest precepte, caldria precisar que l'actuació de l'entitat es desenvoluparà en l'àmbit de les seues competències -per exemple, en matèria d'aprovisionament, col·laboració en projectes estratègics o suport al subministrament de medicaments essencials- i sempre de conformitat amb la normativa estatal i europea aplicable, evitant atribuir-li funcions de garantia plena de l'accés o d'intervenció en el règim de preus dels medicaments.

Atés que la redacció actual d'aquest apartat pot comprometre la plena observança de l'ordenament jurídic, s'efectua l'observació, d'acord amb l'article 77.3 del Reglament d'aquesta institució, amb caràcter **essencial**.

L'apartat 2, relatiu a la creació d'una oficina de farmàcia pública als centres d'atenció primària i comunitària, planteja objeccions jurídiques. En primer lloc, cal tindre en compte que l'ordenament vigent distingeix clarament entre, d'una banda, els serveis de farmàcia hospitalària, integrats en centres sanitaris públics, i, de l'altra, les oficines de farmàcia, configurades com un model específic d'establiment sanitari subjecte a una ordenació pròpia. El text refós de la Llei de Garanties i Ús Racional dels Medicaments i Productes Sanitaris, aprovat pel Reial decret legislatiu 1/2015, regula separatament l'ús racional dels medicaments en l'atenció hospitalària (arts. 84 i ss.) i, en un capítol diferent, les oficines de farmàcia (arts. 86 i següents), la qual cosa evidencia la diferenciació estructural entre ambdues figures.

A la Comunitat Valenciana, a més, la normativa d'ordenació farmacèutica -en particular, la Llei 6/1998, d'ordenació farmacèutica de la Comunitat Valenciana- defineix expressament les oficines de farmàcia com a establiments sanitaris privats d'interés públic, sotmesos a planificació sanitària (arts. 8, 16 i 16). Aquesta caracterització no és accessòria, ja que el model vigent de dispensació a la població general descansa en una xarxa planificada d'oficines de farmàcia de titularitat privada, autoritzades i subjectes a control administratiu, conforme a criteris de planificació territorial i necessitats assistencials. A més, el Decret 42/2021, de 18 de març, del Consell, regula la prestació farmacèutica en els centres socio-sanitaris a la Comunitat Valenciana.

Per això, no es pot confondre l'existència de serveis de farmàcia hospitalària públics amb la possibilitat de crear oficines de farmàcia públiques obertes al públic general. Són figures jurídiques diferents: la primera està integrada en l'organització interna del centre sanitari i s'orienta al subministrament de medicaments en l'àmbit hospitalari, mentre que la segona forma part d'un sistema planificat de dispensació extrahospitalària configurat, en la normativa vigent, com a establiment privat d'interés públic.

Exposat l'anterior, la previsió proposada altera el model legal d'oficines de farmàcia en proposar la creació d'una "oficina de farmàcia pública" en els centres d'atenció primària i comunitària, sense precisar el seu règim jurídic, ja que no determina com s'integraria aquesta oficina pública en la planificació farmacèutica, quin títol habilitant tindria, com es coordinaria amb la xarxa existent ni quina justificació específica concorreria per excepcionar el model actualment vigent. En particular, la normativa bàsica estatal (articles 86 i ss. del TR aprovat per Reial Decret Legislatiu 1/2015) i la normativa autonòmica esmentada configuren un sistema de dispensació basat en oficines de farmàcia privades subjectes a planificació, sense preveure amb caràcter general la titularitat pública d'aquestes. En conseqüència, en el seu tenor actual, l'apartat 2 proposat presenta una incompatibilitat amb el sistema d'ordenació farmacèutica vigent, en introduir una figura que desborda els

seus elements estructurals sense la necessària cobertura normativa ni justificació suficient.

Atés que la redacció actual d'aquest apartat pot comprometre la plena observança de l'ordenament jurídic, s'efectua l'observació, d'acord amb l'article 77.3 del Reglament d'aquesta institució, amb caràcter **essencial**.

A LA DISPOSICIÓ FINAL

“La presente ley entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana”.

Des de la perspectiva de la tècnica legislativa, la fixació de l'entrada en vigor l'endemà de la seua publicació pot no resultar aconsellable quan la norma conté mesures de complexitat organitzativa, econòmica o estructural, com succeeix en la proposició analitzada (creació d'entitats públiques, plans estratègics, modificació de prestacions, etc.). L'absència d'un període de *vacatio legis* suficient pot dificultar l'adequada adaptació de l'Administració i dels subjectes afectats a les noves previsions normatives.

Cinquena. Valoració global de la proposició de llei d'iniciativa popular.

A la vista de les consideracions exposades, la proposició de llei d'iniciativa legislativa popular s'incardina, amb caràcter general, en l'àmbit competencial de la Generalitat Valenciana en matèria de sanitat, si bé l'exercici d'aquesta competència ha de respectar la legislació bàsica estatal.

En aquest sentit, determinats preceptes susciten problemes d'encaix competencial o tensió amb aquesta normativa bàsica, especialment, en matèries relatives a condicions laborals, Seguretat Social, formació sanitària especialitzada o intervenció en l'àmbit farmacèutic.

Així mateix, una part significativa del text presenta un caràcter marcadament programàtic, amb previsions que no tenen prou densitat normativa, juntament amb d'altres que incorporen determinacions pròpies de la gestió o planificació administrativa, la qual cosa introdueix una rigidesa poc adequada al rang legal. A això s'hi afegeixen supòsits d'indeterminació normativa i deficiències de tècnica legislativa, que poden comprometre la seguretat jurídica i la coherència sistemàtica del conjunt.

En conseqüència, tot i respondre la iniciativa a objectius de millora del sistema sanitari, s'estima que la proposició requereix una reformulació substancial per garantir la seua adequada integració en l'ordenament jurídic, el respecte al marc competencial i l'observança dels principis de seguretat

jurídica i bona regulació, atenent, especialment, les observacions essencials realitzades en el cos del dictamen.

III CONCLUSIÓ

Per tot el que s'ha exposat, el Ple del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana és del parer:

La proposició de llei, tot i respondre la iniciativa a objectius de millora del sistema sanitari, requereix d'una reformulació substancial per garantir la seua adequada integració en l'ordenament jurídic, el respecte al marc competencial i l'observança dels principis de seguretat jurídica i bona regulació, atenent, especialment, les observacions essencials realitzades en el cos del dictamen.

V.M.E., no obstant això, resoldrà el que considere procedent.

València, 1 d'abril de 2026

EL SECRETARI GENERAL

LA PRESIDENTA

**MOLT EXCEL·LENTÍSSIMA SRA. PRESIDENTA DE LES CORTS
VALENCIANES**