



CONSELL JURÍDIC CONSULTIU
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Expt.: 197/2026

Molt Excel·lentíssima:

Tinc l'honor de remetre el dictamen emés pel Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana en l'expedient de referència, tot recordant-vos allò que disposa l'article 6 del nostre Reglament aprovat per Decret 37/2019, de 15 de març, sobre comunicació a este Consell de la resolució dictada després de la consulta.

València,

MOLT EXCEL·LENTÍSSIMA SRA. PRESIDENTA DE LES CORTS VALENCIANES



**CONSELL JURÍDIC CONSULTIU
DE LA
COMUNITAT VALENCIANA**

Dictamen 235/2026
Expediente 197/2026

Presidenta

Hble. Sra.

D.^a Margarita Soler Sánchez

Consellers y Consellers

Ilmas. Sras. e Ilmos. Sres.

D. Enrique Fliquete Lliso

D. Joan Carles Carbonell Mateu

D. Francisco Javier de Lucas Martín

D.^a Fernanda María Lapresta Gascón

Secretari General

Ilmo. Sr.

D. Joan Tamarit i Palacios

Molt Excma. Sra.:

El Pleno del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana, en sesión celebrada el día 1 de abril de 2026, bajo la Presidencia de la Hble. Sra. D.^a Margarita Soler Sánchez, y con la asistencia de los señores y las señoras que al margen se expresan emitió, por unanimidad, el siguiente dictamen:

De conformidad con la comunicación de V.M.E., de fecha 12 de marzo de 2026 (Registro de entrada del día 13 de marzo) el Pleno del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana ha examinado la petición de dictamen formulada por Les Corts Valencianes, sobre la Proposición de Ley de iniciativa popular para la modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre de Salud de la Comunitat Valenciana.

I ANTECEDENTES

Del examen del expediente administrativo remitido se desprende lo siguiente:

Primero.- Con fecha de 14 de mayo de 2025 se presentó una iniciativa legislativa popular (ILP) para la modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, para la promoción de una sanidad pública de calidad.

La iniciativa estaba suscrita por tres personas físicas en nombre propio y dos personas físicas en nombre de Esquerra Unida del País Valencià.

En el trámite de presentación de la iniciativa, los promotores presentaron, mediante comparecencia presencial en la oficina del Registro de Les Corts Valencianes, un escrito donde figura la solicitud de admisión a trámite; la referencia a la comisión promotora, formada por tres personas físicas en nombre propio y el partido político EUPV, en representación del cual firman dos personas físicas; la fundamentación de la ILP; y el texto articulado de la proposición de ley.

Segundo.- En fecha 15 de mayo de 2025 se emitió informe por la Asesoría Jurídica de Les Corts, en el que se examinó la referida iniciativa legislativa, en particular, su contenido, normativa de aplicación, objeto de la propuesta, intervención de la Mesa, así como los requisitos formales de admisibilidad.

Tras dicho análisis se concluye en el 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 Esquerra Unida del País Valencià, 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”*.

Tercero.- Visto el informe de la Asesoría Jurídica, la Mesa de Les Corts acordó, en la sesión del día 20 de mayo de 2025, admitir a trámite la propuesta de iniciativa legislativa popular y remitir el expediente a la Junta Electoral de la Comunitat Valenciana y a las oficinas del Censo Electoral de Castellón, Valencia y Alicante, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 8.1 de la Ley 10/2017, de 11 de mayo, de la Generalitat, por la que se regula la iniciativa legislativa popular ante Les Corts Valencianes.

Cuarto.- Tras la oportuna certificación de la Junta Electoral de la Comunitat Valenciana que acreditó que se habían superado las 10.000 firmas válidas recogidas por la comisión promotora de la propuesta de 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), la Mesa de Les Corts Valencianes, en la reunión de 24 de febrero de 2026, acordó:

“Primero. Iniciar la tramitación 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”.

Quinto.- Mediante escrito de 10 de marzo de 2026, los respectivos Síndicos de dos Grupos Parlamentarios de Les Corts solicitaron a la Mesa de Les Corts recabar el dictamen del Consell Jurídic Consultiu, de conformidad con el artículo 11 de la Ley 10/1994, de 19 de diciembre, de Creación de dicha Institución y con la Resolución de Presidencia 8/X, de 2 de marzo de 2021.

Sexto.- La Mesa de Les Corts, en la reunión del 12 de marzo de 2026, vista la precitada solicitud, acordó solicitar al Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana, con carácter urgente, dictamen acerca de la propuesta de normativa fruto de la iniciativa legislativa popular para la modificación de la Ley 10/2014, de Salud de la Comunitat Valenciana.

Séptimo.- Constan en el expediente remitido los documentos siguientes:

1. Solicitud de la Comisión Promotora de la Iniciativa Legislativa Popular sobre la admisión a trámite por la Mesa de Les Corts Valencianes de la propuesta de iniciativa legislativa popular de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de salud de la Comunitat Valenciana, para la promoción de una sanidad pública de calidad, presentada el día 14 de mayo de 2025 (RE-Número 52.091).

2. Informe de la Asesoría Jurídica de Les Corts Valencianes, de 15 de mayo de 2025.

3. Acuerdo 1.387/XI, de la Mesa de Les Corts Valencianes, de fecha 20 de mayo de 2025, de admisión a trámite de la iniciativa.

4. Comunicaciones del AM 1.387/XI.
5. Corrección de errores (RE núm. 52.591).
6. Corrección de errores (RE núm. 52.755).
7. Acuerdo 1.403/XI, de la Mesa de Les Corts Valencianes, de 28 de mayo, de admisión a trámite de las correcciones de errores.
8. Comunicaciones AM 1.403/XI.
9. Resolución 69/2025, de la Junta Electoral de la Comunitat Valenciana.
10. Certificación del recuento de firmas.
11. Acuerdo 1.863/XI, de la Mesa de Les Corts Valencianes, de inicio de la tramitación parlamentaria de la ILP y publicación de la ILP.
12. Comunicaciones AM 1.863/XI.
13. Nota sobre la solicitud de dictamen al Consell Jurídic Consultiu.
14. Acuerdo 1.890/XI, de apertura de plazo para la solicitud de dictamen al Consell Jurídic Consultiu.
15. Comunicaciones AM 1.890/XI.
16. Solicitud de petición del dictamen (RE núm. 67.807).
17. Acuerdo 1.924/XI, de la Mesa de Les Corts Valencianes, sobre la petición de dictamen al Consell Jurídic Consultiu.
18. Comunicaciones AM 1.924/XI.

II CONSIDERACIONES

Primera.- Carácter del Dictamen.

La Ley 10/1994, de 19 de diciembre, en su redacción inicial, no dispuso de forma expresa la posibilidad de que Les Corts Valencianes pudieran solicitar dictamen facultativo a esta Institución sobre cualquier asunto que estimaran conveniente, previendo únicamente la Disposición Adicional Segunda que *“Excepcionalmente y para el caso que las Cortes Valencianas*

debatan la posibilidad de formular recurso de inconstitucionalidad en conflictos competenciales, podrán aquellas recabar del Consell Jurídic Consultiu un dictamen urgente y previo”.

La precitada Ley 10/1994, tras la modificación operada por la Ley 11/2018, de 21 de mayo, dispone en su artículo 11 (intitulado “Consultas facultativas a propuesta de Les Corts”), párrafo tercero, que, *“Admitida a trámite una iniciativa legislativa popular, la Mesa de Les Corts la someterá al dictamen del Consell Jurídic Consultiu, de conformidad con el procedimiento establecido en el apartado anterior. El dictamen incidirá en aspectos de técnica normativa y en la adecuación del texto de la proposición legislativa a las normas internas de superior jerarquía, las normas europeas y la legislación básica aplicable a la materia objeto de regulación. La solicitud del dictamen suspenderá la tramitación de la iniciativa legislativa popular en los términos previstos en el artículo 22.1.d de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas”.*

Con carácter previo, procede efectuar una interpretación del precitado párrafo tercero del artículo 11 de la Ley del Consell Jurídic Consultiu, en relación con la naturaleza -preceptiva o facultativa- del dictamen en el supuesto de las iniciativas legislativas populares.

Pues bien, desde una interpretación sistemática, el artículo 11, párrafo tercero, de la Ley del Consell Jurídic Consultiu debe analizarse atendiendo conjuntamente a su rúbrica (“Consultas facultativas a propuesta de Les Corts”), a su estructura interna y a su conexión con la normativa parlamentaria, en particular, la Resolución de Presidencia 8/X, de 2 de marzo de 2021, todo ello bajo el prisma del principio de autonomía parlamentaria. Dicha Resolución 8/X dispone, en su apartado cuarto, que *“1. Admitida a trámite una proposición de ley de iniciativa legislativa popular, dos o más grupos parlamentarios que representen la mitad o más de grupos de la cámara o la mayoría de diputados o diputadas podrán solicitar la emisión de dictamen del Consell en un plazo no inferior a dos días ni superior a cinco, posteriores a la publicación de la proposición de ley en el Botlletí Oficial de Les Corts Valencianes, para que se pueda formular aquella solicitud.*

2. La Mesa de Les Corts Valencianes, con el acuerdo de la Junta de Síndics, solicitará el dictamen al Consell Jurídic Consultiu y la suspensión del plazo para la emisión del criterio del Consell. De este acuerdo se dará traslado a la comisión promotora y al Consell, y se publicará en el Butlletí Oficial de Les Corts Valencianes y en la web de la institución (...).”

Expuesto lo anterior, la rúbrica del artículo 11 de la Ley 10/1994 constituye un elemento interpretativo relevante (artículo 3.1 CC), pues revela la voluntad del legislador ordinario de encuadrar las consultas promovidas por Les Corts en el ámbito de las consultas facultativas. Este dato sistemático no puede ser ignorado al interpretar el párrafo tercero, que, aun utilizando

una formulación aparentemente imperativa (“la Mesa... la someterá al dictamen”), debe ponerse en relación con el inciso final que remite expresamente a que la tramitación se realizará “de conformidad con el procedimiento establecido en el apartado anterior”.

Dicha remisión no es meramente formal, sino que comporta la incorporación del régimen de activación previsto para las proposiciones de ley parlamentarias, basado en la iniciativa cualificada de los grupos o de la mayoría de diputados o diputadas. En consecuencia, el mandato contenido en el verbo “someterá” no puede interpretarse como una imposición automática e incondicionada del dictamen, sino como una previsión que opera una vez activado el mecanismo conforme a dicho procedimiento.

Esta interpretación resulta, además, compatible con el principio de autonomía parlamentaria, que reserva al Reglamento y normas internas de la Cámara la ordenación del procedimiento legislativo. Una lectura literal que configurase el dictamen como preceptivo *ex lege* supondría admitir que una ley ordinaria puede imponer trámites internos del iter parlamentario, lo que podría exceder del ámbito material propio e invadir la potestad de autoorganización de Les Corts, mediante los instrumentos normativos correspondientes (Reglamento de Les Corts, Resoluciones de Presidencia).

En este contexto, la Resolución de Presidencia 8/X adquiere un papel determinante, al concretar que el dictamen del Consell Jurídic Consultiu en las iniciativas legislativas populares “podrá solicitarse” por los sujetos legitimados, configurando así un sistema de activación facultativa. Solo una vez efectuada la solicitud, la Mesa, con el acuerdo de la Junta de Síndics, queda obligada a recabar el dictamen, produciéndose su integración necesaria en el procedimiento, con efectos como la suspensión de la tramitación. Lo anterior permite conciliar el tenor del artículo 11 -interpretado a la luz de su rúbrica y de la remisión procedimental que contiene- con la regulación interna de Les Corts.

De la interpretación conjunta de todo lo anterior se desprende, además, que nos hallamos ante un supuesto *sui generis*. Así, la petición de dictamen es facultativa en su solicitud (o activación), al depender de la iniciativa de los sujetos parlamentarios legitimados conforme al artículo 11 de la Ley 10/94 y a la Resolución 8/X, pero es preceptiva en su tramitación una vez solicitado, al integrarse necesariamente en el procedimiento legislativo con efectos propios de los trámites obligatorios. En cualquier caso, la petición de dictamen formulada se califica, desde la perspectiva y desde funcionamiento de este Consell, como facultativa, al no venir impuesta de forma automática por ley.

Como consta en antecedentes, la Mesa de Les Corts Valencianes, acordó, en la reunión del 12 de marzo de 2026, solicitar a este Consell Jurídic,

con carácter urgente, dictamen acerca de la Proposición de Ley fruto de la iniciativa legislativa popular para la modificación de la Ley 10/2014, de Salud de la Comunitat Valenciana.

Atendiendo a lo expuesto, se ha formulada la consulta con arreglo al precitado artículo 11, párrafo tercero, de la Ley de esta Institución en relación con el apartado cuarto de la Resolución 8/X, de 2 de marzo. Además, la petición de dictamen se ha formulado con carácter **urgente**.

Segunda.- Objeto de la Proposición de Ley y marco normativo.

I. La Proposición de Ley, de iniciativa popular, sometida a consulta, tiene por objeto la modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. En su parte expositiva señala 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. Por cuanto afecta al marco normativo, la distribución de competencias en materia de sanidad responde a un modelo en el que concurren competencias estatales y autonómicas articuladas a partir de la Constitución, los Estatutos de Autonomía y la legislación sanitaria básica.

Desde el punto de vista constitucional, el punto de partida se encuentra en el artículo 149.1.16 de la Constitución Española, que atribuye al Estado competencias exclusivas en tres ámbitos esenciales: la sanidad exterior, la fijación de las “bases y coordinación general de la sanidad” y la legislación sobre productos farmacéuticos. Este título competencial configura una competencia estatal de carácter normativo básico, cuyo objetivo es garantizar un marco común y uniforme en todo el territorio nacional, asegurando la igualdad en las condiciones de acceso a la protección de la salud.

En este sentido, la jurisprudencia constitucional ha señalado que las “bases” constituyen un mínimo normativo común que permite a las comunidades autónomas desarrollar sus propias políticas sanitarias dentro de ese marco.

Esta función estatal se concreta, entre otras normas, en la Ley 14/1986, General de Sanidad, que articula el Sistema Nacional de Salud y establece sus principios estructurales, así como en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, orientada a garantizar la coordinación y la equidad entre territorios. En consecuencia, el Estado no gestiona directamente la sanidad ordinaria, pero sí fija los elementos

estructurales, las bases del sistema, la cartera común de servicios y los mecanismos de coordinación interterritorial.

Por su parte, las Comunidades Autónomas -y en particular la Comunitat Valenciana- ostentan las competencias de desarrollo legislativo, ejecución y gestión de la sanidad en su territorio. Esta atribución deriva del artículo 148 de la Constitución, que permite a las Comunidades Autónomas asumir competencias en materia de sanidad, así como de sus respectivos Estatutos de Autonomía. En el caso de la Comunitat Valenciana, el Estatuto de Autonomía (arts 49.1.11.^a y 54) reconoce la competencia de la Generalitat en materia de sanidad, en el marco de la legislación básica estatal.

La concreción normativa de estas competencias se encuentra en la legislación autonómica, especialmente, en la Ley 10/2014, de Salud de la Comunitat Valenciana, que configura el Sistema Valenciano de Salud. Esta norma atribuye a la Generalitat la determinación de la política sanitaria, la planificación, la organización de los servicios y la gestión de las prestaciones sanitarias, así como la coordinación de los recursos en su ámbito territorial.

En este contexto, puede afirmarse que la competencia sanitaria es una competencia compartida o concurrente, en la que el Estado establece las bases y garantiza la cohesión del sistema, mientras que la Generalitat ejerce la competencia ejecutiva y de desarrollo normativo. De hecho, la propia legislación estatal reconoce que las Comunidades Autónomas son las responsables de la gestión ordinaria de los servicios sanitarios, correspondiéndoles la organización y prestación efectiva de la asistencia sanitaria a la población.

En definitiva, el modelo sanitario responde a un equilibrio en el que el Estado asegura un marco común que garantiza la igualdad y la cohesión del sistema, mientras que la Generalitat Valenciana, en virtud de su Estatuto y su legislación propia, desarrolla, organiza y gestiona la sanidad en su territorio, adaptándola a las necesidades específicas de su población dentro del respeto a la normativa básica estatal.

Tercera.- OBSERVACIONES DE CARÁCTER GENERAL A LA PROPOSICIÓN DE LEY DE INICIATIVA POPULAR.

I. Conveniencia de memorias, informes previos y participación en la tramitación de la Proposición de Ley de iniciativa popular

Como se ha expuesto, la presente Proposición de Ley tiene por objeto la modificación de la Ley de Salud de la Comunitat Valenciana con la finalidad de reforzar el sistema sanitario público, incidiendo en ámbitos de especial relevancia como la financiación, las condiciones laborales del personal sanitario, la organización del sistema, la cartera de servicios o la intervención

pública en el sector farmacéutico. Se trata, por tanto, de una iniciativa normativa de amplio alcance estructural, con incidencia directa en la organización del sistema sanitario y en una pluralidad de sectores y agentes afectados.

A este respecto, debe destacarse que, a diferencia de los proyectos de ley impulsados por el Consell, las proposiciones de ley -y singularmente las de iniciativa popular- no se acompañan ordinariamente de memorias, informes ni estudios previos, lo que limita la disponibilidad de elementos de análisis técnico y de evaluación de impacto.

Desde una perspectiva material, la regulación proyectada incide en ámbitos especialmente sensibles -financiación pública, condiciones laborales, cartera de servicios sanitarios, organización administrativa o régimen farmacéutico- que requieren una evaluación rigurosa de su impacto jurídico, económico y organizativo. La ausencia de memorias o informes previos dificulta valorar adecuadamente cuestiones esenciales, tales como: la viabilidad presupuestaria de medidas como la fijación de porcentajes de gasto sanitario o la ampliación de prestaciones; el impacto en el empleo público sanitario y en el régimen estatutario del personal; la incidencia en sectores regulados, como el farmacéutico.

En esta línea, hubiera sido recomendable acompañar la iniciativa de informes o estudios de impacto, tanto *ex ante* como prospectivos, que permitieran analizar los objetivos perseguidos, las alternativas posibles y las consecuencias previsibles sobre los distintos sectores implicados, así como su encaje en el marco normativo estatal y europeo.

Asimismo, tratándose de una norma con incidencia directa en profesionales sanitarios, pacientes, entidades del sector y administraciones públicas, resulta especialmente relevante la participación de los agentes afectados. Los mecanismos de transparencia y participación no solo refuerzan la legitimidad de la norma, sino que permiten incorporar conocimiento experto y valorar el impacto real de las medidas propuestas.

No obstante, debe señalarse que la fase parlamentaria permite, en parte, suplir estas carencias. Les Corts pueden solicitar informes a órganos del Consell, recabar la opinión de expertos y articular comparecencias en comisión de organizaciones y entidades afectadas, así como canalizar aportaciones de los distintos sectores a través de los grupos parlamentarios. Esta fase adquiere, por tanto, una relevancia singular en las proposiciones de ley de iniciativa popular, como instrumento para enriquecer el contenido de la norma.

Con todo, desde la perspectiva de este Órgano consultivo, hubiera sido conveniente disponer, desde el inicio, de memorias, informes y estudios de

impacto, así como de la participación estructurada de los sectores implicados. Estos instrumentos permiten una mejor comprensión de la norma, facilitan la evaluación de su viabilidad y contribuyen, en última instancia, a mejorar su calidad material, proporcionalidad y adecuación al interés general, aspectos especialmente relevantes en una regulación del alcance de la presente Proposición de Ley.

II. Observación general a la estructura de la Proposición de Ley de Iniciativa Legislativa Popular (PLILP).

Desde la perspectiva de la estructura, la proposición de ley contiene 30 artículos que inciden de forma significativa sobre la Ley 10/2014, abordando una pluralidad de materias (financiación, personal, organización, cartera de servicios, salud pública, farmacia, etc.) mediante modificaciones puntuales o mediante la introducción de preceptos nuevos. Ello supone una intervención fragmentaria sobre la ley vigente que requiere, desde la técnica normativa, una especial exigencia de ordenación y sistematicidad que, sin embargo, no se observa plenamente en el texto.

Así, se observan deficiencias en la técnica de modificación normativa, particularmente, en la numeración e inserción de los nuevos preceptos.

Entre otros:

1. El artículo 1 de la PLILP señala que se “crea un artículo” en la Ley 10/2014 que se enumera como “artículo 1”, cuando dicha norma ya contiene un artículo 1 relativo al “objeto de la ley”. La duplicidad de numeración vulnera las reglas de técnica legislativa y puede generar inseguridad jurídica y problemas interpretativos, en orden a la modificación o no del artículo 1 vigente. En estos casos, lo adecuado sería introducir un nuevo precepto con una numeración correlativa o bis (por ejemplo, “artículo 1 bis”) o ubicarlo sistemáticamente en el lugar adecuado dentro de la ley, respetando su estructura interna y evitando alteraciones innecesarias en la numeración vigente.

2. El artículo 5 de la PLILP introduce el artículo 10 bis (Plan de reversión de concesiones sanitarias privadas) tras el artículo 10 de la Ley 10/2014, referido a la calidad y seguridad, lo que no resulta adecuado, pues el contenido del nuevo artículo 10 bis se refiere, en rigor, al modelo de gestión del sistema sanitario, por lo que de mantenerse el precepto debería reubicarse en el ámbito correspondiente de la Ley 10/2014.

3. El artículo 6 de la PLILP propone “crear” un nuevo artículo 11 bis en la Ley 10/2014, cuando dicha norma ya contiene un artículo 11 bis relativo a la garantía de universalidad y accesibilidad. La duplicidad de numeración no se ajusta, como se ha dicho, a las reglas básicas de técnica legislativa y

puede generar inseguridad jurídica, por lo que debería optarse por una numeración distinta o por la modificación expresa del artículo 11 vigente.

4. El artículo 9 de la PLILP introduce el artículo 13 bis (transporte sanitario en zonas rurales) en la Ley 10/2014, tras el artículo 13 -dedicado a los departamentos de salud-, y con anterioridad a los artículos 14 -mapa sanitario de la Comunitat Valenciana- y 15 -Órganos de dirección y gestión del departamento de salud-, lo que no se estima adecuado. El contenido del precepto propuesto no se refiere a la organización territorial del sistema, sino a una prestación específica y a su modelo de gestión, por lo que encontraría mejor encaje en un título relativo a prestaciones sanitarias, transporte sanitario o, en su caso, organización de servicios complementarios del sistema de salud. La ubicación propuesta puede generar una cierta disfunción en la estructura interna de la ley.

5. El artículo 11 de la PLILP introduce un nuevo artículo 92 en la ley, pese a que dicho precepto ya existe en la normativa vigente (artículo 92, “infracciones”, ubicado en el Título IX, Capítulo I, relativo al régimen de infracciones). Además, lo hace fuera de la secuencia lógica: en el artículo 11 de la PLILP, cuando el artículo 10 de la PLILP introduce el artículo 16 bis y el artículo 12 de la PLILP introduce el artículo 17 bis. Esta alteración rompe la coherencia interna de la proposición, generando confusión jurídica.

6. El artículo 15 de la PLILP añade el artículo 20 bis (Observatorio de transparencia sanitaria) a la Ley 10/2014.

Su inclusión tras el artículo 20, dentro del Capítulo VI -referido a la “participación ciudadana”-, no se estima adecuada, ya que su contenido responde principalmente a un instrumento de transparencia y no a un mecanismo de participación en sentido estricto. Aunque prevé el acceso de la ciudadanía a la información y la posibilidad de formular propuestas, su núcleo es la publicidad de datos y el control de la gestión sanitaria, lo que lo aproxima más al ámbito del buen gobierno.

Esta posible ubicación podría generar confusión sistemática, al mezclar órganos de participación institucionalizada (como los consejos de salud) con instrumentos de transparencia, que tienen distinta naturaleza jurídica. Además, su contenido guarda mayor coherencia con la normativa autonómica de transparencia, en particular la Ley 1/2022, de 13 de abril, de Transparencia y Buen Gobierno de la Comunitat Valenciana. Por ello, desde la técnica legislativa, sería más adecuado situar el precepto en un bloque específico relativo a transparencia o evaluación del sistema sanitario.

7. El artículo 18 de la PLILP introduce en el artículo 35 de la Ley 10/2014, sobre salud laboral, un apartado 5 referido a la jubilación anticipada. Pues bien, este apartado se considera incorrectamente ubicado

desde una perspectiva sistemática, siendo más propio de una norma relativa al régimen del personal, pero no de un precepto sobre salud laboral.

8. El artículo 19 de la PLILP añade el artículo 35 bis a la Ley 10/2014. Ahora bien, la ubicación del citado artículo no resulta adecuada, puesto que se inserta a continuación del artículo 35 dedicado a la salud laboral, cuyo contenido se centra en la prevención de riesgos y la protección de la salud en el entorno de trabajo. Sin embargo, el nuevo artículo regula de forma amplia las condiciones laborales del personal sanitario, incluyendo aspectos relativos a la jornada, retribuciones, cotización, conciliación o régimen de dedicación, materias que exceden del ámbito propio de la salud laboral y se incardinan, más bien, en el régimen jurídico del personal. Por ello, resultaría más adecuado ubicar este tipo de previsiones en el bloque específico relativo al estatuto del personal sanitario.

9. El artículo 29 de la PLILP añade a la Ley 10/2014 un artículo 90 (Plan de emergencias sanitarias) cuanto dicha Ley ya contiene un artículo 90 referido a la prohibición de comercialización o retirada del mercado de productos (que no modifica ni deroga expresamente). La introducción de un nuevo artículo con la misma numeración generaría una duplicidad y una clara disfunción sistemática, al mezclar materias heterogéneas bajo una misma numeración. En consecuencia, el precepto propuesto debería ser reenumerado y ubicado, en su caso, en el título correspondiente a la planificación sanitaria o la salud pública, evitando su inserción en un bloque de preceptos ajenos a su contenido.

Cuarta.- OBSERVACIONES AL TEXTO NORMATIVO PROPUESTO.

Con carácter previo procede recordar que, con arreglo al artículo 11 de la Ley 10/1994 y la Resolución del Presidencia 8/X, la función consultiva de este Consell Jurídic Consultiu se circunscribe al examen de la proposición de ley desde la perspectiva de la técnica normativa y de su adecuación al ordenamiento jurídico, en particular, en relación con las normas de rango superior, el Derecho de la Unión Europea y la legislación básica estatal aplicable. En este sentido, el análisis se dirige a verificar la corrección jurídica del texto, su coherencia sistemática, la precisión de su formulación y su compatibilidad con el reparto competencial vigente.

A LA PARTE EXPOSITIVA.

La parte expositiva de la proposición de ley persigue contextualizar y justificar la iniciativa legislativa. No obstante, desde una perspectiva técnico-jurídica, la exposición mantiene un enfoque predominantemente valorativo que carece de soporte objetivo explicitado (datos, informes o referencias institucionales), lo que debilita su función justificativa.

Asimismo, la formulación de objetivos como una sanidad “universal, gratuita en el momento de su uso” debe interpretarse en el marco de la legislación básica estatal, en particular, de la Ley 16/2003, que configura el acceso a las prestaciones sanitarias -como se verá- conforme a sus artículos 3, 3 bis y 3 ter. Por ello, la exposición adopta una formulación amplia, sin matizar sus límites normativos.

Finalmente, la referencia a principios como la equidad, la calidad, la participación y la transparencia es coherente con el marco ya existente en la Ley 10/2014 de Salud, pero se formulan sin una clara aportación innovadora en términos de justificación normativa.

Al Artículo 1. Creación de un nuevo artículo sobre la financiación del sistema de salud valenciano

Se crea un artículo que regula específicamente la financiación del sistema de salud valenciano para garantizar la calidad del servicio a través de la garantía de dotaciones mínimas de recursos suficientes, que queda redactado de la siguiente manera:

“Artículo 1. Financiación del sistema sanitario público

1. La Generalitat garantizará una financiación mínima del 10% del PIB de la Comunitat 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 relación con el apartado 1, la cuestión que suscita no radica en que la Generalitat no pueda reforzar financieramente la sanidad pública, sino en el hecho de imponer una financiación mínima del 10 % del PIB de la Comunitat Valenciana. Así, el PIB es una magnitud macroeconómica externa al sistema presupuestario, mientras que el presupuesto de la Generalitat se articula jurídicamente a través de créditos presupuestarios, ingresos previstos y autorizaciones de gasto, conforme al régimen establecido en la Ley 1/2015, de Hacienda Pública de la Generalitat. Por ello, aunque una ley puede formular un mandato dirigido a su vez al legislador presupuestario autonómico para priorizar la financiación sanitaria, la fijación de un umbral rígido del 10 % del PIB suscita algunas objeciones.

En primer lugar, introduce una regla permanente y cerrada que condiciona la configuración del presupuesto anual, cuya aprobación debe acomodarse cada ejercicio a la realidad de los ingresos disponibles, a los

objetivos de estabilidad y deuda y al conjunto de prioridades públicas concurrentes. En segundo lugar, esa referencia al PIB puede generar disfunciones técnicas, al vincular el nivel de gasto a una variable macroeconómica fluctuante que no responde necesariamente ni a las necesidades sanitarias reales ni a la estructura del presupuesto. Y, en tercer lugar, una previsión de este tipo no vincula de manera absoluta al legislador presupuestario, pero sí supone una autolimitación intensa, en la medida en que pretende predeterminar de forma rígida el contenido de futuras leyes de presupuestos, cuya configuración debe adaptarse anualmente al marco económico y a los principios de estabilidad presupuestaria.

En consecuencia, si mantiene la finalidad de reforzar la financiación sanitaria, resultaría preferible articularla como un mandato de prioridad, de suficiencia financiera o de orientación para la elaboración de los presupuestos de la Generalitat, pero no como una garantía rígida formulada en términos de porcentaje del PIB.

En relación con lo dispuesto en el apartado 2, la expresión “destinar exclusivamente” introduce una excesiva rigidez, al imponer una vinculación absoluta del “incremento presupuestario” que no se ajusta a la necesaria flexibilidad de la planificación del gasto ni a la situación vigente, en la que coexisten fórmulas de gestión directa con mecanismos de colaboración público-privada, como conciertos o concesiones sanitarias.

Por otro lado, la cláusula “*evitará la fragmentación y la derivación de fondos a centros privados con financiación pública*” resulta imprecisa. El concepto de “fragmentación” carece de definición jurídica clara y la referencia a la “derivación de fondos” es ambigua, pudiendo interpretarse como una prohibición general de financiación a entidades privadas, lo que no se corresponde con la situación actual. Esta redacción no delimita si se trata de una prohibición, una limitación o un mero criterio de política sanitaria.

En definitiva, aunque la finalidad del apartado es fortalecer el sistema sanitario público, su redacción es rígida, por lo que sería preferible reformular su contenido como un criterio de prioridad del sistema público, delimitando con mayor precisión su alcance.

Por cuanto afecta al apartado 3, la priorización de la atención primaria constituye, dentro de las competencias autonómicas, una opción legislativa de política sanitaria.

Ahora bien, el precepto propuesto, al establecer un porcentaje mínimo del 25 % del presupuesto de la Conselleria de Sanidad, introduce de nuevo una rigidez poco compatible o deseable con la naturaleza anual y flexible del presupuesto anual, que debe adaptarse, como se ha dicho, a las necesidades cambiantes del sistema y a las disponibilidades financieras de cada ejercicio.

Asimismo, la referencia a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud carece de valor normativo vinculante, por lo que no debería servir como fundamento de una obligación imperativa, sino, más bien, para reforzar un carácter orientativo de la previsión. El precepto contiene un mandato imperativo (“garantizará”) cuando debería ser, preferiblemente, una directriz de política presupuestaria, que se ha de determinar por la correspondiente Ley de Presupuestos Generales de la Generalitat.

Esta observación es **esencial**, a los efectos de lo dispuesto por el artículo 77.3 del Reglamento de este Consell.

Al Artículo 2. Modificación del artículo 4 *quinquies* de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se añaden nuevos puntos al artículo 4 *quinquies* de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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 proposición de ley incluye tres nuevos apartados en el artículo 4 *quinquies*. Este precepto está integrado, actualmente, por los apartados 1 a 3, que configuran el concepto, el modelo organizativo y los principios rectores de la atención a la salud mental. En este contexto, el apartado 4 -que declara la salud mental como eje prioritario- resulta coherente con artículo 4 *quinquies* al reforzar el carácter estratégico de esta política, aunque presenta un contenido programático.

Sin embargo, los apartados 5 y 6 propuestos introducen un cambio cualitativo importante. El apartado 5, al prever la inclusión de la atención psicológica en la atención primaria y garantizar la presencia de profesionales de psicología clínica en cada zona básica de salud, incorpora una determinación organizativa concreta y de carácter estructural, que excede del nivel directrices que caracteriza el actual contenido del artículo 4 *quinquies*. Se trata de una medida que incide directamente en la planificación de recursos humanos y en la organización del sistema sanitario, ámbitos que, si

bien son competencia autonómica, suelen ser objeto de regulación en títulos específicos de ordenación del sistema sanitario o de gestión de recursos, por lo que debería reconsiderarse su ubicación.

Por su parte, el apartado 6, relativo al fomento de la desmedicalización y a la promoción de la terapia psicológica como primera opción no puede entenderse como una regla imperativa que condicione o sustituya el criterio clínico del profesional sanitario o científico, ni que establezca una jerarquía obligatoria de tratamientos, ya que las decisiones terapéuticas deben adoptarse de forma individualizada, conforme a decisión médica y a las circunstancias del paciente. En consecuencia, el apartado 6 debe configurarse como una directriz de política sanitaria orientadora, sin incidencia directa sobre la libertad de prescripción ni sobre la adecuación clínica de las decisiones médicas.

Al Artículo 3. Nuevo artículo sobre la atención a trastornos neurodegenerativos

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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”.

El artículo 4 octies propuesto se enmarca en el ámbito competencial de la Generalitat, en cuanto afecta a la organización de los servicios sanitarios, la coordinación asistencial y la ordenación de recursos del Sistema Valenciano de Salud.

Ahora bien, la figura del “gestor o gestora de casos” se introduce sin precisar su naturaleza jurídica, adscripción orgánica, perfil profesional ni funciones concretas de coordinación, más allá de una descripción genérica de apoyo al acceso a pruebas, tratamientos y consultas. Por otro lado, la acumulación en un mismo precepto de enfermedades neurodegenerativas y oncológicas responde a una lógica funcional, pero agrupa situaciones asistenciales distintas, lo que aconsejaría una mayor justificación. En cualquier caso, la incorporación de dicha figura organizativa se efectúa sin determinar su régimen de implantación, cobertura territorial o integración en los equipos asistenciales, por lo que su redacción exigiría una mayor precisión normativa, a fin de concretar el modelo organizativo, sus funciones y su articulación efectiva en el sistema sanitario valenciano.

Al Artículo 4. Modificación del artículo 10 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se añaden dos nuevos puntos al artículo 10 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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 relación con lo dispuesto en el apartado 3, la exigencia de ratios de personal y estándares de calidad no puede operar de manera directa y abstracta por la sola ley cuando la prestación se canaliza a través de centros privados que reciben financiación pública, sino que debe concretarse y hacerse exigible a través de los instrumentos jurídicos que articulan la correspondiente relación jurídica; en particular, en los pliegos, las prescripciones técnicas, los criterios de adjudicación, las condiciones especiales de ejecución, en definitiva, en el propio clausulado del concierto, contrato o convenio. Así, desde la perspectiva de la contratación pública, no basta con una proclamación legal genérica, dado que es preciso traducirla en obligaciones contractuales objetivas, proporcionadas y vinculadas al servicio contratado.

En consecuencia, el apartado 3, de mantenerse, debería redactarse no como una imposición automática autosuficiente, sino como un mandato al órgano competente para que incorpore en los conciertos, contratos o instrumentos de financiación pública de que se trate las condiciones de personal, calidad y equidad que procedan en cada caso, con respeto a la normativa de contratación pública.

Por cuanto se refiere al apartado 4, en la medida que impone a todos los centros sanitarios públicos o financiados con fondos públicos la incorporación de la perspectiva de género en la asistencia sanitaria y en la investigación, presenta una problemática similar a la del anterior apartado 3.

Así, la obligación se formula de manera general, abstracta y automática, sin concretar su contenido material ni los instrumentos a través de los cuales debe hacerse efectiva. Expresiones como “contar con perspectiva de género”, “tener en cuenta las diferencias clínicas” o “evitar sesgos” constituyen

mandatos abiertos, y esta exigencia no puede operar de forma directa y autosuficiente por la mera previsión legal, sino que debe incorporarse y concretarse, de igual modo, a través de los correspondientes instrumentos - conciertos, contratos o convenios-.

En consecuencia, el apartado 4 debe configurarse como un mandato de integración a través de los instrumentos de planificación y contratación correspondientes.

Al Artículo 5. Nuevo artículo sobre la reversión de concesiones sanitarias privadas

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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 artículo 10 bis propuesto afecta a la forma de gestión de los servicios sanitarios que se integra en las competencias en materia de sanidad. Además, su previsión es coherente con la Ley 10/2014, pues el artículo 3.3 expresa la preferencia por la gestión pública del sistema sanitario, mientras que el artículo 6.4 admite la provisión de servicios tanto por medios propios como mediante fórmulas de colaboración con entidades privadas. De ello se desprende que la Generalitat puede redefinir el modelo de gestión y favorecer procesos de reversión hacia formas de gestión directa.

No obstante, el apartado 1 del artículo 10 bis debe interpretarse en el marco jurídico de la contratación pública. De este modo, la reversión de concesiones o de servicios externalizados debe ajustarse a la situación jurídica de cada contrato o concesión vigente, respetando sus plazos, causas de extinción y, en su caso, los efectos indemnizatorios que procedan. Por ello, el apartado 1 habilita una línea de actuación política, lo que debería clarificarse en la propuesta.

Por su parte, el apartado 2 introduce un elemento de racionalidad al supeditar la reversión a un calendario progresivo basado en estudios de viabilidad técnica y económica.

Al Artículo 6. Nuevo artículo 11 bis de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se crea el artículo 11 bis de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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 previsión de un nuevo artículo 11 bis debe analizarse en conexión con el vigente artículo 11 de la Ley 10/2014, que ya establece un régimen jurídico de “garantía de no demora en la asistencia sanitaria”.

Así, el artículo 11 vigente no solo proclama la obligación de no demorar la asistencia, sino que articula mecanismos concretos para su efectividad: fijación de plazos máximos conforme a criterios del Sistema Nacional de Salud, derecho del paciente a ser atendido en otro centro financiado públicamente en caso de demora, análisis de las causas del retraso y adopción de medidas correctoras. Por su parte, el apartado 1 del artículo 11 bis propuesto se limita a prever la elaboración de un plan estratégico, con un contenido programático.

Por otro lado, el apartado 2 introduce una previsión que puede resultar contradictoria con el artículo 11 vigente. Así, mientras el citado artículo 11 reconoce expresamente que, superados los plazos máximos, la Generalitat financiará la asistencia en el centro que elija el paciente dentro del sistema valenciano de salud -lo que, en la práctica, puede incluir centros de titularidad privada integrados en la red o concertados—, el precepto propuesto dispone que “*se evitará la derivación con financiación pública de pacientes a centros privados*”. Esta formulación, además de imprecisa, puede entrar en tensión con el mecanismo de garantía del artículo 11, que precisamente contempla la financiación de la asistencia fuera del centro inicialmente asignado como instrumento para evitar demoras.

Esta eventual contradicción exige una reformulación expresa del régimen del artículo 11 o, al menos, una clarificación del alcance de la nueva previsión. Asimismo, la expresión “*evitar la derivación*” presenta una indeterminación, al no precisar si se trata de una prohibición, una limitación condicionada o un criterio de política sanitaria.

En cuanto a la referencia a la eficiencia en la gestión del tiempo quirúrgico y de consulta, se trata de una cláusula programática.

En consecuencia, se estima necesaria la reconsideración o reformulación del artículo 11 bis propuesto para asegurar la coherencia interna de la ley.

Al Artículo 7. Nuevo artículo sobre la transparencia en listas de espera

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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)”.

El artículo 11 ter propuesto afecta a la organización del sistema sanitario, la gestión de la información asistencial y la garantía de derechos de los pacientes, así como a las obligaciones de transparencia de la actuación pública. En este sentido, la previsión resulta coherente con el derecho ya reconocido en el artículo 11.4 de la Ley 10/2014 que garantiza a los pacientes el conocimiento de su situación en las listas de espera, reforzando ahora su dimensión colectiva y de publicidad.

No obstante, la exigencia de publicación “en tiempo real” introduce una obligación de difícil concreción jurídica y operativa, al no definirse qué debe entenderse por tal expresión ni los estándares técnicos exigibles. La actualización permanente de datos sanitarios puede plantear limitaciones prácticas, organizativas y tecnológicas, por lo que la utilización de esta fórmula genera incertidumbre sobre su alcance y exigibilidad.

Por otro lado, el precepto no contempla los límites derivados de la protección de datos personales, especialmente relevantes en el ámbito sanitario. Aunque la publicación se prevé desagregada por categorías (especialidad, departamento, tiempos de espera), sería necesario garantizar que dicha información se ofrezca de forma anonimizada y agregada, evitando cualquier posibilidad de identificación indirecta de pacientes. Además, la previsión presenta una cierta indeterminación en su contenido mínimo, al no establecer los instrumentos de publicación, periodicidad concreta (más allá de la referencia al tiempo real), ni los mecanismos de verificación, control o actualización de los datos.

Por tanto, se estima necesario una reformulación o reconsideración del contenido del artículo en los términos expuestos.

Al Artículo 8. Modificación del artículo 13 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se añaden puntos nuevos al artículo 13 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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”.

Los nuevos apartados del artículo 13 se incardinan en materia de organización y planificación sanitaria. No obstante, desde la perspectiva de la técnica normativa, combinan determinaciones rígidas -como la previsión de un profesional por departamento (apartado 4)- con mandatos de carácter programático -equidad territorial, incentivos, equipos multidisciplinares (apartados 5 a 7)- que carecen de concreción en cuanto a criterios de aplicación, instrumentos de ejecución o mecanismos de evaluación, lo que limita su operatividad.

Asimismo, alguna previsión, como la relativa a incentivos laborales (apartado 6), requiere su necesaria vinculación, mediante remisión, al marco básico estatal en materia de empleo público. Finalmente, desde el punto de vista sistemático, el precepto introduce contenidos heterogéneos recursos humanos, organización asistencial y políticas de equidad, en un artículo destinado a la ordenación territorial del sistema sanitario, desdibujando el contenido inicial del artículo 13 de la Ley 10/2014.

En conclusión, se trata de un precepto que combina rigidez e indeterminación y presenta un encaje sistemático poco adecuado, lo que aconseja su reformulación o una mayor precisión técnica para garantizar su efectiva aplicación.

Al Artículo 9. Nuevo artículo sobre el transporte sanitario en zonas rurales

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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”.

El artículo 13 bis propuesto debe analizarse desde la doble perspectiva de su encaje competencial y de su adecuación sistemática en la Ley 10/2014.

Desde el punto de vista competencial, la previsión de garantizar la cobertura en zonas rurales, ajustar los recursos a la dispersión geográfica y asegurar tiempos de respuesta adecuados se incardina en la planificación sanitaria y en los principios de accesibilidad y equidad competencia de la Generalitat.

No obstante, el inciso relativo a la “reversión de la privatización del transporte sanitario” y a la asunción de su gestión directa por la Conselleria plantea cuestiones análogas a las ya examinadas anteriormente en relación con la reversión de concesiones o conciertos sanitarios. Por ello se reitera que, si bien la Generalitat puede optar por fórmulas de gestión directa, esta decisión no puede operar de forma automática ni general, sino que debe respetar el régimen jurídico de los contratos y concesiones vigentes, conforme a la normativa de contratación pública. En consecuencia, la previsión propuesta debe interpretarse como una directriz de política pública.

Por otro lado, el precepto presenta una mezcla de contenidos heterogéneos. Por un lado, incorpora una decisión sobre el modelo de gestión (reversión y gestión directa); y, por otro, establece objetivos de planificación y prestación del servicio (cobertura territorial, tiempos de respuesta, adecuación a la dispersión poblacional). Además, estos últimos se formulan en términos amplios, sin concretar indicadores, estándares ni mecanismos de evaluación, lo que les atribuye un contenido indeterminado.

Con arreglo a lo anterior, procede reconsiderar el contenido del artículo 13 bis propuesto atendiendo a lo expuesto.

Al Artículo 10. Nuevo artículo sobre la estabilidad laboral del personal sanitario

Se añade un nuevo artículo en el capítulo IV (Medios personales) de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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”.

Este precepto añade el citado artículo 16.bis en la Ley 10/2014, estableciendo, en esencia, tres medidas: la garantía de que las contrataciones sean estructurales y no precarias, la convocatoria periódica de ofertas públicas de empleo y la fijación de ratios mínimas de personal sanitario.

La previsión relativa a la estabilidad del empleo, orientada a evitar la temporalidad estructural, se sitúa dentro del ámbito de desarrollo y ejecución autonómica. Además, esta orientación resulta coherente con las medidas dirigidas a reducir la temporalidad en el empleo público.

En relación con la previsión de convocatorias periódicas de ofertas públicas de empleo plantea una cuestión más compleja. Si bien la Generalitat ostenta competencias para la gestión de su personal y la planificación de recursos humanos, el acceso al empleo público se encuentra sujeto a las bases estatales, que incluyen, entre otros elementos, las limitaciones derivadas de la legislación presupuestaria -especialmente en materia de tasa de reposición-. Por tanto, el apartado debería completarse incorporando una fórmula que subordine la obligación de convocatoria a los límites derivados de la legislación básica, es decir, con *respeto en todo caso a la legislación básica estatal en materia de función pública y a los límites establecidos por la normativa presupuestaria.*

Esta observación es **esencial** conforme al artículo 77.3 del Reglamento de este Consell.

Por último, la fijación de ratios mínimas de personal sanitario se enmarca en la competencia autonómica de organización de los servicios sanitarios, sin que el Estado haya establecido, con carácter básico, estándares cerrados de dotación de personal. No obstante, tales ratios deben interpretarse como criterios organizativos.

Al Artículo 11. Nuevo artículo sobre la creación de una dirección general de atención primaria y comunitaria.

Se añade un nuevo artículo en la Ley de Salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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”.

Desde el punto de vista competencial, la creación de una dirección general se incardina en la potestad de autoorganización de la Generalitat. No obstante, dicha potestad se ejerce ordinariamente a través de normas de carácter organizativo -decretos del Consell- y no mediante una ley sectorial, salvo que se trate de la fijación de elementos estructurales esenciales. En este sentido, la previsión legal de crear un órgano administrativo concreto puede resultar atípica desde la técnica normativa.

En cuanto al contenido del precepto, el apartado 1 propone la creación de la dirección general con autonomía y recursos suficientes, formulación que presenta un carácter indeterminado, al no precisar el alcance de dicha autonomía ni los mecanismos de dotación de recursos.

El apartado 2 atribuye a dicha dirección general funciones de organización y gestión de la atención primaria, así como de control del funcionamiento y calidad del servicio. La formulación de estas funciones resulta genérica, en la medida en que remite a lo que “*le competan de acuerdo con la ley y su desarrollo reglamentario*”, sin concretar competencias propias diferenciadas, lo que refuerza la idea de que su definición debería realizarse por vía reglamentaria.

En consecuencia, de mantenerse este precepto propuesto, resulta necesaria su revisión.

Al Artículo 12. Nuevo artículo 17 bis de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se añade el artículo 17 *bis* de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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 conciertos con la Generalitat.

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

Desde el punto de vista competencial, el contenido del artículo 13 ter se incardina en la organización de los servicios sanitarios, la gestión de los sistemas de información y la planificación de los recursos tecnológicos, que forman parte de la potestad de autoorganización de la Administración sanitaria autonómica.

Ahora bien, el citado artículo presenta una formulación abierta, centrada en la digitalización o modernización del sistema sanitario sin una delimitación precisa de su alcance, lo que dificulta tanto su aplicación práctica como su control jurídico, pudiendo quedar reducido a un contenido programático.

Por ello, resultaría necesario completar y desarrollar el artículo 13 ter para dotarlo de mayor precisión normativa. En particular, el precepto debería concretar el contenido material de la actuación administrativa, especificando los objetivos y ámbitos de la digitalización sanitaria -como la implantación de sistemas de información interoperables, la integración de la historia clínica electrónica o la mejora de la coordinación asistencial-, así como los instrumentos de ejecución, tales como planes o programas específicos. Asimismo, se considera imprescindible incorporar una cláusula expresa de sujeción a la legislación básica estatal, garantizando la compatibilidad con los estándares de interoperabilidad del Sistema Nacional de Salud y con la normativa en materia de protección de datos.

Por otra parte, dada la especial sensibilidad de la información sanitaria, el precepto debería reforzarse mediante la previsión de garantías jurídicas adecuadas, en particular, en relación con la confidencialidad, la seguridad y el acceso a los datos clínicos, en línea con la normativa estatal y europea aplicable.

En definitiva, la actual redacción del artículo 17 bis impone una reformulación que precise su contenido e incorpore las necesarias garantías, evitando así riesgos de inseguridad jurídica.

Al Artículo 13. Nuevo artículo sobre la digitalización y el acceso a la información.

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

*“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 precitado artículo 17 ter se incardina, asimismo, en las competencias reconocidas en el citado artículo 54 del Estatuto de Autonomía.

No obstante, desde la perspectiva de la técnica normativa, el precepto presenta una formulación muy genérica, limitada a enunciar un objetivo de política pública -la modernización de los sistemas informáticos y la agilización de la gestión sanitaria- sin concretar, de nuevo, su alcance material, los instrumentos para su ejecución ni las obligaciones jurídicas que de él se derivan. Por ello, se estima conveniente, bien mediante su reformulación legislativa, bien a través de su posterior desarrollo normativo, dotar al precepto de mayor precisión, especificando los ámbitos de actuación (como la interoperabilidad de sistemas, la digitalización de procesos o la gestión clínica), los instrumentos de ejecución (planes, programas o estrategias) y las garantías jurídicas aplicables, especialmente en materia de protección de datos.

Al Artículo 14. Modificación del artículo 20 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se modifica el artículo 20 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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”.

El artículo 20 de la proposición de ley propone sustituir la actual regulación vigente del artículo 20 de la Ley 10/2014 de Salud de la Comunitat Valenciana, sobre participación ciudadana.

En efecto, la nueva redacción proyectada supone una modificación sustancial y podría ser interpretada como regresiva, respecto del modelo actualmente vigente, si no se acompaña de una justificación de dicha modificación. Y ello porque el vigente artículo 20 establece un sistema de participación ciudadana, que incluye no solo los consejos de salud en distintos niveles territoriales (autonómico, departamental y básico), sino también otros instrumentos como el Comité de Pacientes y Personas Usuarías, así como previsiones sobre desarrollo reglamentario, colaboración institucional y participación en políticas de salud local. Sin embargo, el nuevo precepto reduce la participación a la existencia de consejos de salud en cada departamento sanitario, atribuyéndoles una función consultiva y de propuesta. Esta simplificación implicaría la supresión de niveles esenciales de participación, como el Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana y los consejos de salud básicos, así como la desaparición de otros instrumentos de participación institucionalizada.

Asimismo, la regulación propuesta presenta una insuficiencia normativa, al no precisar elementos como la composición de los órganos, su régimen de funcionamiento, los procedimientos de designación de sus miembros o el alcance efectivo de sus funciones. Por ello, se echa en falta la previsión expresa de un desarrollo reglamentario que concrete la organización, composición y funcionamiento de los órganos de participación.

En definitiva, la nueva redacción del artículo 20 supone, a falta de una justificación, una posible merma del modelo participativo existente, además de adolecer de falta de precisión y completitud normativa. Por ello, resultaría recomendable una reformulación que, al menos, defina con mayor claridad la estructura y funciones de los órganos previstos.

Al Artículo 15. Nuevo artículo sobre la auditoría y el control del gasto sanitario

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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”.

El artículo 20 bis se incardina en las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad del artículo 54 del Estatuto de Autonomía, así como en su potestad de autoorganización administrativa.

Ahora bien, el contenido del precepto incide directamente en el ámbito material regulado por la Ley 1/2022, de Transparencia y Buen Gobierno de la Comunitat Valenciana, que impone a las Administraciones Públicas valencianas la obligación de difundir información relevante -incluida la de carácter presupuestario y financiero- a través de portales de transparencia y de garantizar el acceso de la ciudadanía a dicha información.

En este contexto, la creación de un Observatorio de transparencia sanitaria puede solaparse con los mecanismos ya previstos en la legislación autonómica de transparencia, tales como el portal de transparencia, los sistemas de publicidad activa o los órganos de control existentes (como el Consejo Valenciano de Transparencia). En consecuencia, el precepto debería clarificar su función específica, evitando duplicidades y garantizando su integración en el sistema general de transparencia y buen gobierno de la Generalitat.

Por otro lado, el artículo se limita a prever la creación del observatorio y la publicación de informes sin concretar aspectos como su naturaleza jurídica, adscripción orgánica, composición, funciones detalladas o mecanismos de coordinación con los órganos ya existentes en materia de transparencia. Asimismo, la previsión de un portal web para el acceso a la información resulta redundante en la medida en que la normativa vigente ya exige la existencia de portales de transparencia con obligaciones específicas de publicidad activa.

Por consiguiente, el artículo 20 bis exige una reformulación que asegure su coherencia con la legislación autonómica de transparencia y buen gobierno, evite duplicidades y dote al precepto de la necesaria precisión normativa para garantizar su eficacia real.

Al Artículo 16. Modificación del artículo 34 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se añaden nuevos puntos en el artículo 34 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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”.

Desde el punto de vista material, los nuevos apartados 3 y 4 resultan coherentes con la regulación vigente, ya que el artículo 34 configura la sanidad ambiental como un ámbito amplio de identificación, evaluación y gestión de riesgos derivados del entorno. En este sentido, la referencia a la emergencia climática constituye una concreción de dicho concepto, especialmente, en relación con la contaminación atmosférica, el aumento de temperaturas y las enfermedades asociadas.

No obstante, desde la perspectiva de la técnica normativa, ambos apartados presentan cierta indeterminación y carácter programático, al no precisar el contenido, naturaleza ni instrumentos del plan de acción sanitaria, ni concretar los mecanismos de refuerzo de la vigilancia epidemiológica. Asimismo, sería conveniente clarificar su integración en los instrumentos de planificación ya previstos en el apartado 2 y prever su desarrollo reglamentario.

El precepto requiere de una mayor concreción para garantizar su eficacia normativa.

Al Artículo 17. Nuevo artículo sobre la reducción del impacto ambiental del sistema sanitario

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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”.

Este precepto encuentra su justificación en la dimensión ambiental de la salud, ya reconocida en el artículo 34 de la Ley 10/2014, que configura la sanidad ambiental como el conjunto de actuaciones dirigidas a prevenir riesgos derivados del entorno. En esta línea, la descarbonización del sistema sanitario -mediante la reducción de emisiones, el uso de energías renovables

o la gestión sostenible de residuos- no constituye una política ajena, sino una medida de prevención en salud pública, puesto que contribuye a reducir factores ambientales que inciden directamente en la salud de la población. Asimismo, se proyecta sobre la propia actividad del sistema sanitario, cuyo impacto ambiental resulta relevante.

Ahora bien, el citado precepto se formula en términos amplios y presenta, en línea con otros preceptos propuestos, un carácter programático, al limitarse a prever la adopción de un plan y a enunciar líneas generales de actuación sin concretar su contenido, naturaleza, objetivos, plazos ni mecanismos de ejecución o seguimiento. Tampoco se precisa su integración en los instrumentos de planificación ya previstos en materia de sanidad ambiental ni se contempla expresamente su desarrollo reglamentario.

Al Artículo 18. Modificación del artículo 35 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se añaden nuevos puntos en el artículo 35 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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 relación con el nuevo apartado 4, resulta plenamente coherente con el contenido del artículo 35 vigente, que ya configura la salud laboral como un conjunto de actuaciones dirigidas a la vigilancia, protección y promoción de la salud de los trabajadores. Asimismo, se alinea con la normativa básica estatal en materia de prevención de riesgos laborales, que incluye los riesgos psicosociales dentro de su ámbito de aplicación.

No obstante, el apartado 4 presenta, de nuevo, indeterminación, al no concretar los instrumentos, periodicidad o procedimientos de evaluación, ni las medidas específicas a adoptar. Sería recomendable, por ello, prever su desarrollo reglamentario o su integración en los instrumentos de planificación en materia de salud laboral ya previstos en el propio artículo.

Por lo que respecta a la previsión del apartado 5, relativa a la jubilación anticipada voluntaria a los sesenta años para determinados profesionales sanitarios, se plantea un problema de encaje competencial. Así, el régimen de

Seguridad Social -incluyendo la edad de jubilación, sus modalidades y requisitos- es competencia exclusiva del Estado (artículo 149.1.17 CE). En consecuencia, una norma autonómica no puede establecer, por sí misma, un régimen de jubilación anticipada distinto del previsto en la legislación estatal. En este punto, el precepto incurre en una invasión competencial.

Por tanto, la previsión del apartado 5 relativa a la jubilación anticipada invade competencias estatales en materia de Seguridad Social, por lo que debe suprimirse.

Dado que este apartado compromete la plena observancia del ordenamiento jurídico, se efectúa, con arreglo al artículo 77.3 del Reglamento de esta Institución, la observación con carácter **esencial**.

Al Artículo 19. Nuevo artículo sobre el tiempo de trabajo y la conciliación

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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 relación con el apartado 1, la previsión de que las horas de guardia “*serán computadas como tiempo de trabajo efectivo*” debe ponerse en relación con la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que tiene carácter básico ex artículo 149.1.18 CE.

El Estatuto Marco ya contiene una regulación específica del tiempo de trabajo del personal estatutario. Así, el artículo 46 define el “tiempo de trabajo” como el período en el que el personal permanece en el centro

sanitario, a disposición del mismo y en ejercicio efectivo de su actividad y funciones; el artículo 47 regula la jornada ordinaria; y, sobre todo, el artículo 48 configura las guardias como jornada complementaria para la prestación de atención continuada, distinguiéndolas expresamente de la jornada ordinaria. Además, el artículo 48.2 dispone que la duración máxima conjunta de la jornada ordinaria y la complementaria será de 48 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral, y el artículo 48.3 establece que la jornada complementaria “no tendrá en ningún caso la condición ni el tratamiento establecido para las horas extraordinarias”. A ello se añaden los límites de jornada y descanso de los artículos 51 y 58, que completan un régimen estatal cerrado en esta materia.

De este marco normativo se desprende que las guardias no son ajenas al concepto de tiempo de trabajo, pero tampoco pueden ser simplemente reconducidas por una ley autonómica a la jornada ordinaria, porque el legislador estatal ha optado por una construcción jurídica distinta: son tiempo de trabajo en cuanto prestación efectiva, pero integrado en una categoría propia, la jornada complementaria, con su régimen específico de límites, descansos y compensación. Por ello, una formulación autonómica que pretenda equiparar sin matices las guardias a la jornada ordinaria desdibuja una distinción básica establecida por la Ley 55/2003 y, en esa medida, resulta contraria a normativa básica estatal.

En particular, la cláusula según la cual las guardias “se equiparán en términos de cotización a la jornada ordinaria” incide directamente en una materia reservada al Estado por el artículo 149.1.17 CE, relativa al régimen económico de la Seguridad Social. El texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, dispone en su artículo 19 que las bases y tipos de cotización serán los que establezca cada año la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado, y en su artículo 147 que la base de cotización estará constituida por la remuneración total, cualquiera que sea su forma o denominación, que tenga derecho a percibir el trabajador o asimilado por razón del trabajo. Además, la normativa anual de cotización distingue el régimen específico de las horas extraordinarias, sometidas a cotización adicional, mientras que las guardias del personal estatutario no tienen, por mandato del artículo 48.3 del Estatuto Marco, la condición de horas extraordinarias.

En consecuencia, la Comunidad Autónoma no puede establecer un régimen propio de cotización de las guardias ni “equipararlas” autónomamente a la jornada ordinaria a efectos de Seguridad Social, porque esa determinación corresponde al legislador estatal.

Por tanto, el apartado 1, tal como está redactado, no se acomoda al ordenamiento básico estatal, por lo que debe suprimirse la referencia a la “equiparación en términos de cotización”, o reconducirse a una cláusula de remisión expresa al régimen estatal vigente.

Dado que la redacción actual de este apartado compromete la plena observancia del ordenamiento jurídico, se efectúa, con arreglo al artículo 77.3 del Reglamento de esta Institución, la observación con carácter **esencial**.

b) El apartado 2 del artículo 35 bis propuesto, al disponer que “*se establecerán medidas de conciliación familiar y se garantizará la posibilidad de reducciones de jornada sin penalización económica*”, debe examinarse en el marco básico estatal aplicable al personal estatutario de los servicios de salud y de las posibilidades de desarrollo autonómico en esta materia.

Así, la Ley 55/2003, del Estatuto Marco, no regula autónomamente un régimen completo de conciliación, pero sí contiene dos remisiones decisivas: por un lado, el artículo 60.4 dispone que al personal estatutario le resultan aplicables los supuestos de reducción de jornada establecidos para los funcionarios públicos en las normas aplicables en la correspondiente comunidad autónoma, para la conciliación de la vida familiar y laboral; por otro lado, el artículo 61.1 reconoce el derecho a disfrutar del régimen de fiestas y permisos que se establezca en cada comunidad autónoma, y el artículo 61.2 añade que el personal estatutario tiene derecho al régimen de permisos y licencias establecido para los funcionarios públicos por la normativa de conciliación y por la ley orgánica de igualdad. Es decir, el Estatuto Marco admite un margen de desarrollo autonómico, pero lo hace sobre la base del régimen general de función pública, no al margen de él.

Dicho régimen general se contiene, con carácter básico, en el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015. En particular, los artículos 48 y 49 regulan los permisos de los funcionarios públicos y los permisos por motivos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral, estableciendo un elenco mínimo de derechos y condiciones.

Partiendo de lo anterior, la primera parte del apartado (“*se establecerán medidas de conciliación familiar*”) es, en abstracto, compatible con el ordenamiento jurídico, pues enlaza con el artículo 44 de la Ley Orgánica 3/2007, que reconoce los derechos de conciliación en términos que fomenten la corresponsabilidad, y con su artículo 56, que prevé un régimen de excedencias, reducciones de jornada, permisos u otros beneficios para proteger la maternidad y facilitar la conciliación. Sin embargo, su formulación es indeterminada, ya que no especifica qué medidas se introducirían ni por qué instrumento normativo o convencional se implantarían. Como cláusula de orientación resulta admisible.

La segunda parte del precepto (“se garantizará la posibilidad de reducciones de jornada sin penalización económica”) plantea mayores objeciones. En el marco básico estatal, la regla general es que la reducción de jornada lleva aparejada la correspondiente reducción retributiva, salvo en supuestos tasados. Así se desprende del propio artículo 49 del TREBEP; por ejemplo, para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, el funcionario tiene derecho a la percepción de las retribuciones íntegras mientras dure la reducción de jornada si concurren las condiciones legales, y solo en caso contrario opera la reducción con la consiguiente reducción de retribuciones. Fuera de estos casos específicamente contemplados, la normativa básica no consagra un derecho general a reducir jornada sin merma económica.

Por ello, la redacción propuesta formulada en términos generales conlleva una garantía que el ordenamiento básico estatal solo reconoce para supuestos concretos. La Comunidad Autónoma puede mejorar el régimen de conciliación de su personal estatutario, pero esas mejoras deben insertarse en el marco fijado por los artículos 60.4 y 61 del Estatuto Marco y por los artículos 48 y 49 del TREBEP. Lo que no resulta conforme con el marco básico es proclamar, de forma general, reducciones de jornada “sin penalización económica” para cualquier supuesto de conciliación, sin que se sujete a lo establecido en la normativa básica.

En definitiva, en su redacción actual, el precepto propuesto, en lo relativo a la reducción de jornada “sin penalización” económica, excede del marco básico estatal, por lo que, de mantenerse, debe sujetarse a la normativa básica.

Esta observación se formula con carácter **esencial** con arreglo al artículo 77.3 del Reglamento.

c) El apartado 3 presenta un carácter programático.

Por otro lado, en cuanto a los tiempos de descanso, la Ley 55/2003, del Estatuto Marco fija en el artículo 51 un descanso mínimo de 12 horas entre jornadas y el artículo 52 un descanso semanal mínimo de 24 horas, con mecanismos de compensación en el artículo 54. Estos estándares constituyen mínimos indisponibles, por lo que la expresión “tiempos adecuados de descanso” de apartado 3 resulta indeterminada y carece de conexión expresa con dichos parámetros estatales.

Respecto a la mejora de las condiciones laborales y la reducción de la “sobrecarga asistencial”, el ordenamiento básico articula de igual modo estas materias a través de instrumentos específicos. Así, el artículo 47 de la Ley 55/2003 remite la ordenación de la jornada a normas, pactos o acuerdos, y

el artículo 48 regula la jornada complementaria dentro de límites máximos de trabajo. A su vez, los artículos 37 y 38 del TREBEP configuran la jornada, horarios y condiciones de trabajo como materias propias de negociación colectiva. Por otro lado, se emplea el concepto de “sobrecarga asistencial”, ajeno como categoría jurídica al marco estatal.

En definitiva, el apartado 3 del artículo 35 bis propuesto resulta indeterminado y programático.

d) Respecto del apartado 4, que prioriza la contratación estable frente a la temporalidad, en su redacción actual, se limita a formular una directriz de política pública.

e) Finalmente, el apartado 5 (“*Se implementará un complemento de exclusividad para el personal sanitario que se dedique de forma obligatoria exclusivamente a la sanidad pública...*”) plantea objeciones.

En primer lugar, debe clarificarse qué significa jurídicamente un complemento de exclusividad. A este respecto, en el régimen del personal estatutario, no se trata de una figura autónoma ajena al sistema vigente, sino de una modalidad de retribución complementaria vinculada a la dedicación exclusiva o a la incompatibilidad. La base estatal está en la Ley 55/2003, del Estatuto Marco, cuyo artículo 41 distingue entre retribuciones básicas y complementarias, y cuyo artículo 43.1, b) prevé el complemento específico para retribuir las condiciones particulares de determinados puestos en atención, entre otros factores, a la dedicación. Además, el régimen de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas se rige por la Ley 53/1984, cuyo artículo 1 establece la incompatibilidad general con un segundo puesto o actividad cuando pueda comprometer el cumplimiento del deber público, y el artículo 16.1 impide reconocer compatibilidad al personal que perciba complemento específico o concepto equiparable cuando éste retribuya precisamente esa especial dedicación.

En segundo lugar, desde la perspectiva autonómica, la Comunitat Valenciana ya contempla un régimen de complemento vinculado a la dedicación exclusiva. El artículo 54 de la Ley 11/2000, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalidad Valenciana, distingue tres modalidades de complemento específico del personal de instituciones sanitarias: el complemento específico B, destinado a retribuir, además de otros conceptos, la dedicación exclusiva o incompatibilidad; y el complemento específico C, que retribuye la dedicación de tardes y no comporta exclusividad. El artículo 55 de la misma ley permite al personal médico optar entre esas modalidades en los términos legalmente previstos.

Por tanto, hablar de “implementar” un complemento de exclusividad sugiere la creación *ex novo* de una figura que, al menos en parte, ya se refleja en el ordenamiento valenciano.

En todo caso, debe tenerse en cuenta que no ostenta competencias el legislador autonómico para imponer al personal que “*se dedique de forma obligatoria exclusivamente a la sanidad pública*”. El régimen jurídico del personal estatutario de los servicios de salud se encuentra regulado con carácter básico por la citada Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco. Esta norma establece un sistema de compatibilidades e incompatibilidades que no configura la exclusividad como un régimen obligatorio general, sino como una opción vinculada, en su caso, a la percepción de determinados complementos retributivos. En consecuencia, de mantener el precepto, debería modificarse en términos más precisos, previendo que la Generalitat podrá establecer o ampliar, en el marco de la normativa básica estatal y del régimen retributivo autonómico vigente.

La imposición por una Comunidad Autónoma de un régimen de dedicación exclusiva obligatorio supondría invadir la competencia estatal en materia de régimen estatutario del personal público.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Constitucional 197/2012, de 6 de noviembre, relativa a la Ley del Principado de Asturias 15/2002, declaró la inconstitucionalidad de previsiones autonómicas que, en la práctica, imponían un régimen de exclusividad mediante la configuración irrenunciable del complemento específico, por vulnerar la normativa básica estatal en materia de incompatibilidades del personal sanitario.

Así, en la precitada Sentencia, el Alto Tribunal argumentó lo siguiente:

“(..). 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 suponía 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”.

Todo lo anterior le lleva a concluir 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”.

Por consiguiente, debe suprimirse el inciso “que se dedique de forma obligatoria exclusivamente a la sanidad pública...”.

Esta observación es **esencial** con arreglo al artículo 77.3 del Reglamento de este Consell.

Al Artículo 20. Nuevo artículo 36 bis de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana.

Se añade el artículo 36 bis de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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”.

El artículo 36 bis que se propone adicionar a la ley 10/2014 presenta dos planos diferenciados.

Así, el apartado 1, que se limita a prever que la Generalitat desarrollará programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito escolar y comunitario, enlaza directamente con las funciones de salud pública, prevención y promoción de la salud ya asumidas por la legislación valenciana. No obstante, su formulación es muy abierta, pues no precisa el contenido mínimo de tales programas, su alcance, sus instrumentos de ejecución ni su articulación con la planificación sanitaria ya prevista en la Ley 10/2014. Por ello, sería conveniente una mayor concreción o, al menos, una remisión

expresa a su desarrollo reglamentario o a los correspondientes instrumentos de planificación.

Por otro lado, el apartado 2, implanta la figura del personal de enfermería escolar en todos los centros educativos públicos, lo que puede encontrar justificación en las competencias autonómicas en materia de sanidad y también en la capacidad de la Generalitat para articular políticas de coordinación entre salud pública y sistema educativo.

Ahora bien, la redacción propuesta no delimita la naturaleza jurídica de esa figura ni el marco administrativo en que se integra; es decir, no se aclara si se trata de personal sanitario adscrito al sistema valenciano de salud, de personal integrado funcionalmente en los centros educativos, o de una fórmula de coordinación entre ambos ámbitos. Esa indefinición es importante en la medida que, si bien el precepto se inserta en la Ley de Salud, despliega sus efectos directamente sobre la organización de todos los centros educativos públicos. En segundo lugar, la imposición generalizada de esta figura “*en todos los centros educativos públicos*” introduce un mandato de gran intensidad organizativa y presupuestaria, sin prever o sin que consten los criterios de implantación, prioridades, modalidades de cobertura ni coordinación con la normativa educativa y sanitaria aplicable.

Se aprecia, por tanto, en este segundo apartado, una falta de precisión sobre el encaje de la enfermería escolar y la ausencia de una articulación expresa con la organización del sistema educativo y sanitario, que afectaría al principio de seguridad jurídica de las normas por su excesiva indeterminación.

Al Artículo 21. Nuevo artículo sobre refuerzo de la salud pública y vigilancia epidemiológica

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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”.*

El apartado 1 propone una medida organizativa que entra dentro del margen de actuación autonómico, si bien su formulación presenta un carácter genérico.

En relación con el apartado 2, responde a una finalidad de preparación ante emergencias sanitarias, especialmente, a la luz de experiencias recientes, si bien limitada a enunciar objetivos -refuerzo de la red, elaboración de un plan, creación de reservas- sin concretar su contenido mínimo, naturaleza jurídica, mecanismos de ejecución ni criterios de evaluación. Tampoco se prevé expresamente su desarrollo reglamentario ni su integración con los instrumentos de planificación ya existentes en materia de salud pública.

Al Artículo 22. Modificación del artículo 50 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se añaden nuevos puntos en el artículo 50 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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”.

Desde el punto de vista material, el apartado 5 presenta un carácter programático, al establecer la suficiencia del tiempo de consulta y la evitación de la sobresaturación de agendas sin concretar estándares ni mecanismos de aplicación. Por su parte, el apartado 6 introduce, en cambio, una regulación de mayor intensidad al fijar límites máximos de pacientes y tiempos mínimos de consulta, lo que supone la imposición de parámetros rígidos y uniformes de organización asistencial, sin atender a la diversidad de situaciones ni a la planificación de recursos, y que puede dificultar su aplicación práctica.

A lo anterior cabe añadir que la fijación de estos criterios de actuación en una norma con rango de ley resulta poco aconsejable, al tratarse de aspectos propios de la planificación sanitaria, la gestión organizativa o el desarrollo reglamentario, dotados de mayor flexibilidad. Asimismo, su ubicación en el artículo 50 -relativo a derechos de los pacientes- no se estima totalmente adecuada, al referirse principalmente a la organización del servicio más que a un derecho directamente exigible.

Por consiguiente, de mantenerse el precepto debería reconsiderarse con arreglo a lo indicado anteriormente.

Al Artículo 23. Nuevo artículo sobre el acceso universal a la sanidad

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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 relación con el artículo 50 quater, procede recordar que el acceso a la asistencia sanitaria se configura en la normativa estatal como un modelo de universalidad, en el que el derecho se reconoce con carácter general, pero dentro de un marco normativo que delimita sus condiciones subjetivas y procedimentales, incluyendo expresamente a las personas extranjeras en situación irregular bajo los requisitos establecidos en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Este precepto estatal señala 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”.

Expuesto lo anterior, el vigente artículo 11 bis de la Ley 10/2014 dispone que *“La Generalitat, de conformidad con la legislación vigente, establecerá los cauces y mecanismos necesarios para garantizar las prestaciones sanitarias y de salud pública en toda la población, sin que se produzcan discriminaciones por ningún motivo, eliminando las barreras arquitectónicas y de comunicación en todas las instituciones sanitarias, facilitando una accesibilidad total y real a todas las personas”*.

Este precepto resulta plenamente coherente con el marco normativo estatal, al garantizar el acceso a las prestaciones sanitarias a toda la población *“de conformidad con la legislación vigente”*, lo que implica incluir en dicho inciso o cláusula el régimen estatal de acceso. Esta cláusula actúa como un elemento de conexión y respeto al orden competencial, asegurando que la normativa autonómica se integre en el sistema básico estatal sin desbordarlo.

La propuesta de supresión del vigente artículo 11 bis por la proposición de ley (artículo 6) y su sustitución por una formulación (artículo 50 *quater*) que garantiza el acceso *“independientemente de la situación administrativa”* introduce un cambio importante. Así, desaparece la referencia expresa al marco normativo estatal y se sustituye por una cláusula autónoma que, interpretada literalmente, podría suponer una desvinculación del régimen estatal de acceso, al eliminar cualquier mención a los requisitos y procedimientos establecidos por la legislación básica (artículo 3 ter de la Ley 16/2003). La Comunidad Autónoma puede desarrollar y facilitar dicho acceso, pero no puede redefinir autónomamente el ámbito subjetivo del derecho al margen de ese marco básico.

Por tanto, se estima necesario mantener o reintroducir una cláusula de sujeción a la legislación estatal (*de conformidad con la legislación vigente*), a fin de preservar la coherencia del sistema y evitar posibles conflictos competenciales.

Dado que la redacción actual de este precepto puede comprometer la plena observancia del ordenamiento jurídico, se efectúa, con arreglo al artículo 77.3 del Reglamento de esta Institución, la observación con carácter **esencial**.

Al Artículo 24. Nuevo artículo sobre la ampliación de la cobertura de salud bucodental

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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”.

Las prestaciones de atención de salud bucodental incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) se establecen dentro del apartado 9 del Anexo II, relativo a la cartera de servicios comunes de atención primaria, del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Además, en dicho apartado se define la “Atención bucodental” como *“el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población”.*

Por su parte, la Comunitat Valenciana regula en el artículo 57 bis de la Ley 10/2014 el derecho a la salud bucodental en el que señala que *“la Generalitat Valenciana tiene que trabajar para garantizar la salud bucodental de los niños, niñas y adolescentes, concretamente ampliar los tratamientos ortodóncicos que no tengan una finalidad exclusivamente estética. La conselleria competente estudiará e impulsará la ampliación progresiva de la cartera pública de los servicios de atención bucodental del Sistema Valenciano de Salud, así como la posibilidad de extender su acceso al resto de la población”.*

En este contexto normativo, el nuevo artículo 57 ter se incardina en el ámbito competencial de la Generalitat en cuanto permite la ampliación de prestaciones sanitarias, conforme al marco básico estatal establecido en el Real Decreto 1030/2006. No obstante, introduce una expansión sustancial al prever su incorporación progresiva al sistema y, especialmente, al garantizar la gratuidad de los “tratamientos” para “toda la población”.

Así, el precepto emplea el término “tratamientos” en sentido amplio e indiferenciado. No delimita el contenido de las prestaciones incluidas, lo que, en el ámbito de la atención bucodental, puede abarcar una gran heterogeneidad de actuaciones, desde intervenciones preventivas y básicas hasta tratamientos complejos, reconstructivos u ortodóncicos, incluyendo aquellos de finalidad estética. Esta falta de precisión impide determinar el alcance real del derecho reconocido, generando inseguridad jurídica tanto para la Administración como para los usuarios del sistema. Además, al no establecer criterios de priorización, delimitación por tipologías de tratamiento ni identificación de colectivos preferentes, el precepto se aparta del modelo habitual de configuración de la cartera de servicios, que se articula sobre la base de prestaciones definidas, indicaciones clínicas y, en su caso, colectivos

protegidos (como ocurre en la normativa estatal y en el propio artículo 57 bis de la Ley 10/2014).

Tanto desde el punto de vista jurídico como organizativo, la indeterminación o excesiva amplitud del precepto puede dificultar la planificación sanitaria, la asignación eficiente de recursos y la evaluación del impacto económico de la medida, al no existir parámetros normativos claros que orienten su implementación.

Por ello, la redacción del expresado artículo 57 ter propuesto resulta excesivamente amplia e indeterminada, altera el enfoque progresivo del sistema vigente y carece de la necesaria concreción jurídica y económica, lo que afecta al principio de seguridad jurídica en la elaboración y aplicación de las normas.

Al Artículo 25. Nuevo artículo sobre la atención óptica y la optometría en la sanidad pública

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

*“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 precepto propone una ampliación significativa de prestaciones, al prever, por un lado, revisiones oftalmológicas gratuitas para toda la población y, por otro, el acceso progresivo a productos ópticos. La financiación de gafas o lentes de contacto supone una extensión relevante de la cartera de servicios, con implicaciones organizativas y presupuestarias de alcance posiblemente considerable, desconociéndose, por parte de este Consell, su repercusión en a la sostenibilidad financiera y el impacto económico de la medida, lo que resulta especialmente relevante dada la universalidad de la cobertura proyectada. Tampoco se articula con instrumentos de planificación sanitaria ni con una definición detallada de la prestación.

Además, el precepto, como sucede con la atención bucodental, utiliza formulaciones amplias e indeterminadas, al no delimitar el contenido de las prestaciones, ni establecer criterios clínicos, condiciones de acceso o colectivos prioritarios. En particular, la referencia genérica a “gafas o lentes de contacto para toda la población” carece de precisión y puede abarcar desde necesidades terapéuticas hasta supuestos de carácter funcional o incluso estético, lo que impone una determinación más precisa del alcance de este precepto.

Al Artículo 26. Nuevo artículo sobre la atención sanitaria a personas trans

Se añade un nuevo artículo en la Ley de sanidad de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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 precepto responde a una finalidad de atención integral y especializada a las personas *trans*, coherente con los principios de calidad asistencial, equidad y no discriminación. Así, por un lado, la previsión de unidades de referencia se alinea con modelos organizativos habituales en el sistema sanitario para patologías o colectivos que requieren una atención multidisciplinar y altamente especializada. Ahora bien, su formulación presenta una cierta indeterminación, al no concretar el número, distribución territorial, criterios de acceso ni el régimen organizativo de dichas unidades, ni su integración en la red asistencial existente.

Por otra parte, la garantía de una atención integral que incluye *“hormonación, cirugías de reasignación y salud mental especializada”* supone la configuración de un contenido prestacional concreto. En este caso, la referencia a la “garantía” de determinadas prestaciones no delimita su alcance ni sus condiciones clínicas, lo que puede generar incertidumbre sobre su efectividad y exigibilidad.

En definitiva, el precepto combina una medida organizativa (creación de unidades de referencia) con la definición de prestaciones específicas, lo que introduce una cierta heterogeneidad normativa, siendo conveniente distinguir entre ambos planos: organización del servicio y contenido de la cartera asistencial. Además, ambos aspectos tienen una evidente incidencia en la planificación de recursos humanos, materiales y presupuestarios, aspecto que no se delimita y que resulta esencial.

Al Artículo 27. Modificación del artículo 80 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana

Se añaden nuevos puntos en el artículo 80 de la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, que queda redactado de la siguiente 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 nuevo apartado 6 resulta coherente con el contenido del artículo 80 vigente que ya contempla el desarrollo de institutos de investigación sanitaria, la coordinación de estructuras de I+D+I y el establecimiento de marcos estratégicos plurianuales. No obstante, la previsión puede estimarse innecesaria, en la medida en que se limita a reforzar una línea de actuación ya existente, sin introducir elementos sustancialmente novedosos ni concretar mecanismos de financiación, u otros aspectos.

Por su parte, el apartado 7, relativo al desarrollo de un “plan de retorno de talento”, introduce una medida de política pública orientada a la recuperación de profesionales sanitarios, que encuentra encaje en el artículo 80.5 vigente, el cual ya contempla la movilidad, el intercambio de profesionales y el fomento de la actividad investigadora. En este sentido, el nuevo apartado supone una concreción de dichas políticas. No obstante, el precepto presenta ausencia de concreción, al no definir los instrumentos de actuación, los incentivos previstos, los colectivos destinatarios ni las condiciones de ejecución del plan, careciendo así de suficiente contenido normativo.

Al Artículo 28. Nuevo artículo sobre la formación MIR, EIR, BIR, QIR, FIR y PIR

Se añade un nuevo artículo en la Ley de sanidad de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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 relación con el apartado 1 de este precepto, procede recordar que la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece que la formación especializada en ciencias de la salud se organiza por el sistema de residencia (artículo 20.2) y que el acceso a las plazas se efectúa mediante convocatoria anual de carácter nacional, según el artículo 22.1 de la citada Ley. En el apartado 5 del mencionado artículo 22 se señala que “*La oferta de*

plazas de la convocatoria anual se fijará, previos informes del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, atendiendo a las propuestas realizadas por las comunidades autónomas, a las necesidades de especialistas del sistema sanitario y a las disponibilidades presupuestarias". A su vez, el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, desarrolla el sistema de formación sanitaria especializada sobre la base de centros y unidades docentes acreditadas, comisiones de docencia y una estructura común del sistema formativo.

En este marco, la Generalitat no puede aumentar unilateralmente las plazas MIR, EIR, BIR, QIR, FIR y PIR en sentido estricto, porque la determinación final de la oferta corresponde al sistema estatal de convocatoria nacional. Lo que sí puede hacer, dentro de sus competencias en materia de organización sanitaria y planificación de recursos humanos, es identificar necesidades asistenciales, acreditar o promover la acreditación de unidades docentes, proponer la oferta formativa y colaborar en la planificación de plazas que hayan de integrarse en la convocatoria estatal. Por ello, la redacción propuesta no puede interpretarse en el sentido de atribuir a la Generalitat una potestad decisoria en el incremento de las respectivas plazas de formación que no se acomoda al reparto competencial vigente.

Por ello, para que el citado precepto -de mantenerse- no suscite problemas competenciales en su interpretación, debe completarse mediante una cláusula expresa de sujeción al marco estatal, dejando claro que el incremento de plazas se promoverá de conformidad con la normativa estatal reguladora de la formación sanitaria especializada y a través de los mecanismos de propuesta, acreditación y planificación que correspondan.

Dado que la redacción actual de este apartado puede comprometer la plena observancia del ordenamiento jurídico, se efectúa, con arreglo al artículo 77.3 del Reglamento de esta Institución, la observación con carácter **esencial**.

En relación con el apartado 2, relativo al establecimiento de acuerdos, se incardina en el ámbito competencial autonómico, en cuanto se refiere a la coordinación institucional y planificación de recursos humanos. No obstante, presenta un contenido genérico e indeterminado, al no precisar, de alguna forma, el alcance, el contenido ni los efectos de dichos acuerdos.

Por otro lado, la inclusión de estos dos nuevos apartados en el artículo 80 bis, dentro del título relativo a investigación e innovación, no se estima adecuada, ya que la formación sanitaria especializada se vincula más propiamente a la planificación de recursos humanos y a la ordenación del sistema sanitario que a la investigación en sentido estricto.

Al Artículo 29. Nuevo artículo sobre la planificación ante crisis sanitarias y emergencias

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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 nuevo artículo 90 se incardina en la competencia sobre planificación ante riesgos sanitarios. Ahora bien, el apartado 1 se limita a prever la implementación de un plan sin definir sus elementos esenciales, tales como su naturaleza jurídica, procedimiento de aprobación, mecanismos de activación, órganos competentes o sistemas de evaluación. Por su parte, el apartado 2 introduce algunas medidas (reserva estratégica, coordinación hospitalaria y formación), pero de forma meramente enunciativa e indeterminada, sin concretar su alcance ni su articulación con otros instrumentos existentes en materia de salud pública y protección civil.

Al Artículo 30. Nuevo artículo sobre la producción pública de medicamentos esenciales

Se añade un nuevo artículo en la Ley de salud de la Comunitat Valenciana, con la siguiente redacción:

“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”.

El apartado 1, en cuanto prevé la creación de una empresa pública valenciana de producción farmacéutica, encuentra cobertura en la potestad de autoorganización de la Generalitat y en su capacidad de intervención en la actividad económica. No obstante, dicha previsión debe situarse en el marco de la legislación básica estatal en materia de medicamentos, en particular, el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y

productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, que regula aspectos esenciales como la autorización, fabricación, distribución, financiación y régimen de precios de los medicamentos.

En este sentido, la fabricación de medicamentos está sujeta a autorización administrativa y control público, y la financiación y fijación de precios de los medicamentos dispensados con cargo a fondos públicos se integra en un sistema estatal de intervención, que incluye el sistema de precios de referencia y la actuación de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos.

Este marco no excluye la participación pública en el sector farmacéutico, como pone de manifiesto la creación de la sociedad público-privada Terafront Farmatech, impulsada por el Estado en el contexto del PERTE para la salud de vanguardia. Dicha entidad, participada por el sector público a través del CDTI y por empresas privadas, tiene por objeto el desarrollo, producción y comercialización de terapias avanzadas, evidenciando que la intervención pública en este ámbito es jurídicamente posible, pero siempre articulada dentro del marco estatal y europeo aplicable.

En contexto, la referencia a la “*producción farmacéutica*” resulta excesivamente amplia e imprecisa, al no delimitar si se refiere a actividades de fabricación industrial -sujetas a autorización-, a funciones de aprovisionamiento o a participación en proyectos estratégicos, cada una de ellas sometida a un régimen jurídico diferenciado dentro del marco estatal. Asimismo, la utilización del término “*garantizar*” introduce una ambigüedad importante, en la medida en que parece atribuir a la eventual empresa pública la función de asegurar el acceso a medicamentos esenciales a precios asequibles y el suministro en situaciones de crisis. Sin embargo, tales objetivos no dependen exclusivamente de la actuación autonómica, dado que elementos esenciales como la fijación de precios financiados públicamente, la inclusión en la prestación farmacéutica o las condiciones de comercialización corresponden al Estado en el marco de la citada normativa básica.

Por tanto, aunque la creación de una empresa pública es jurídicamente posible, el precepto propuesto presenta una insuficiente delimitación de su objeto y una formulación que puede inducir a una interpretación expansiva incompatible con el reparto competencial. De mantener este precepto, debería precisarse que la actuación de la entidad se desarrollará en el ámbito de sus competencias -por ejemplo, en materia de aprovisionamiento, colaboración en proyectos estratégicos o apoyo al suministro de medicamentos esenciales- y siempre de conformidad con la normativa estatal y europea aplicable, evitando atribuirle funciones de garantía plena del acceso o de intervención en el régimen de precios de los medicamentos.

Dado que la redacción actual de este apartado puede comprometer la plena observancia del ordenamiento jurídico, se efectúa, con arreglo al artículo 77.3 del Reglamento de esta Institución, la observación con carácter **esencial**.

El apartado 2, relativo a la creación de una oficina de farmacia pública en los centros de atención primaria y comunitaria, plantea objeciones jurídicas. En primer lugar, es de tener en cuenta que el ordenamiento vigente distingue claramente entre, de un lado, los servicios de farmacia hospitalaria, integrados en centros sanitarios públicos, y, de otro, las oficinas de farmacia, configuradas como un modelo específico de establecimiento sanitario sujeto a una ordenación propia. El texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, regula separadamente el uso racional de los medicamentos en la atención hospitalaria (arts. 84 y ss.) y, en un capítulo distinto, las oficinas de farmacia (arts. 86 y siguientes), lo que evidencia la diferenciación estructural entre ambas figuras.

En la Comunitat Valenciana, además, la normativa de ordenación farmacéutica -en particular, la Ley 6/1998, de ordenación farmacéutica de la Comunitat Valenciana- define expresamente las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público, sometidos a planificación sanitaria (arts. 8, 16 y concordantes). Esa caracterización no es accesoria, dado que el modelo vigente de dispensación a la población general descansa en una red planificada de oficinas de farmacia de titularidad privada, autorizadas y sujetas a control administrativo, conforme a criterios de planificación territorial y necesidades asistenciales. Además, el Decreto 42/2021, de 18 de marzo, del Consell, regula la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios en la Comunitat Valenciana.

Por ello, no puede confundirse la existencia de servicios de farmacia hospitalaria públicos con la posibilidad de crear oficinas de farmacia públicas abiertas al público general. Son figuras jurídicas distintas: la primera está integrada en la organización interna del centro sanitario y se orienta al suministro de medicamentos en el ámbito hospitalario, mientras que la segunda forma parte de un sistema planificado de dispensación extrahospitalaria configurado, en la normativa vigente, como establecimiento privado de interés público.

Expuesto lo anterior, la previsión propuesta altera el modelo legal de oficinas de farmacia al proponer la creación de una “oficina de farmacia pública” en los centros de atención primaria y comunitaria, sin precisar su régimen jurídico, dado que no determina cómo se integraría esa oficina pública en la planificación farmacéutica, qué título habilitante tendría, cómo se coordinaría con la red existente ni qué justificación específica concurriría

para excepcionar el modelo actualmente vigente. En particular, la normativa básica estatal (artículos 86 y ss. del TR aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015) y la normativa autonómica citada configuran un sistema de dispensación basado en oficinas de farmacia privadas sujetas a planificación, sin contemplar con carácter general la titularidad pública de estas. En consecuencia, en su tenor actual, el apartado 2 propuesto presenta una incompatibilidad con el sistema de ordenación farmacéutica vigente, al introducir una figura que desborda sus elementos estructurales sin la necesaria cobertura normativa ni justificación suficiente.

Dado que la redacción actual de este apartado puede comprometer la plena observancia del ordenamiento jurídico, se efectúa, con arreglo al artículo 77.3 del Reglamento de esta Institución, la observación con carácter **esencial**.

A LA DISPOSICIÓN FINAL

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

Desde la perspectiva de la técnica legislativa, la fijación de la entrada en vigor el día siguiente al de su publicación puede no resultar aconsejable cuando la norma contiene medidas de complejidad organizativa, económica o estructural, como sucede en la proposición analizada (creación de entidades públicas, planes estratégicos, modificación de prestaciones, etc.). La ausencia de un periodo de *vacatio legis* suficiente puede dificultar la adecuada adaptación de la Administración y de los sujetos afectados a las nuevas previsiones normativas.

Quinta.- Valoración global de la proposición de ley de iniciativa popular.

A la vista de las consideraciones expuestas, la Proposición de Ley de iniciativa legislativa popular se incardina, con carácter general, en el ámbito competencial de la Generalitat Valenciana en materia de sanidad, si bien el ejercicio de dicha competencia debe respetar la legislación básica estatal.

En este sentido, determinados preceptos suscitan problemas de encaje competencial o tensión con dicha normativa básica, especialmente, en materias relativas a condiciones laborales, Seguridad Social, formación sanitaria especializada o intervención en el ámbito farmacéutico.

Asimismo, una parte significativa del texto presenta un carácter marcadamente programático, con previsiones que carecen de suficiente

densidad normativa, junto a otras que incorporan determinaciones propias de la gestión o planificación administrativa, lo que introduce una rigidez poco adecuada al rango legal. A ello se añaden supuestos de indeterminación normativa y deficiencias de técnica legislativa, que pueden comprometer la seguridad jurídica y la coherencia sistemática del conjunto.

En consecuencia, aun respondiendo la iniciativa a objetivos de mejora del sistema sanitario, se estima que la proposición requiere una reformulación sustancial para garantizar su adecuada integración en el ordenamiento jurídico, el respeto al marco competencial y la observancia de los principios de seguridad jurídica y buena regulación, atendiendo, especialmente, a las observaciones esenciales realizadas en el cuerpo del Dictamen.

III CONCLUSIÓN

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

La Proposición de Ley, aun respondiendo la iniciativa a objetivos de mejora del sistema sanitario, requiere de una reformulación sustancial para garantizar su adecuada integración en el ordenamiento jurídico, el respeto al marco competencial y la observancia de los principios de seguridad jurídica y buena regulación, atendiendo, especialmente, a las observaciones esenciales realizadas en el cuerpo del Dictamen.

V.M.E., no obstante, resolverá lo procedente.

València, 1 de abril de 2026

EL SECRETARIO GENERAL

LA PRESIDENTA

Firmat per Margarita Soler Sánchez, el
02/04/2026 11:07:57
Càrrec: Presidenta del Consell Jurídic
Consultiu de la Comunitat Valenciana



Firmat per Joan Maria Tamarit Palacios, el
02/04/2026 11:00:32
Càrrec: Secretari General del Consell
Jurídic Consultiu



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